

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC50/13

31 de Agosto de 2000

Quinquagésima sessão

Ouagadougou, Burkina Faso, 28 de Agosto - 2 de Setembro de 2000

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 11 da ordem do dia provisória

RELATÓRIO DAS DISCUSSÕES TÉCNICAS

Reduzir a mortalidade materna na Região Africana : Um desafio para o Século XXI

INTRODUÇÃO

1. As Discussões Técnicas realizaram-se em Ouagadougou, Burkina Faso, a 31 de Agosto de 2000, no decorrer da 50ª sessão do Comité Regional, nelas tendo participado representantes dos Estados-Membros. A Mesa foi constituída do seguinte modo:

Presidente : Professor Kelsey Atangamuerimo Harrison (Nigéria)

Vice-Presidente : Professora Maria do Rosário de Fátima Madeira Rita (Angola).

2. A lista dos participantes consta do Apêndice.

3. Após comentários introdutórios pelo Professor B. Nasah, Coordenador da Divisão da Saúde Familiar e Reprodutiva no Escritório Regional Africano da OMS, o Presidente das Discussões Técnicas, o Professor Kelsey Atangamuerimo Harrison, apresentou o documento de trabalho (AFR/RC50/TD1).

4. Usando uma série de diapositivos, o Presidente explicou que, na Região Africana, a mortalidade materna média - 870 óbitos por 100.000 nados-vivos - é a mais elevada do mundo.

5. De entre os factores determinantes desta situação dramática, são de realçar: a precaridade da situação sanitária, incluindo a epidemia do HIV/SIDA; a crise económica, a pobreza e as persistentes baixas taxas de alfabetização; os efeitos devastadores das catástrofes naturais ou provocadas pelo Homem, bem como das guerras e dos conflitos civis. O documento supramencionado incidia sobre o seguinte: uma visão de conjunto das estratégias a considerar nos esforços para reduzir a mortalidade materna, com particular incidência nos princípios fundamentais que devem estar na base dos programas de maternidade segura; a importância primordial de um sistema de cuidados de saúde que funcione bem, prestando cuidados de qualidade a todos os níveis e integrando sistemas de referência eficientes; a necessidade de assegurar que as mulheres tenham acesso a serviços para prevenção das gravidezes não planeadas e a cuidados especializados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto, incluindo o acesso a cuidados obstétricos de emergência no caso de complicações; a necessidade de reforçar a participação comunitária na concepção, execução e avaliação dos programas.

6. O Professor Harrison chamou a atenção para a elevada mortalidade materna entre as "urgências não programadas", ou seja, mulheres que não recebem cuidados pré-natais adequados e chegam ao hospital com complicações. Assinalou que um estudo efectuado sobre os partos em regime hospitalar em Zaria, na

Nigéria, no decorrer do período compreendido entre 1976 e 1979, revelou que o rácio da mortalidade materna (isto é, o número de óbitos maternos por 100.000 nados-vivos) nessas mulheres se elevava a 2.884, ou seja, cerca de 70 vezes mais do que nas mulheres que beneficiaram de cuidados pré-natais e continuaram saudáveis durante a gravidez (rácio de mortalidade materna de 44). Esta situação ilustra, entre outras coisas, a importância dos cuidados pré-natais na detecção das complicações (e transferência atempada para os serviços competentes). Obviamente, os cuidados pré-natais só serão eficazes se forem apoiados por estruturas bem organizadas e bem equipadas para tratar das complicações.

7. Considerou que a pobreza, a falta de educação formal e a debilidade do PNB eram os factores indirectos mais importantes responsáveis pela mortalidade materna. Concluindo, o Professor Harrison exortou os participantes a encarar as coisas de maneira positiva e alertou contra o fatalismo. Fez notar que, embora a redução da mortalidade (e morbidade) materna fosse um desafio, havia vários exemplos claros de países, incluindo em África, que conseguiram reduzir os seus níveis de má saúde materna.

ORGANIZAÇÃO E MÉTODO DE TRABALHO

8. A Professora Maria do Rosário de Fátima Madeira Rita, Vice-Presidente, descreveu a organização e o método de trabalho das Discussões Técnicas. Os participantes foram convidados a discutir os sucessos, insucessos e obstáculos que entravaram a redução da mortalidade materna desde 1987, e a fazer recomendações aos Estados-Membros, à OMS e aos parceiros na área do desenvolvimento. Foram distribuídos por três grupos: grupo de língua inglesa, grupo de língua francesa e grupo trilingue (francês, inglês e português). Os três grupos reuniram-se em separado e cada um deles elegeu um Presidente e um Relator, designadamente:

Grupo de língua inglesa: Presidente : Dr.W.G.Manyeneng (Botsuana)
Relator : Dr.L. K.Shodu (Zimbabué)

Grupo de língua francesa: Presidente : Prof. K.Bohoussou (Cotê d'Ivoire)
Relator : Dr. S. Kaba (Guiné)

Grupo trilingue : Presidente : Dr.F.Songane (Moçambique)
Relator : Dr.E.Traoré (Benim)

9. Foi referido que as Discussões Técnicas não fazem parte dos trabalhos do Comité Regional. No entanto, o Presidente das discussões apresenta um relatório ao Comité, no ponto 11 da ordem do dia (documento AFR/RC50/1.Rev.2).

10. Em plenário, os participantes fizeram os comentários que se seguem.

SUCESSOS

11. Na sequência do lançamento da Iniciativa de Maternidade Segura, em 1987, verificou-se uma consciencialização acrescida sobre a questão dos óbitos maternos, tema até então considerado tabu. Aumentou o conhecimento acerca da magnitude do problema e as suas causas subjacentes foram mais claramente identificadas e quantificadas. Assim, alguns aspectos das actividades para a maternidade segura estão presentemente a ser implementados na maioria dos países. No entanto, se a utilização dos serviços pré-natais registou um aumento, a qualidade dos cuidados diminuiu na maioria dos locais. Na globalidade, os avanços alcançados até à data têm sido fragmentários e limitados a determinados países. Esses avanços são : elaboração de políticas/protocolos/directrizes e formação de profissionais de saúde em técnicas para salvar vidas e em cuidados pós-aborto; intensificação das actividades de planeamento familiar; organização dos sistemas de referência; formação e reciclagem de parteiras tradicionais, onde as mesmas existem. Além disso, raros são os países onde a comunidade participa no financiamento e transporte para o hospital das futuras parturientes necessitadas.

12. Num país, os chefes de uma determinada comunidade decidiram suprimir as práticas tradicionais perigosas, como o casamento precoce e as mutilações genitais femininas, e encorajar a escolarização das raparigas.

INSUCESSOS E OBSTÁCULOS

13. Os participantes identificaram uma ampla gama de factores que têm entravado os progressos no sentido de diminuir a mortalidade materna, os quais foram classificados nas seguintes categorias:

Factores sócio-económicos e políticos

- Pobreza extrema das populações, em particular das mulheres
- Analfabetismo
- Estatuto sócio-económico das mulheres
- Incapacidade para implementar planos mundiais a nível dos países
- Imposição de pagamento aos utentes dos serviços de saúde, o que dissuade as mulheres de utilizá-los
- Os decisores não tomam em consideração os pontos de vista da comunidade
- Recursos insuficientes para fazer face à amplitude dos problemas
- Globalização que agrava a injustiça nos termos de intercâmbio

Sistemas de saúde

- Em geral, baixa taxa de partos em regime hospitalar
- Inexistência de mecanismos para recolher dados das comunidades sobre os óbitos maternos
- Debilidade dos programas destinados às parteiras tradicionais, em termos de gestão, apoio e supervisão
- Distribuição desigual dos profissionais de saúde
- Atitude negativa dos profissionais de saúde
- Debilidade dos sistemas de saúde que não conseguem prestar cuidados obstétricos, incluindo cuidados obstétricos de emergência
- Serviços que não dão ênfase suficiente à monitorização, avaliação e supervisão
- Demasiada ênfase posta na prevenção (cuidados pré-natais e planeamento familiar)
- Normas e protocolos nacionais insuficientemente desenvolvidos ou actualizados, ou não usados onde existem

Factores culturais

- Falta de participação dos homens
- Mulheres negligenciadas a nível institucional

- Persistência de práticas tradicionais perigosas

Outros factores

- Elevadas taxas de desgaste dos profissionais de saúde
- Falta de empenhamento político; enquanto alguns países podem ter verdadeiros problemas de recursos, outros não parecem apoiar as declarações feitas com uma dotação de recursos correspondente
- Colaboração intersectorial inadequada
- Inadequação do enquadramento político: legislação e regulamentos sobre questões como o seguro de saúde para as famílias e os abortos.

RECOMENDAÇÕES E PERSPECTIVAS

14. À luz dos sucessos, insucessos e obstáculos acima identificados, os participantes nas Discussões Técnicas fizeram as seguintes recomendações, para análise pelo Comité Regional:

Ao Governo:

a) Empenhamento político

- A redução da mortalidade materna tem de ser parte integrante da estratégia de redução da pobreza.
- É crucial melhorar a alfabetização, em particular entre as mulheres.
- Com base nas recomendações da 49ª sessão do Comité Regional, o orçamento consagrado ao sector da saúde não deve ser inferior a 15% do orçamento de Estado.
- Os conflitos devem ser resolvidos, atendendo aos seus efeitos negativos, em particular nas mulheres.
- É preciso criar um enquadramento legislativo, para melhorar o estatuto das mulheres.
- Devem ser criados mecanismos que integrem considerações éticas, para fazer face às necessidades dos pobres.
- É necessário promover uma estreita cooperação e colaboração entre países, com vista a partilhar as informações e os limitados recursos.

b) Melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados

- Os sistemas de saúde têm de ser reforçados para melhorar os cuidados maternos e neonatais, melhorando as competências dos prestadores, fornecendo equipamento adequado e estabelecendo incentivos para reter o pessoal.
- É preciso recolher dados fiáveis e utilizá-los, incluindo dados resultantes da investigação baseada nos distritos, que possam ser usados na formulação de políticas e programas.
- Atendendo à baixa taxa de partos em regime hospitalar, a formação, o apoio e a supervisão das parteiras tradicionais devem continuar nos países onde já existem.
- Os indicadores de monitorização e avaliação têm de ser harmonizados.

- É necessário prevenir as gravidezes não planeadas, em particular nas adolescentes.

c) *Envolvimento das comunidades*

- As comunidades têm de ser envolvidas em todo o processo de planeamento, implementação e avaliação.
- As comunicações via rádio e os transportes, bem como as iniciativas comunitárias, devem ser reforçados.
- É preciso reforçar as actividades conducentes à eliminação da mutilação genital feminina e outras práticas tradicionais perigosas.
- Deve promover-se o envolvimento dos homens.
- As intervenções em IEC devem ser reforçadas.

À OMS

- Facilitar o intercâmbio, entre países, de informações e das melhores práticas.
- Harmonizar e coordenar os programas, especialmente nos domínios da formação, definição de normas e padrões.
- Prestar apoio técnico e financeiro, e fornecer equipamento para os cuidados obstétricos de emergência.

Aos parceiros na área do desenvolvimento

- O apoio dos parceiros deve basear-se nas necessidades dos países, por exemplo, incidindo sobre o reforço dos sistemas de saúde, em vez de ser concentrado apenas nas actividades de IEC e de mobilização social.
- Os benefícios decorrentes do perdão da dívida devem ser canalizados para os sectores sociais (saúde e educação).
- Os empréstimos para projectos de saúde devem ser isentos de juros.
- Os parceiros devem cooperar em programas coordenados a nível nacional.

PRIORIDADES REGIONAIS PROPOSTAS

15. Atendendo a que 75% dos óbitos maternos ocorrem durante o parto e durante o período imediato que se lhe segue, é necessário pôr a tónica no seguinte:

- Cuidados obstétricos essenciais, formação, reciclagem e qualidade dos cuidados.
- Eliminação dos "três atrasos", o que implica sistemas de referência funcionais, apoiados por comunicações via rádio.
- O envolvimento das comunidades desde o início do processo, para assegurar a liderança, a sustentabilidade e a eficácia.
- A recolha de informações para garantir que as intervenções sejam baseadas em dados factuais.
- Um estudo sobre os óbitos maternos a nível da comunidade e aos vários níveis de cuidados, e

investigação para melhorar o desempenho.

- Envolvimento dos homens em todas as actividades.
- A maternidade segura deve ser parte integrante dos planos de desenvolvimento.

CONCLUSÃO

Todos os países têm de elaborar os seus próprios programas baseados em dados factuais, tirando partido de avaliações das condições prevalentes e das necessidades da comunidade, efectuadas com base numa participação alargada. O elevado nível prevalente de injustiça social na Região entrava os progressos, sendo necessário envidar esforços para a sua redução.

APÊNDICE

Grupo I

País/Organização	Nome
África do Sul	Dr. Roland Edgar Mhlanga
Angola	Dr. Augusto Rosa A. Neto
Angola	Dra. Adelaide de Carvalho
Benim	Prof. E. Alihonou
Benim	Dra. Esther Traoré
Burundi	Dr. Ntahobali Stanislas
Camarões	Dr. Basile Kolo
Cabo Verde	Dra. Alicia Wahnnon
Cabo Verde	Dra. Rosa Lopes
República Centrafricana	Dr. Emmanuel Ngembi
República Centrafricana	Dra. Augustine Marthe Kirimat
Etiópia	Mr. Mequaneny Tesfu
Guiné	Dr. Naby Moussa Balde
Guiné-Bissau	Sra. Ivonne Menezes Moreira
Moçambique	Dr. Francisco Songane
Moçambique	Dr. Martinho Dge Dge
Nigéria	Dr. Adenike A. Adeyemi
Ruanda	Dr. Mucabo Maria
Ruanda	Dr. Bucagu Maurice
Zâmbia	Dr. Gavin Silwamba
Seychelles	Mr. Jean Nyininkwaya
UNICEF	Dr. El Abassi A.
OMS/Burkina Faso	Dr. Francis Monet

Apêndice

Grupo II

País/Organização

Nome

Botsuana	Dr. Winnie G. Manyeneng
Eritreia	Dr. Solomon Ghebreysus
Gâmbia	Dr. Yankuba Kassama
Gana	Dr. Henrietta Odoï-Agyarko
Lesoto	Dr. M. Moteetee
Libéria	Dr. Bernice Dahon
Malawi	Sra. NO. Gama
Malawi	Dr. Richard Pendame
Namíbia	Sra. E. K. Shihepo
Quênia	Mrs. Kandie
Quênia	Dr. Njau J.N.
Serra Leoa	Dr. Noah Conteh
Suazilândia	Dr. John M. Kunene
Suazilândia	Sr. Doreen Dlamini
Tanzânia	Dr. Theopista John
Uganda	Dr. Sam Okware
Zimbabué	Dr. Batsi Makunike
Zimbabué	Dr. L. K. Shodu
WAHO (ODAS)	Dr. Kabba T. Joiner

GRUPO III

País/Organização

Nome

Burkina Faso	Prof. François Tall
Burkina Faso/SAGO	Prof. Bibiane Koné
Burkina Faso/ICM	Sra. Thiombiano Brigitte
Chade	Dr. Garba Tchang Salomon
Côte d'Ivoire	Prof. Bohoussou Kovadio
Côte d'Ivoire	Dr. Aie-Tanoh Laure
Côte d'Ivoire	Dr. Koumandi Coulibaly
Comores	Dr. Toyb Mbaé
República do Congo	Dr. André Enzanza
República do Congo	Dr. Damase Bodzongo
Guiné	Dr. Séré Kaba
Guiné Equatorial	Dr. Abia Nseng S.
Mauritânia	Dr. Kane Amadou Racine
Mali	Dr. Salif Samaké
Mali	Prof. Amadou Dolo
Níger	Dr. Karim Abdoulaye Maiga
Níger	Dr. Gagara Magagi
Senegal	Dr. Adama Ndoye
Togo	Dr. Agbobli A. Eli
OMS/AFRO	Dr. Khadidiatou Mbaye
OMS/Burkina Faso	Dr. Azama Bamba