



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002*

*Tema 4.9 da agenda provisória*

CE130/16 (Port.)

17 abril 2002

ORIGINAL: INGLÊS

### **ESTRATÉGIA REGIONAL PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE E MORBIDADE MATERNA**

A desnecessariamente alta taxa de mortalidade materna como resultado de complicações na gravidez e no parto constitui uma tragédia na América Latina e no Caribe. A taxa geral estimada de mortalidade materna para esses países é de 190 por 100.000 nascidos vivos. Em 1995, essa taxa representava 22.000 mortes maternas. A gravidez e o parto não são doenças, mas as mulheres na América Latina e no Caribe estão morrendo pelas mesmas causas que as mulheres nos países industrializados no começo do século vinte. Embora a taxa de mortalidade materna tenha se estagnado desde que a questão da maternidade segura se tornou proeminente no final dos anos 80 e começo dos anos 90, a mortalidade materna continua sendo uma prioridade da saúde pública na qual pouco progresso foi alcançado recentemente, e em relação à qual solicita-se que o Comitê Executivo proporcione um mandado claro para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O conhecimento das causas de deficiências e mortes maternas e das intervenções apropriadas em lugares com poucos recursos aumentou consideravelmente. A história mostra que a chave para a redução da mortalidade materna não está no desenvolvimento social e econômico geral, mas em tornar o tratamento efetivo disponível e acessível. Resultados de pesquisas e a experiência prática demonstraram que intervenções específicas de saúde podem reduzir a incidência e a severidade de importantes complicações associadas à gravidez, ao parto e ao período pós-parto para as mães e seus recém-nascidos. Uma abordagem mais focalizada, concentrada em intervenções eficazes em função do custo como a Assistência Obstétrica Essencial (AOE), atendimento hábil no parto e maior acesso a serviços de assistência de saúde materna de qualidade, está sendo promovida pela OPAS.

Os resultados são claros: a mortalidade materna pode ser prevenida; as intervenções efetivas são conhecidas; e o investimento na maternidade segura não somente irá reduzir a morte e deficiência materna e infantil, como também irá contribuir para uma melhor saúde, qualidade de vida e igualdade para a mulher, suas famílias e comunidades. As intervenções para uma maternidade segura, que incluem estratégias de promoção da saúde, estão entre as mais efetivas em função do custo no setor da saúde, particularmente no nível primário de assistência. Isto é especialmente digno de nota, porque as mulheres pobres em comunidades rurais isoladas são as mais afetadas pela falta de uma AOE básica, e, portanto, têm mais probabilidade de morrer no parto.

Solicita-se que o Comitê Executivo considere e endosse um compromisso a longo prazo com a redução da mortalidade materna na Região, tanto em termos de políticas quanto de programas.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução.....	3
2. Situação Atual da Mortalidade e Morbidade Materna .....	4
2.1 Contexto Epidemiológico e Social.....	4
2.2 Em que Lugares da Região as Mulheres Estão Morrendo? .....	5
3. Lições Aprendidas.....	6
3.1 Promovendo Melhores Práticas e Intervenções Baseadas em Evidências.....	6
3.2 Assegurando uma Abordagem Multissetorial.....	9
4. Metas e Objetivos.....	10
5. Passando das Lições à Ação: a Estratégia Regional.....	10
5.1 Promovendo Políticas e Diretrizes Efetivas nos Níveis Nacional e Municipal.....	10
5.2 Provendo Serviços de Saúde Reprodutiva e Assegurando Assistência Obstétrica Essencial e Atendimento Hábil no Parto .....	11
5.3 Aumentando a Demanda Pública.....	11
5.4 Construindo Parcerias e Alianças .....	12
5.5 Reforçando os Sistemas de Vigilância da Mortalidade e Morbidade Materna.....	12
5.6 Financiando os Serviços de Saúde Reprodutiva na Reforma do Setor da Saúde.....	13
6. Implicações Financeiras .....	14
6.1 Para os Países.....	14
6.2 Para a Repartição .....	14
7. Questões importantes para Deliberação .....	15
8. Ação solicitada do Comitê Executivo .....	16

## **Mortalidade e Morbidade Materna: Desafios ao Progresso na América Latina e no Caribe**

### **1. Introdução**

Em comparação com outros esforços de redução da mortalidade na Região, a mortalidade materna é um problema no qual pouco progresso foi alcançado recentemente. Embora muitos indicadores de saúde, como a taxa global de fertilidade e a taxa bruta de nascimentos, tenham melhorado muito durante as duas últimas décadas, as taxas de mortalidade materna permaneceram estagnadas. As causas estão enraizadas na inadequação de várias intervenções que visavam a melhorar a saúde materna, assim como nas iniquidades em função do gênero. Particularmente, existe uma clara conexão entre o baixo status socioeconômico da mulher e o risco de doença e morte materna. A incidência de morte materna, portanto, está diretamente relacionada aos direitos da mulher e às comunidades em que vivem.

Após a Iniciativa para uma Maternidade Segura, que foi introduzida em Nairóbi em 1987, a OPAS lançou o Plano Regional de Ação para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas, que foi aprovado em 1990 na 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana. O objetivo principal do Plano era reduzir as taxas de mortalidade materna em 50% ou mais até o ano 2000 melhorando os serviços de saúde reprodutiva. O Plano também previa um compromisso político explícito dos setores social e econômico no sentido de desenvolver legislação, implementar políticas e empreender programas de ação. Apesar desses esforços, só houve melhorias pequenas na situação geral, especialmente com respeito aos indicadores de impacto. Somente cinco países da Região informaram que conseguiram chegar aos 15% de redução estimados para 1995. Uma avaliação do Plano indicou que limitações políticas e financeiras no âmbito nacional dificultaram a implementação bem-sucedida. Adicionalmente, várias intervenções, como o atendimento hábil no nascimento e a Assistência Obstétrica Essencial (AOE), não foram adequadamente abordadas no nível programático. Deve-se assinalar também que as populações indígenas e pobres eram ignoradas ao considerar as mulheres mais necessitadas.

Em 1997, representantes do governo, doadores, organizações não-governamentais (ONGs) e especialistas técnicos durante a Consultoria Técnica sobre Maternidade Segura acordaram intervenções essenciais para reduzir a mortalidade materna. Essas intervenções, refletidas na Agenda de Ação para Maternidade Segura, incluem o avanço da maternidade segura mediante os direitos humanos, mudança econômica e social para a mulher, adiamento do casamento e primeiro parto, reconhecer que toda gestação está sujeita a riscos, assegurar auxílio abilitado no parto e melhoramento da qualidade e cobertura assistencial.

## **2. Situação Atual da Mortalidade e Morbidade Materna**

### **2.1 *Contexto Epidemiológico e Social***

A taxa média de mortalidade materna estimada para os países da América Latina e do Caribe é de 190 mortes por 100.000 nascidos vivos. Em 1995, essa taxa representava 22.000 mortes maternas. É importante considerar que as mulheres nesses países ainda estão morrendo pelas mesmas causas que as mulheres em países industrializados no começo do século vinte. A mortalidade materna pode ser analisada, mediante definições médicas, distinguindo-se entre "causas obstétricas diretas" e "causas obstétricas indiretas". Em todos os países, as causas obstétricas diretas predominam e excedem 70%. Essas causas médicas primárias são hemorragia (25%), sepsia (15%), complicações no aborto (13%), eclâmpsia (12%) e trabalho obstruído (8%). Em uma análise das causas obstétricas diretas (excluindo aborto), hemorragia e toxemia são as duas causas mais comuns, seguidas das complicações do puerpério.

Em países nos quais a taxa de mortalidade materna é baixa, o padrão continua o mesmo. As causas reportadas mais comuns de morte materna são as causas obstétricas diretas, como as doenças hipertensivas da gravidez, embolia pulmonar, hemorragia e gravidez ectópica. As causas obstétricas indiretas são provavelmente subnotificadas. Essas complicações estão diretamente relacionadas com a falta de acesso ou utilização de serviços, serviços incapazes de responder a situações de emergência e tratamentos incorretos. Além disso, aproximadamente meio milhão de mulheres experimentam problemas crônicos de saúde evitáveis depois da gravidez e parto, como prolapso uterino, fístulas, incontinência ou dor durante o ato sexual.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou o HIV/AIDS como um fator essencial nas mortes obstétricas diretas, como infecção puerperal e complicações do aborto induzido. Também foi identificado como contribuinte para causas indiretas como anemia e tuberculose, e como uma causa indireta das mortes maternas (OMS, 1998). Nos países da ALC, estima-se que 1,4 milhão de adultos e crianças estão vivendo hoje com HIV/AIDS. Um quarto dos adultos soropositivos são mulheres. O Caribe é a área mais severamente afetada na Região. O Haiti tem as taxas mais altas de HIV/AIDS, e em 1996 13% das mulheres grávidas eram soropositivas.

Os dados disponíveis mostram que as complicações do aborto são fatores importantes para a mortalidade materna em vários países. Muitos governos da Região reconheceram o aborto como um problema importante na saúde pública, e em alguns países é a principal causa da mortalidade de adolescentes do sexo feminino. Estimativas recentes indicam uma cifra geral de 4 milhões de abortos anualmente nos países da ALC, levando a aproximadamente 5.000 mortes (Thonneau, 2001). Essas mortes maternas são apenas a ponta do iceberg, e as taxas subjacentes de morbidade são muito maiores.

A gravidez adolescente é um assunto crítico na maternidade segura, já que as mães adolescentes representam uma parte desproporcional das mortes e deficiências. Nos países da ALC, cerca de um terço das mulheres com idade entre 20 e 24 tiveram sua primeira gravidez aos 20 anos. Muitas dessas gravidezes não são desejadas ou são inoportunas; conseqüentemente, é mais provável que resultem em problemas de saúde para a mãe, seja porque elas levam à terminação da gravidez ou porque é menos provável que as jovens busquem assistência adequada. Ademais, o subdesenvolvimento físico e psicológico das jovens menores de 16 anos de idade deixa-as particularmente vulneráveis a complicações que surgem durante a gravidez e o parto.

Embora a mortalidade e a morbidade afetem mulheres de todas as camadas sociais e econômicas, existe um número desproporcional de óbitos de mulheres pobres e analfabetas, a maioria em áreas rurais. Entre adolescentes, a mortalidade materna é duas a quatro vezes maior do que entre outros grupos etários. Legislação, crenças culturais e práticas que subestimam as mulheres contribuem para essa disparidade, limitando o acesso a recursos econômicos. Assim, morte ou deficiências resultam da situação de extrema desvantagem na qual muitas mulheres se encontram em países da ALC.

## **2.2 *Em que Lugares da Região as Mulheres Estão Morrendo?***

As Américas têm uma das maiores iniquidades na mortalidade materna de qualquer região do mundo (veja a Tabela 1). Por exemplo, há somente 4 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no Canadá, em comparação com 523 no Haiti. Mesmo dentro da América Latina há grandes disparidades. O Chile possui uma taxa de mortalidade materna de 23 por 100.000 nascidos vivos, em comparação com 390 na Bolívia. Estimativas oficiais sugerem que as taxas são inferiores a 100 por 100.000 nascidos vivos no Brasil, na República Dominicana e em El Salvador. Entretanto, a subnotificação de estatísticas oficiais é uma grande preocupação. Em uma análise preliminar, a OMS ajustou as taxas de mortalidade materna para muitos países a fim de refletir mais corretamente a magnitude do problema. Ademais, a mortalidade materna varia muito entre países, refletindo iniquidades nas condições socioeconômicas e no acesso a serviços de saúde de qualidade. Na Bolívia, a mortalidade materna varia significativamente de acordo com a região geográfica (planaltos e vales) e com o lugar de residência (urbano, rural). Nos planaltos rurais, 973 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos foram observadas no período de 1989-1994, em comparação com 36,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos em áreas urbanas no mesmo período.

**Tabela 1. Taxas Oficiais de Mortalidade Materna em Países Selecionados da América Latina e Caribe (1997-1999)**

País	Taxa de Mortalidade Materna <sup>1</sup> (mortes maternas por 100.000 nascidos vivos)
Bolívia	390
Brasil	60
Canadá	4
Chile	23
República Dominicana	80
Equador	74
El Salvador	120
Guatemala	95
Haiti	523
Honduras	108
México	51
Nicarágua	118
Paraguai	114
Peru	185

<sup>1</sup> OPAS Situação da Saúde nas Américas, Indicadores básicos 2001.

### **3. Lições Aprendidas**

#### **3.1 *Promovendo Melhores Práticas e Intervenções Baseadas em Evidências***

Desde 1987, o conhecimento das causas de incapacidade e morte materna, e das intervenções apropriadas em situações de escassez de recursos, aumentou consideravelmente. A história mostra que a chave para reduzir a mortalidade materna não está só no desenvolvimento social e econômico geral, mas também em tornar o tratamento efetivo disponível e acessível. A OPAS está promovendo uma abordagem mais focalizada, concentrando-se na disponibilidade das intervenções eficazes em função do custo no nível primário de assistência de saúde, particularmente envolvendo e educando mulheres, suas famílias e comunidades. Essa intervenções incluem AOE,<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> A OMS identificou os componentes mais importantes da AOE. As instalações básicas de AOE, que devem ser acessíveis a todas as mulheres, incluem centros de parto com um atendente qualificado, artigos necessários e a capacidade de transportar rapidamente uma mulher para uma instalação abrangente de AOE se necessário. Os principais componentes de uma instalação básica de AOE são: (a) manejo de problemas da gravidez (por exemplo, anemia, diabetes); (b) tratamento médico de complicações relacionadas com a gravidez, parto ou aborto (por exemplo, hemorragia, sepsia, complicações de aborto, eclâmpsia); (c) procedimentos manuais (por exemplo, remoção da placenta, reparação de tecidos esgarçados ou episiotomias); (d) monitoração do trabalho (incluindo partógrafo); e (e) atendimento neonatal básico. A AOE abrangente inclui todos os serviços básicos de AOE, bem como intervenções cirúrgicas, anestesia e transfusão de

atendimento hábil no parto, manejo de complicações pós-aborto e melhor acesso a serviços de saúde de qualidade materna e neonatal.

### 3.1.1 *Assistência Obstétrica Essencial Básica e Abrangente*

Assegurar a disponibilidade da AOE, tanto básica quanto abrangente, é fundamental para melhorar a saúde materna. Durante a década passada, mais recursos foram dedicados à assistência pré-natal do que ao parto, assistência imediata pós-parto e assistência essencial para manejar complicações. De qualquer modo, a maioria das complicações e mortes ocorre durante e imediatamente após o parto, ou por complicações no aborto. Com base nos últimos dados científicos, a provisão da AOE está emergindo como uma das mais efetivas estratégias na redução da mortalidade materna. Instalações de assistência básica e abrangente são componentes importantes da AOE. Essas instalações incluem centros de parto com atendimento hábil, artigos necessários e sistemas de transporte de emergência.

### 3.1.2 *Atendimento Hábil no Parto*

A assistência profissional do parto está no centro dos esforços mais bem-sucedidos para reduzir a morbidade e mortalidade materna. A facilidade e rapidez com que o atendimento hábil foi promovido como uma prioridade global é por si só uma indicação da necessidade urgente de oferecer às autoridades uma intervenção percebida como factível e efetiva. Essa necessidade surge do fracasso de prioridades anteriores, por exemplo, treinamento de atendente tradicional de parto (ATP) e classificação de risco pré-natal, para diminuir a mortalidade materna. As mulheres atendidas por atendentes hábeis<sup>2</sup> com habilidades obstétricas têm maior probabilidade de evitar complicações sérias e receber tratamento cedo. Uma característica importante de países que diminuíram a mortalidade materna para um nível de menos de 100 por 100.000 nascidos vivos parece ser que a grande maioria dos partos é manejada por atendentes hábeis. Nos anos 70, o Chile conseguiu reduzir sua mortalidade materna pela metade (de 200 para 100) mediante fornecimento de assistência profissional de parto usando um modelo de obstetrícia num ambiente propício. Sabe-se que o atendimento hábil do parto é um fator não só na redução da mortalidade materna, mas também na diminuição das mortes perinatais.

---

sangue. A AOE abrangente proporciona as intervenções necessárias para gravidez de alto risco e complicações durante o parto.

<sup>2</sup> A expressão atendente ou provedor hábil se refere exclusivamente a pessoas com habilidades obstétricas (por exemplo, médicos, parteiras e enfermeiras) que foram treinadas para ter proficiência nas habilidades necessárias para proporcionar atendimento competente durante a gravidez e parto. Atendentes hábeis devem poder manejar o trabalho e parto normais, reconhecer o início de complicações, realizar intervenções essenciais, iniciar tratamento e supervisionar o encaminhamento da mãe e do bebê a intervenções que estão além de sua competência ou não podem ser realizadas numa determinada instalação (com base em “Reduction of Maternal Mortality,” uma declaração conjunta da OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. Genebra: OMS, 1999).

Contudo, pesquisas mostraram que em alguns países da ALC existem enormes iniquidades na disponibilidade de assistentes hábeis de parto. Por exemplo, as áreas rurais de muitos países são seriamente mal servidas de atendimento hábil. Durante a década passada, muitos Estados Membros investiram recursos no reforço de sistemas e serviços de saúde em todas as áreas rurais para diminuir a brecha na acessibilidade e disponibilidade de serviços primários de saúde. Contudo, em algumas áreas os serviços ainda não estão ao alcance das comunidades e os assistentes hábeis não estão disponíveis. Nesse caso, as intervenções que asseguram partos limpos e seguros, como treinamento de ATP e membros da família, terão que continuar. De qualquer forma, deve ser enfatizado que o treinamento de ATP por si só, na ausência de um bom sistema de encaminhamento e um suporte adequado de assistentes hábeis, não é efetivo na redução da mortalidade materna. Onde existe treinamento de ATP, este deve ser parte de uma infra-estrutura abrangente que inclua um sistema para encaminhamento, supervisão e avaliação.

### 3.1.3 *Qualidade da Assistência*

Uma peculiaridade da América Latina e do Caribe é que a grande maioria dos partos, cerca de 75%, são realizados em instituições. Apesar desse número, em muitos países as taxas de mortalidade e morbidade materna e perinatal são maiores que as esperadas para a população de risco, implicando má qualidade dos serviços de saúde. Outra dimensão das iniquidades na assistência de saúde que contribui para a mortalidade materna é o acesso à cesariana. Nos países da ALC, esse procedimento é ao mesmo tempo sub e sobreutilizado. A OMS recomenda uma taxa geral de 15%, baseada no número esperado de mulheres que enfrentarão complicações com risco de vida durante o parto. A incidência de cesarianas nos países pode, conseqüentemente, servir como um indicador do acesso a assistência obstétrica de qualidade. Por exemplo, no Paraguai, somente 6% dos partos rurais eram por cesariana, em comparação com a taxa de 32% em áreas urbanas. Em outros países da América Latina, as taxas de cesariana estão aumentando e hoje em dia superam 15% nas áreas urbanas. Essa disparidade urbano-rural é especialmente importante, pois indica que as mulheres com complicações não têm acesso aos serviços por barreiras econômicas ou geográficas, ou que os serviços de saúde não estão suficientemente equipados ou treinados para enfrentar o problema. Ademais, altas taxas de episiotomia foram notificadas. Em hospitais públicos na Argentina e Uruguai, para cada 10 mulheres primíparas dando à luz pela vagina, 9 recebem uma episiotomia. Essas práticas levam a uma grande insatisfação entre as mulheres que dão à luz em hospitais públicos na América Latina, e para muitas são culturalmente inaceitáveis. As intervenções obstétricas devem ser baseadas na evidência e intervenções que são efetivas somente em grupos de alto risco não devem ser usadas rotineiramente. Por outro lado, muitas práticas benéficas não são rotineiramente usadas nem incluídas nas normas de prática clínica de hospitais-maternidade.

### 3.1.4 *Capacitando as Mulheres, Suas Famílias e Comunidades*

A capacitação da mulher é uma estratégia-chave para a redução da mortalidade materna. A habilitação das mulheres para que façam suas próprias escolhas e a provisão de informação adequada permitem que elas tomem decisões críticas a respeito de sua saúde, e conseqüentemente as habilita a exercer seus direitos. Permite que elas reconheçam sinais de perigo e complicações, sigam procedimentos médicos e se beneficiem de programas de educação da saúde. É mais provável que elas se responsabilizem pela sua própria saúde, e pela dos seus filhos, e exijam assistência imediata e de qualidade para elas mesmas, suas famílias e suas comunidades. Ademais, os futuros pais devem participar na promoção da saúde e programas de educação, e as campanhas de comunicação social devem incluir mensagens para encorajar seu envolvimento. Em muitas comunidades, é mais fácil para a mãe ter um acesso a serviços de saúde específicos se ela recebe ajuda de outros membros da família, incluindo seu parceiro ou marido. A capacitação e mobilização da comunidade cria um ambiente propício para o aumento do investimento intersetorial na melhoria da saúde. Por exemplo, experiências recentes no Equador, Honduras e Nicarágua mostraram que, com o fortalecimento da capacidade da comunidade para identificar sinais de perigo durante a gravidez e o parto, assim como para assumir responsabilidade pelo transporte de emergência para complicações obstétricas e neonatais, melhorou o acesso aos serviços de saúde. Essa ação comunitária resultou na redução da mortalidade e morbidade materna.

### 3.2 *Assegurando uma Abordagem Multissetorial*

A mortalidade materna pode ser reduzida através do efeito sinérgico de intervenções combinadas dentro do contexto de uma política forte de promoção da saúde. Em muitos países da Região, as melhorias no sistema de saúde são vitais, já que algumas mulheres estão morrendo devido à falta de uma rede obstétrica que se estenda da comunidade até o mais alto nível de assistência para complicações obstétricas. Em países nos quais a morte e as deficiências por complicações de gravidez são muito comuns, a promoção da maternidade segura deve basear-se em uma abordagem multissetorial e ser um componente específico da colaboração com todas as partes envolvidas, dentro e fora do governo. A abordagem multissetorial pode incluir educação, direitos humanos, transportes e desenvolvimento econômico.

Uma análise da redução da mortalidade materna em Honduras de 1990 a 1997 destaca a abordagem multissetorial. A taxa diminuiu em 38%, de 182 a 108 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (Danel et. al., 2000). Foram identificados os seguintes fatores importantes na redução da mortalidade materna em Honduras: (a) forte liderança nacional, alocação de recursos para promoção de serviços sociais e de saúde e priorização da redução da mortalidade materna; (b) forte participação da comunidade; (c) melhora da disponibilidade dos serviços de AOE; (d) melhor encaminhamento de

mulheres com complicações obstétricas durante partos feitos em casa; (e) melhor encaminhamento de mulheres a um atendimento hábil; (f) aumento geral dos partos com assistentes hábeis; e (g) assistência de melhor qualidade.

#### **4. Metas e Objetivos**

Em geral, as metas da maternidade segura são: proteger e promover os direitos humanos e reprodutivos reduzindo o peso global de doenças, deficiências e mortes desnecessárias associadas à gravidez e ao período neonatal; melhorar as condições para um parto seguro e saudável; e assegurar um começo igual para as crianças. Parceiros internacionais se mobilizaram na Iniciativa da Maternidade Segura e estão comprometidos em alcançar a meta, contida na Declaração da Cúpula do Milênio, de redução de 75% nas taxas de mortalidade materna, em relação aos níveis de 1990, até o ano 2015.

Ademais, dentro da Região, uma meta de médio prazo para diminuir as taxas nacionais de mortalidade materna para menos de 100 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos foi recomendada, assim como o melhoramento das taxas dentro de cada país no que diz respeito às disparidades urbano-rurais.

#### **5. Passando das Lições à Ação: a Estratégia Regional**

##### **5.1 *Promovendo Políticas e Diretrizes Efetivas nos Níveis Nacional e Municipal***

O progresso no quadro normativo e nas políticas deve ser alcançado no âmbito nacional, onde as leis e regulamentos que afetam as mulheres diretamente são decretados e aplicados. Como resultado de sua participação em fóruns internacionais, muitos países da Região fizeram esforços combinados para propor legislação em apoio à implementação de estratégias de proteção social para a mulher. Isso inclui uma legislação que proteja a mulher da violência. Contudo, muito precisa ser feito para promover e reforçar essa legislação. A maioria dos países da Região apoiou políticas ou normas que enfatizam a importância da maternidade segura e promovem uma meta de redução da mortalidade materna de 50% no ano 2000. A Bolívia, o Brasil, o Equador e o México conseguiram colocar a maternidade segura na agenda política. O estímulo para a ação veio da liderança política de alto nível, aliado ao forte apoio de base expressado através dos grupos de defesa das mulheres. Particularmente notável em todos os países que alcançaram níveis baixos de mortalidade materna é o fato de que o compromisso político de alto nível com o tema continua sustentado e há disponibilidade de recursos.

## **5.2 *Provendo Serviços de Saúde Reprodutiva: Assegurando Assistência Obstétrica Essencial e Atendimento Hábil no Parto***

A promoção da integração de uma série de serviços de saúde reprodutiva (por exemplo, provisão de uma ampla gama de contraceptivos, assistência materna e infantil, tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e assistência pós-aborto) deve ser um componente essencial da reforma do setor da saúde, e o acesso a esses serviços deve ser assegurado para todos os homens e mulheres. Ademais, atenção cada vez maior deve ser dada à provisão de serviços de educação de saúde reprodutiva para adolescentes. Os serviços de saúde para adolescentes são essenciais, já que as taxas de HIV/AIDS, assim como a fertilidade, estão aumentando nos países da ALC.

Somente nos anos 90 as comunidades internacionais começaram a perceber que os partos são muito mais seguros com assistência profissional, e que, quando surge um problema sério, a mulher grávida deve ter acesso a um serviço de saúde apropriadamente equipado. Ademais, a provisão de AOE, conforme definida pela OMS, é uma estratégia-chave que aborda diretamente as causas da mortalidade materna. Com insumos limitados, algumas instalações (hospitais e centros de saúde) podem oferecer AOE. Deve-se estabelecer um sistema para assegurar que uma equipe estará disponível para manejar complicações obstétricas e de emergência (incluindo a provisão de cesarianas e assistência pós-aborto) 24 horas por dia, e que os artigos necessários estão disponíveis, especialmente nas áreas rurais. Emergências obstétricas devem ter acesso prioritário à sala de operação e transfusão de sangue segura, e os serviços de anestesia devem estar disponíveis 24 horas por dia, principalmente nas instalações que oferecem o primeiro nível de assistência.

Um fator importante é a disponibilidade e acesso a uma assistência de qualidade. Muitos estudos na Região demonstraram que as mulheres não usarão os serviços se elas sentirem que foram tratadas com falta de respeito, se os serviços não forem capazes de responder às suas necessidades ou se não forem de qualidade aceitável. A disponibilidade de uma assistência de qualidade é um dos fatores-chave para evitar atrasos e não perder oportunidades na procura de atenção.

## **5.3 *Aumentando a Demanda Pública***

Defesa de causas, habilitação da mulher e da comunidade e educação são estratégias essenciais para aumentar a demanda pública de AOE. A provisão de serviços de saúde maternos por si só é insuficiente para assegurar atendimento hábil no parto. Para que as comunidades participem, o sistema de saúde deve ser visto como necessário, de boa qualidade e apropriado. A educação sobre a importância da promoção da saúde, identificação de riscos e intervenções apropriadas para autoridades, comunidades e mulheres grávidas faz parte do processo requerido para melhorar a saúde materna e diminuir a mortalidade materna. Comunidades que contribuem ativamente com

programas de saúde materna desenvolvem um senso de propriedade e um interesse adquirido no seu sucesso. Essas sociedades comunitárias também podem ajudar a assegurar a demanda e sustentabilidade do programa.

#### **5.4 *Construindo Parcerias e Alianças***

A obtenção de um ambiente propício para a maternidade segura requer colaboração e coordenação. O reforço da capacidade local e nacional e o compromisso político de longo prazo são necessários para criar esse ambiente propício.

Dentro da Região, os esforços nos países foram mais reforçados através de esforços para melhorar a coordenação de diversos grupos que trabalham para reduzir a mortalidade materna. A OPAS é a secretaria técnica do Grupo de Trabalho Regional e inter-agencial sobre Mortalidade Materna. São membros desse grupo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), o Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Banco Mundial, o Population Council, Family Care International e a OPAS. O grupo foi fundado em 1999 e tem se reunido e colaborado regularmente. Seu último esforço é a preparação de um documento interinstitucional de consenso estratégico para a redução da mortalidade materna. Esse documento foi discutido e revisado por 14 Estados membros nos quais a mortalidade materna foi identificada como uma prioridade e um importante problema de saúde pública. Esse esforço cooperativo resultou em uma maior coordenação nos níveis programático e institucional, e melhorou o intercâmbio de informações entre agências.

A OPAS iniciou atividades com associações profissionais, como a Federação Latino-Americana de Obstetras e Ginecologistas. Foi assinado um memorando de entendimento no qual a Federação concordou em ajudar a melhorar os programas nacionais de saúde reprodutiva. A OPAS também colabora com a Confederação Internacional das Parteiras para facilitar a ajuda e coordenação nacional de atividades para a redução da mortalidade materna e para padronizar normas, protocolos e ferramentas clínicas.

#### **5.5 *Reforçando os Sistemas de Vigilância da Mortalidade e Morbidade Materna***

A monitoração e avaliação dos programas é essencial para a continuação e melhora dos esforços para diminuir a mortalidade materna. A avaliação deve ocorrer nos níveis local, nacional e regional. Os indicadores e os dados nos quais eles se baseiam são as ferramentas principais. A vigilância da mortalidade materna também está melhorando, e a medição da mortalidade materna, principalmente nos níveis local e nacional, deve ser factível nos países da ALC. Os comitês de mortalidade materna estão cada vez mais efetuando a identificação e investigação das mortes maternas (como auditorias) e, com base nos resultados, recomendando ações a serem realizadas.

Auditorias de mortes maternas, provedores de atendimento e barreiras para a assistência são técnicas relativamente novas, ainda não totalmente utilizadas nos países em desenvolvimento. Essas auditorias devem ser efetuadas em todos os níveis do sistema de saúde. É importante notar que as auditorias terão um efeito reduzido se seus resultados não forem comunicados aos indivíduos, às comunidades e organizações que podem usar a informação para advogar mudanças positivas no nível das políticas ou dos provedores de saúde.

O uso de auditorias baseadas em critérios para o manejo de complicações obstétricas severas em hospitais distritais na Jamaica revelou que as melhoras foram mais marcadas em áreas aonde o desempenho básico caiu muito abaixo do nível ótimo, como em registro, uso de medicamentos e monitoração clínica.

#### ***5.6 Financiando Serviços de Saúde Reprodutiva Dentro da Reforma do Setor de Saúde***

Os resultados de análises do custo da provisão de serviços de saúde materna sugerem que, para a maioria das intervenções, a assistência pode ser oferecida mais economicamente no nível primário de assistência. Desse modo, melhorar os centros de saúde para que ofereçam AOE básico é uma opção eficaz em função do custo. Isto é particularmente digno de nota, já que mulheres pobres em comunidades rurais isoladas são as mais afetadas pela falta de AOE básica e conseqüentemente mais prováveis de morrer no parto. Para melhorar a saúde materna nos países em desenvolvimento, o modelo de financiamento da assistência de saúde deve facilitar o acesso e garantir serviço de qualidade, incluindo não só um pacote essencial de serviços de saúde, mas também um sistema de encaminhamento viável e transporte. A chave é a sustentabilidade financeira.

Os custos de saúde são um fator importante na decisão de utilizar os serviços. Novos modelos de financiamento com diferentes formas de recuperação de custos para serviços de saúde foram identificados em alguns lugares como um impedimento à procura de serviços, principalmente nas populações mais pobres. Alguns países, mais notadamente, Bolívia, Equador e Peru, dentro de suas reformas no setor da saúde, estão implementando uma cobertura universal através do seguro de saúde para a assistência materna. É muito cedo para determinar a efetividade desses esquemas na redução da mortalidade materna, mas é evidente que o custo é um impedimento para muitos se considerarmos o aumento dos nascimentos institucionais desde a implementação dessas medidas.

O programa nacional de seguro para mães e crianças da Bolívia é um exemplo de um programa financeiro descentralizado. Foi introduzido em 1996 e inclui a provisão de assistência médica essencial grátis para mulheres em idade de procriar, recém-nascidos e crianças até 5 anos de idade. Ele cobre necessidades médicas prioritárias selecionadas como o parto e exame pré-natal. Os serviços são reembolsados individualmente pelo governo municipal. Estima-se que 20% da receita nacional é destinada às municipalidades, sendo que 85% são alocados para "propósitos de investimento"; 3,2% desses fundos de investimento vão para um Fundo Local Compensatório de Saúde, que reembolsa os pedidos do Seguro Nacional da Maternidade e Infância (SNMI). Em 1998, o Seguro Básico [Basic Insurance] foi lançado, e serviços adicionais, como a cobertura para complicações do aborto, infecções sexualmente transmissíveis e assistência pós-aborto, foram incluídos no pacote de assistência. Em termos de saúde materna e indicadores de saúde materna, a cobertura na Bolívia é baixa, mas houve um aumento na utilização dos serviços de saúde materna (de 16% para 39% na assistência pré-natal, e de 43% para 50% na assistência de parto) após a introdução do SNMI.

## **6. Implicações Financeiras**

### **6.1 *Para os Países***

A OMS e o Banco Mundial estimaram que a provisão de um pacote padrão de serviços de saúde materno-infantil deve custar aproximadamente US\$ 2,60 por pessoa ao ano em um país com impostos baixos. Esses custos são principalmente para serviços de saúde materna (68%), mas também incluem planejamento familiar pós-parto e assistência neonatal básica, assim como promoção dos preservativos para prevenir infecções sexualmente transmissíveis. A provisão de serviços efetivos de saúde materna requer melhor infra-estrutura e serviços de assistência-maternidade, mas geralmente não requer novas instalações.

### **6.2 *Para a Repartição***

A OPAS distribui recursos para a redução da mortalidade materna nos níveis regional e nacional. Desde 1997, a OPAS recebeu uma média de US\$ 350.000 por ano da USAID. Contudo, esse fundo termina em setembro de 2002. Nessa data, a OPAS precisará identificar novos recursos a fim de atender as necessidades de cooperação técnica dos Estados Membros. Ademais, os países da Região precisam de recursos financeiros para implementar intervenções baseadas em evidências. A fim de apoiar a implementação da estratégia a partir de 2002, a Repartição prevê a necessidade de, no mínimo, um adicional de US\$ 500.000 por biênio.

## 7. Questões Importantes para Deliberação

Os resultados são claros: a morte materna é evitável; as intervenções efetivas são conhecidas; e o investimento na maternidade segura irá reduzir a morte e incapacidade infantil e materna. A fim de alcançar a meta de diminuir a taxa de mortalidade materna para menos de 100 por 100.000 nascidos vivos, os países da ALC precisam se concentrar nas seguintes áreas.

- As intervenções de maternidade segura estão entre as mais eficazes em função do custo no setor da saúde. A provisão de serviços de assistência materna efetivos requer melhor infra-estrutura que suporte serviços obstétricos básicos e de emergência dentro das instalações existentes. Na maioria dos países, o maior impacto pode ser conseguido através de intervenções para melhorar centros de saúde comunitária e hospitais distritais existentes, por exemplo, treinando provedores de saúde com habilidades de obstetria, especialmente pessoal de enfermagem e obstetras, e comprando equipamentos e artigos obstétricos essenciais. Em geral, os custos são mais baixos, e a sustentabilidade maior, em programas que fazem uso da capacidade existente. É necessário identificar os obstáculos a um financiamento mais equitativo e sustentável dos serviços de saúde maternos, especialmente com relação à redução da mortalidade materna.
- A intervenção mais crucial para a maternidade segura é assegurar que um profissional de saúde com habilidades obstétricas esteja presente em cada parto, e que o transporte esteja disponível em caso de emergência. O atendimento hábil também pode ser visto de modo mais abrangente para incluir o contexto político e de políticas no qual o atendimento hábil deve operar, e as influências sócio-culturais.
- São necessárias ações para assegurar que atendentes hábeis no parto, junto com um ambiente propício, estejam disponíveis, especialmente em regiões pouco servidas como as áreas rurais.
- As emergências maternas são extremamente difíceis de se prever. Conseqüentemente, todas as mulheres precisam ter acesso à AOE. Diretrizes emitidas conjuntamente em 1997 pela OMS, UNICEF e UNFPA recomendaram que, para cada 500.000 pessoas, deve haver quatro instalações oferecendo AOE básica e uma instalação oferecendo AOE abrangente. Esforços de reforma oferecem uma oportunidade para assegurar que a AOE seja parte integral de qualquer melhoria no financiamento, na qualidade, na organização e nos sistemas de administração. Os Estados Membros devem identificar, desenvolver e implementar estratégias para melhorar a disponibilidade da AOE no primeiro

- nível de referência, incluindo componentes como acesso a estoques de sangue, cirurgia, anestesia e pessoal hábil para manejar complicações obstétricas.
- Vastas discrepâncias continuam a existir no acesso à assistência de saúde materna entre as mulheres mais ricas e mais pobres, mulheres urbanas e rurais, mulheres instruídas e sem instrução. Muitas mulheres descrevem os profissionais do sistema formal de assistência de saúde como rudes e antipáticos para com seus valores e crenças culturais. Conseqüentemente, muitas confiam em membros da família ou ATP para a assistência pré-natal, parto e pós-parto. Isto pode levar a atrasos fatais na procura de assistência para complicações relacionadas ao parto ou detecção oportuna de complicações.
  - Os Estados Membros devem reconhecer que a saúde materna tem importância crucial para a saúde pública geral. Para melhorar a saúde materna, é necessário: (a) envolver as mulheres e comunidades na formulação e avaliação dos serviços para que respondam às necessidades locais; (b) envolver as comunidades nos esforços para melhorar o acesso da mulher a um atendimento materno culturalmente aceitável; e (c) habilitar comunidades, famílias e mulheres para que implementem as ações necessárias para assegurar uma maternidade segura. Isso deve ser feito num contexto de uma forte estrutura de política e promoção da saúde.
  - Os parceiros do desenvolvimento em todos os níveis precisam trabalhar em prol do desenvolvimento e manutenção de programas que reduzam o número de mulheres que morrem de causas relacionadas com a gravidez. A confiança mútua, a transparência e o fortalecimento da capacidade devem caracterizar as parcerias. Os governos locais e nacionais, os serviços de saúde, as associações profissionais, as organizações de mulheres e outras ONGs devem participar e ser promovidas como parceiros importantes nos esforços para reduzir a mortalidade materna. É preciso adotar medidas para assegurar a colaboração entre instituições na promoção e implantação de estratégias de redução da mortalidade materna.

#### **8. Ação Solicitada do Comitê Executivo**

Com base na informação apresentada neste relatório sobre a situação da mortalidade materna na região das Américas, solicita-se que o Comitê Executivo considere as seguintes ações:

- Recomendar mecanismos para assegurar que os Estados Membros assumam um compromisso político e programático a longo prazo, incluindo ajuda financeira, a fim de melhorar a implantação das atividades em prol da maternidade segura;

- Analisar e endossar as propostas de intervenções baseadas em evidências destinadas a reduzir a mortalidade materna;
- Discutir estratégias para mobilizar recursos técnicos e financeiros de longo prazo nos níveis regional e nacional para a implementação de intervenções para uma maternidade segura; e
- Pedir que a Repartição monitore e relate o progresso na redução da mortalidade materna.