

Controlo Pré-Natal

Ornella Lincetto, Seipati Mothebesoane-Anoh, Patricia Gomez, Stephen Munjanja

A cobertura do Controlo Pré-Natal (CPN) é uma história de sucesso em África, dado que mais de dois terços das mulheres grávidas (69 por cento) fazem pelo menos uma consulta médica de CPN. Contudo, para atingir este potencial de salvar vidas que o CPN promete às mulheres e aos bebés, são necessárias quatro consultas médicas que prestem intervenções baseadas em evidências essenciais - um pacote muitas vezes designado como Controlo Pré-Natal focalizado. As intervenções essenciais do CPN incluem a identificação e o manejo das complicações obstétricas como a pré-eclâmpsia, a vacinação com o toxóide tetânico, o Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez (TIPMG), e a identificação e manejo de infecções, incluindo o VIH, a sífilis e outras infecções sexualmente transmitidas (IST). O CPN constitui também uma oportunidade para promover o recurso a assistência especializada durante o parto e a prática de comportamentos saudáveis como a amamentação, o Controlo Pós-Natal precoce e o planeamento para um espaçamento óptimo da gravidez.

Muitas destas oportunidades continuam a não ser aproveitadas, mesmo se mais de dois terços das mulheres grávidas fazem pelo menos uma consulta médica antes do parto. Como poderemos melhorar o CPN de modo a prestarmos intervenções prioritárias, especialmente em virtude da actual carência de recursos humanos na área da saúde em África? Será que há obstáculos ou dificuldades especiais que se poderão ultrapassar quanto ao aumento da cobertura e da qualidade? Como poderão ser integrados os múltiplos programas que constituem o CPN - malária, VIH/SIDA, erradicação do tétano, controlo das IST - para que se reforce o “veículo” que é o CPN, em vez de se aumentar ainda mais a actual sobrecarga de programas que o constituem?



Problema

A existência de bons cuidados de saúde durante a gravidez é importante para a saúde da mãe e o desenvolvimento do nascituro. A gravidez é um período crucial para promover comportamentos saudáveis e competências quanto à forma de educar uma criança. Boas ligações de CPN entre a mulher e sua família e o sistema de saúde formal aumentam as probabilidades de se recorrer a um profissional especializado durante o parto e contribui para uma boa saúde ao longo de toda a vida. Cuidados de saúde inadequados durante este período quebram um elo fundamental dos cuidados continuados de saúde e afectam tanto a mãe como os bebés:

Efeitos sobre as mães: calcula-se que 25 por cento das mortes maternas ocorrem durante a gravidez e com uma certa variabilidade entre os países que depende da prevalência de abortos inseguros, de violência e de doenças endémicas na área.¹ Entre um terço e metade das mortes maternas devem-se a causas como a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e hemorragias anteriores ao parto (*antepartum*), que estão directamente relacionadas com cuidados de saúde inadequados durante a gravidez.² Num estudo realizado em seis países da África Ocidental, um terço das mulheres grávidas adoeceu durante a gravidez, tendo sido necessário hospitalizar três por cento delas.³ Certas enfermidades já antes existentes agravam-se durante a gravidez. A malária, o VIH/SIDA, a anemia e a desnutrição ou nutrição deficiente estão associadas a um aumento das complicações maternas e dos recém-nascidos, assim como a mortes em que a prevalência dessas enfermidades é elevada. Há novas evidências que sugerem que as mulheres que tenham sido submetidas a mutilações genitais femininas têm bastante mais probabilidades de sofrer de complicações durante o parto. Assim, estas mulheres deverão ser identificadas durante o CPN.⁴ A violência baseada no sexo e a exposição a acidentes no local de trabalho são outros problemas de saúde pública muitas vezes subestimados. As taxas de depressões podem ser pelo menos tão elevadas no final da gravidez, se não mais elevadas, do que durante o período pós-natal.⁵ Algumas sociedades africanas crêem que sofrer ou fazer luto por causa de um nado-morto é inaceitável, o que torna a morte de um bebé durante o último trimestre da gravidez ainda mais difícil de ultrapassar e de aceitar.

Efeitos sobre os bebés: Na África Sub-Sahariana, cerca de 900 000 bebés convertem-se em nados-mortos durante as últimas doze semanas da gravidez. Calcula-se que os bebés que morrem antes do início do trabalho de parto, ou seja, os nados-mortos antes do parto, representam dois terços de todos os nados mortos nos países onde a taxa de mortalidade é superior a 22 por 1 000 nascimentos, o que acontece em quase todos os países africanos.^{6,7} Os casos de nados-mortos antes do parto devem-se a um certo número de causas que incluem infecções maternas - nomeadamente a sífilis - e as complicações da gravidez, mas não se dispõe de estimativas sistemáticas globais acerca das causas que estão na origem de nados-mortos antes do parto.⁸ Os recém-nascidos são afectados por problemas durante a gravidez que incluem os partos prematuros ou pré-termo, e o crescimento fetal insuficiente, assim como outros factores que afectam o desenvolvimento do bebé, como as infecções congénitas e a síndrome alcoólica do feto.

O contexto e as crenças sociais, familiares e comunitárias afectam a saúde durante a gravidez, seja positivamente, seja negativamente. Algumas culturas recomendam às mulheres grávidas alimentos especiais e descanso, mas noutras a gravidez nem merece ser reconhecida. Nestes casos, as mulheres continuam a trabalhar arduamente e os tabus alimentares podem privá-las de nutrientes essenciais, o que faz aumentar as deficiências nutritivas, especialmente as de ferro, de proteínas e de certas vitaminas. Numa tribo da Nigéria, as mulheres grávidas não podem dizer que estão grávidas e, se se sentirem mal, têm de dizer que “engoliram uma barata”.

Este capítulo irá descrever o pacote do CPN, salientando a mudança para um modelo de quatro consultas médicas centradas em cuidados pré-natais para a maioria das mulheres. Descreveremos a actual cobertura e tendências em África e exploraremos as possibilidades existentes nos serviços de saúde para a melhoria da saúde pré-natal, através dos serviços de saúde de proximidade, e na comunidade. Finalmente, sugerimos acções práticas para ajudar a resolver dificuldades ou obstáculos fundamentais relativamente à prestação de cuidados de saúde de qualidade às mães e aos bebés durante o período difícil da gravidez, e incluiremos ainda as múltiplas intervenções e programas destinados a este período.

O pacote

Evitar que as mães e os bebés tenham problemas depende de existirem ou não cuidados continuados de saúde funcionais que prestem serviços acessíveis e de alta qualidade antes e durante a gravidez, durante o parto e o período pós-natal. Depende ainda dos apoios disponíveis para ajudar as mulheres grávidas a dirigirem-se a esses serviços, especialmente quando surgem complicações.⁹ Um elemento importante destes serviços conti-

nuados de saúde é um CPN eficaz. O objectivo do pacote de CPN é preparar as grávidas para o parto e para a nova situação de maternidade, assim como prevenir, detectar, aliviar ou gerir os três tipos de problemas de saúde que surgem durante a gravidez e que afectam as mães e os bebés:

- complicações da própria gravidez
- enfermidades pré-existentes que pioram durante a gravidez
- efeitos dos estilos de vida não saudáveis



O CPN também presta às mulheres e às suas famílias informações e conselhos adequados para uma gravidez saudável, um parto seguro e uma boa recuperação pós-natal, incluindo os cuidados a prestar ao recém-nascido, a promoção da amamentação precoce e exclusiva, e a ajuda para a tomada de decisões sobre gravidezes futuras, com o objectivo de se melhorarem os resultados da gravidez. Um pacote eficaz de CPN depende da existência de profissionais de saúde competentes inseridos num sistema de saúde funcional com serviços de referência dos doentes, com produtos adequados e com apoio laboratorial.

O CPN melhora a sobrevivência e a saúde dos bebés directamente, ao reduzir o número de nados-mortos e as mortes neonatais e, indirectamente, ao proporcionar um local de admissão atempada aos serviços de saúde competentes, com a mulher sempre situada num local de admissão certo no esquema dos cuidados continuados de saúde. Uma nova análise feita para esta publicação e que utilizou uma metodologia anteriormente tornada pública¹⁰ sugere que se 90 por cento das mulheres beneficiassem de CPN, até 14 por cento, ou seja, mais 160 000 vidas de recém-nascidos, poderiam ser salvas em África. (Para mais pormenores, vide notas sobre os dados na página 226). Quando comparado com outras componentes dos pacotes de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), como os cuidados durante o parto e os cuidados pós-natais, o acréscimo de vidas salvo é menor, em parte porque o CPN já tem uma cobertura relativamente elevada e já salva muitas vidas. Por isso, o fosso existente entre a actual cobertura e uma cobertura total é menor. Contudo, as vantagens do CPN são mais vastas do que apenas a diminuição da mortalidade, e dado o seu custo relativamente baixo, este pacote está entre os melhores de todos os pacotes de saúde pública, em termos de custo-benefício.^{10,11}

O CPN salva indirectamente as vidas das mães e dos bebés ao promover e manter uma boa saúde antes do parto e no início do período pós-natal, que são os períodos de maior risco. O CPN proporciona muitas vezes a primeira oportunidade de contacto entre uma mulher e os serviços de saúde, abrindo assim uma porta de entrada para uma atenção integrada, promovendo boas práticas de saúde no domicílio, influenciando comportamentos que levem à procura de cuidados de saúde, e ligando as mulheres com complicações de gravidez a um sistema de saúde de referência. As mulheres têm mais probabilidades de dar à luz assistidas por um profissional competente se antes tiverem ido a pelo menos uma consulta de CPN.¹²

E qual CPN? Se bem que as investigações tenham demonstrado as vantagens do CPN devido à melhoria da saúde das mães e dos bebés, os seus componentes exactos e o que fazer e quando, são questões que têm sido alvo de debate. Nos últimos anos houve uma modificação do modo de pensar que inflectiu da abordagem de alto risco para o CPN focalizado. A abordagem de alto risco tinha como intenção classificar as mulheres grávidas como de “baixo risco” ou de “alto risco”, com base em critérios pré-determinados, e envolvia muitas consultas de CPN. Este método era de difícil implementação em termos de eficácia porque muitas

mulheres tinham pelo menos um factor de risco e nem todas desenvolviam complicações; porém, algumas mulheres de baixo risco desenvolviam essas complicações, especialmente durante o parto. Os serviços de CPN focalizados ou orientados por objectivos procedem em todas as mulheres a intervenções específicas, fundamentadas em evidências e que são executadas em certos momentos críticos da gravidez. Os elementos essenciais deste pacote descrevem-se na Caixa III.2.1.^{13,14}

CAIXA III.2.1 Elementos essenciais de uma metodologia focalizada para CPN - Controlo Pré-Natal

- Identificação e vigilância da mulher grávida e do seu bebé nascituro
- Reconhecimento e manejo de complicações relacionadas com a gravidez, especialmente a pré-eclâmpsia
- Reconhecimento e tratamento de doenças subjacentes ou concomitantes
- Detecção de enfermidades e de doenças como a anemia, as IST (especialmente a sífilis), a infecção por VIH, os problemas de saúde mental, e/ou os sintomas de stress ou de violência doméstica
- Medidas preventivas, incluindo a vacinação com o toxóide tetânico, a eliminação de vermes de um indivíduo infectado, administração de ferro e de ácido fólico, o tratamento intermitente preventivo da malária na gravidez (TIPMG), redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI)
- Aconselhamento e apoio à mulher e sua família para desenvolver comportamentos saudáveis em casa, e um plano de preparação para o parto e para situações de emergência:

o Aumentar a consciência das necessidades de saúde materna e neonatal e da auto-terapia durante a gravidez e o período pós-natal, incluindo a necessidade de apoio social durante e após a gravidez

o Promover comportamentos saudáveis no lar, incluindo estilos de vida e dietas saudáveis, segurança e prevenção das lesões, e apoio e cuidados de saúde em casa, tais como aconselhamentos e adesão a serviços de apoio para intervenções preventivas como a ingestão de suplementos alimentares com ferro, o uso de preservativos, e o uso de RMTI

o Comportamentos que levem à procura de cuidados de saúde, incluindo o reconhecimento de sinais de perigo relativamente às mulheres e ao recém-nascido, assim como meios de transporte e planos de financiamento para casos de emergência

o Ajudar a mulher grávida e o seu companheiro a prepararem-se emocional e fisicamente para o parto e para cuidarem do seu bebé, especialmente para a amamentação precoce e exclusiva e para os cuidados essenciais a prestar ao recém-nascido e pensar no papel a desempenhar por um companheiro que dê uma sensação de conforto durante o parto

o Promover o planeamento familiar pós-natal e o espaçamento dos partos

Fonte: Adaptado das referências^{15,16}

Quantas consultas? Um ensaio recente multi-países controlado aleatoriamente e executado pela OMS¹⁷, e uma análise sistemática¹³ revelaram que se podem prestar intervenções essenciais ao longo de quatro consultas com intervalos especificados, pelo menos em relação a mulheres saudáveis sem quaisquer problemas clínicos subjacentes.¹⁸ O resultado desta análise levou a OMS a definir um novo modelo de CPN baseado em quatro consultas orientadas para objectivos.^{13:14:17} Este modelo foi depois ainda melhor definido de acordo com o que se pratica em cada consulta e é muitas vezes designado como controlo *Pré-Natal focalizado*. O número óptimo de consultas de CPN em instalações com recursos limitados depende não apenas da eficácia, mas também dos custos e de outros factores impeditivos do acesso e da prestação dos serviços de CPN. Um estudo recente efectuado no sul da Tanzânia revelou que os trabalhadores da saúde gastavam em média 46 minutos a prestar CPN focalizado a uma utente na primeira consulta, e 36 minutos a uma utente nas consultas posteriores. Isto representa mais trinta minutos em média do que a prática corrente e causa problemas à prestação de serviços.¹⁹

Quando? Relativamente a muitas das intervenções essenciais de CPN é fundamental identificar precocemente as enfermidades subjacentes - por exemplo, prevenção da sífilis congénita, controlo da anemia e prevenção das complicações da malária. Deste modo, a primeira consulta de CPN deveria ter lugar tão cedo quanto possível no decurso da gravidez, preferivelmente no primeiro trimestre. A última consulta deveria ocorrer por volta das 37 semanas, ou perto da data esperada para o parto, para assim se garantir que tenham sido prestados conselhos e cuidados adequados para evitar e gerir problemas como os nascimentos múltiplos (gémeos, por exemplo), a pós-maturidade (estado de desenvolvimento excessivo dentro do útero e após o período normal de gestação de 42 semanas, o que acarreta um risco acrescido de morte do feto), e posições anómalas do bebé (por exemplo, um parto em que, à nascença, o bebé surge com as nádegas em primeiro lugar, designado parto agripino).

O quê? A primeira avaliação a fazer numa consulta de CPN consiste em distinguir as mulheres grávidas que necessitam de cuidados normais, como os previstos no modelo de quatro consultas, das que necessitam de atenção especial e de mais consultas. Dependendo do contexto, aproximadamente 25-30 por cento das mulheres estão sujeitas a factores de risco que requerem mais atenção. Estas mulheres necessitam de mais do que quatro consultas. O Quadro III.2.1 contém um panorama das intervenções de cada consulta de CPN com base no modelo de quatro consultas que se utiliza nas consultas de CPN focalizado. A maior parte das intervenções recomendadas no quadro são apoiadas em evidências científicas, são de baixo custo, e podem ser implementadas em instalações de nível básico, em todos os países de África. O modelo de pesquisa utilizado usou tiras para testes de urina que servem para medir em cada consulta a presença de bactérias na urina, mas esta intervenção não está actualmente incluída na publicação da OMS intitulada "*Pregnancy, Childbirth, Postpartum, and Newborn Care: a guide to essential practice*", que contém recomendações aplicáveis no nível básico dos cuidados de saúde.²⁰ Contudo, nos hospitais ou serviços de referência com mais capacidade, esta intervenção pode ser considerada devido ao efeito que produz na diminuição dos partos prematuros e na septicémia neonatal.¹⁰

Apontamentos redigidos pelas mulheres: alguns estudos revelaram as vantagens dos apontamentos sobre CPN redigidos em casa e que incluem o plano para o parto e a preparação para

as emergências.^{21:22} As mulheres que redigem os seus próprios apontamentos têm mais probabilidades de respeitar as consultas de seguimento marcadas, de fazer perguntas acerca da sua saúde, e de sentir que controlam a sua gravidez. Por seu lado, ao conceberem os seus processos ou registos sobre o CPN, os países deverão assegurar que todas as informações essenciais fiquem facilmente acessíveis aos profissionais de saúde. O novo modelo de CPN da OMS inclui um protótipo de formulário, juntamente com informações relevantes para implementar serviços de CPN de qualidade.¹⁷ Na maioria dos países da África Sub-Sahariana, os registos do CPN fazem parte de um processo completo sobre a gravidez que cobre a saúde do bebé e os cuidados pós-natais, assim como o planeamento familiar.

O papel da comunidade: O envolvimento das famílias e da comunidade é fundamental para os comportamentos saudáveis em casa durante a gravidez e provou-se que ele é um determinante importante da utilização dos serviços de CPN. Criar ligações entre a comunidade e os serviços pode aumentar a sua utilização, incluindo os do CPN, e ter um impacto sobre a mortalidade materna e a neonatal, assim como sobre os nados-mortos.²³ É conveniente que o companheiro, a mãe ou a sogra estejam presentes durante a consulta de CPN com a mulher. O seu apoio pode ajudar a mulher a seguir as recomendações do CPN, estimular as tomadas de decisões partilhadas, e melhorar a saúde, quer da mulher, quer do recém-nascido. As mulheres grávidas sem apoio, especialmente as adolescentes, necessitam de serviços especializados que sejam especificamente orientados para as suas necessidades. Os profissionais de saúde devem fazer todo o possível para localizar as mulheres incapazes ou renitentes a fim de que se dirijam a uma clínica e aceitem os serviços que lhes são propostos. Os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) podem desempenhar um papel fundamental identificando todas as grávidas da comunidade e aconselhando-as a adoptar um estilo de vida saudável, o planeamento dos partos, a preparação para as possíveis complicações, e a necessidade de CPN e de assistência especializada durante o parto. Isto ajuda a criar laços entre a comunidade e o sistema de saúde, e melhorar estas mensagens de saúde pode aliviar alguma da carga que recai sobre os serviços clínicos de CPN.



QUADRO III.2.1 Controlo Pré-Natal Focalizado (CPNF): O modelo de quatro consultas de CPN descrito nos guias clínicos da OMS

Objectivos				
	Primeira consulta 8-12 semanas	Segunda consulta 24-26 semanas	Terceira consulta 32 semanas	Quarta consulta 36-38 semanas
	Confirmar a gravidez e a DPP, classificar as mulheres segundo o CPN básico (quatro consultas) ou segundo tipo de assistência mais especializada. Rastrear, tratar e recomendar medidas preventivas. Criar um plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG e a anemia. Recomendar medidas preventivas. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG, a anemia, gravidez múltipla. Recomendar medidas preventivas. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.	Avaliar o bem-estar materno e do feto. Excluir a HIG, a anemia, a gravidez múltipla e a má apresentação do feto. Rever e modificar o plano de parto e de emergências. Pareceres e conselhos.
Actividades				
Avaliação rápida e manejo dos sinais de emergência; receitar tratamento adequado e encaminhar para hospital se necessário				
História (fazer perguntas e ler o processo)	Avaliar sintomas significativos. Obter a história psicossocial, clínica e obstétrica. Confirmar a gravidez e calcular a DPP. Classificar todas as mulheres (em certos casos após os resultados dos testes)	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário	Avaliar sintomas significativos. Consultar o processo para verificar se houve complicações anteriores e tratamentos durante a gravidez. Reclassificar se necessário
Exame (observar, ouvir, palpar)	Exame geral e obstétrico completo, PA	Anemia, PA, crescimento e movimentos do feto	Anemia, PA, crescimento do feto, gravidez múltipla	Anemia, PA, crescimento e movimentos do feto, gravidez múltipla, má apresentação do feto
Rastreo e testes	Hemoglobina Sífilis VIH Proteinúria Grupo sanguíneo/RH* Bacteriúria*	Bacteriúria*	Bacteriúria*	Bacteriúria*
Tratamentos	Sífilis Medicamentos ARV para o VIH se necessário Tratamento da bacteriúria se necessário*	Anti-helmínticos** ARV se necessário Tratar a bacteriúria se necessário*	ARV se necessário; Tratar a bacteriúria se necessário*	ARV se necessário. Se o bebé se apresentar de nádegas em primeiro lugar, anteverção externa do crâneo (AEC) Tratar a bacteriúria se necessário*
Medidas preventivas	Toxóide tetânico Ferro e folatos+	Toxóide tetânico Ferro e folatos TIPMG ARV	Ferro e folatos TIPMG ARV	Ferro e folatos ARV
Educação, pareceres e conselhos de saúde	Auto-terapia, uso do álcool e do tabaco, alimentação, sexo seguro, descanso, dormir sob RMTI, plano de parto e de emergências	Plano de parto e de emergências, reforço de conselhos anteriores	Plano de parto e de emergências, alimentação do lactente, cuidados pós-natal, espaçamento das gravidezes, reforço de conselhos anteriores	Plano de parto e de emergências, alimentação da criança, cuidados pós-natal e pré-natais, espaçamento das gravidezes, reforço de conselhos anteriores

Registar todas as conclusões dos apontamentos redigidos em casa e/ou num processo de CPN e elaborar um plano de seguimento e acompanhamento
Siglas: (DPP = data prevista para o parto; PA = pressão arterial; HIG = hipertensão induzida pela gravidez; ARV = medicamentos anti-retrovirais para o VIH/SIDA; AEC = Anteverção Externa do Crâneo; TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez; RMTI = Rede Mosquiteira Tratada com Inseticida)

* Intervenção adicional para utilização em centros de referência, mas não recomendadas como rotina em instalações com recursos limitados

** Não deve ser ministrado no primeiro trimestre, mas se a primeira consulta ocorrer após as 16 semanas, pode ser ministrada na primeira consulta

+Deve também ser prescrito como tratamento se for diagnosticada anemia



Cobertura e tendências

Em termos de cobertura global, o CPN é uma história de sucessos. Actualmente, 71 por cento das mulheres de todo o mundo beneficiam de CPN; nos países industrializados, mais de 95 por cento das mulheres grávidas têm acesso ao CPN. Na África Sub-Sahariana, 69 por cento das mulheres grávidas têm pelo menos uma consulta de CPN, o que é mais do que na Ásia do Sul, onde a percentagem é de 54 por cento. A cobertura de CPN é geralmente expressa em termos de proporção de mulheres que tiveram pelo menos uma consulta médica de CPN. Contudo, a cobertura de pelo menos quatro consultas de CPN é inferior e situa-se em 44 por cento conforme se mostra nas fichas dos países. As tendências indicam um progresso menor na África Sub-Sahariana do que noutras regiões, e aí, o aumento da cobertura foi de apenas quatro por cento ao longo da última década.^{1,24}

As desigualdades de atendimento no CPN persistem. Em África, 80 por cento das mulheres do quintil mais rico têm acesso a três ou mais consultas de CPN, enquanto só 48 por cento das mulheres mais pobres têm o mesmo nível de acesso. Existe uma disparidade semelhante entre as mulheres urbanas e as rurais. Contudo, no contexto dos cuidados continuados de saúde há, relativamente ao CPN, um fosso menor entre ricos e pobres no que se refere à assistência especializada durante o parto, a que têm acesso apenas 25 por cento das mulheres mais pobres da África Sub-Sahariana, enquanto 81 por cento das mulheres mais ricas têm a ela acesso.²⁵

É importante avaliar a cobertura de quatro ou mais consultas de CPN, assim como o número de consultas desagregadas por trimestre porque a eficácia de certas intervenções, como a vacinação contra o tétano, o TIPMG e a prevenção da transmissão vertical de mãe para filho do VIH (PTV) depende de consultas repetidas e do trimestre em que ocorram. Em África, a proporção de mulheres grávidas que respeitaram as quatro ou mais consultas recomendadas aumentou de 6 por cento ao longo de 10 anos. Do mesmo modo, a proporção de mulheres que beneficiaram de CPN nos primeiros seis meses de gravidez aumentou de 10 por cento ao longo de dez anos, o que significa uma taxa de crescimento mais rápida do que a do aumento da cobertura global de CPN.²⁶

Medir apenas a cobertura não fornece informações acerca da qualidade dos cuidados de saúde prestados, e a deficiente qualidade dos serviços clínicos de CPN, conjugada com a fraca utilização dos serviços, é comum em África. Isto está muitas vezes relacionado com o número insuficiente de profissionais

competentes de saúde (particularmente nas áreas rurais e remotas), com a inexistência de normas e de protocolos, com a escassez de materiais e de medicamentos, e com deficientes atitudes de alguns trabalhadores da saúde. Uma avaliação efectuada na Tanzânia detectou o dobro de profissionais de saúde com habilitações insuficientes nas unidades dos serviços de saúde rurais do que nas urbanas.²⁷ Além disso, não existe um amplo consenso quanto aos indicadores de qualidade do CPN. Os indicadores possíveis incluem a avaliação da cobertura de quatro ou mais consultas de CPN e a medição da cobertura de intervenções essenciais prestadas através desses serviços, prestando-se atenção às oportunidades perdidas, ou seja, a diferença entre o número dos que comparecem às consultas e não recebem tratamentos e o número dos que os recebem, incluindo até tratamentos fundamentais como, por exemplo, contra a sífilis. Estes casos serão apresentados com mais pormenor no final deste capítulo.

Os obstáculos ao acesso e à aceitação do CPN são financeiros e culturais. As mulheres e as suas famílias incorrem em custos substanciais quando o CPN implica viagens e esperas de longas horas. Fundamental é o conhecimento das necessidades e comportamentos da comunidade, especialmente para melhorar os canais de ligação permanente entre os domicílios e os hospitais, assim como a existência de ligações formais com a comunidade através de estruturas que facilitem esses contactos, como os comités de saúde das aldeias. Substituir as taxas moderadoras dos utentes por mecanismos alternativos de financiamento deve ser encarado como um primeiro passo eficaz para se melhorar o acesso das mães grávidas aos serviços (Secção IV). Na África do Sul, as consultas de CPN aumentaram em 15 por cento nos anos que se seguiram à eliminação das taxas moderadoras que se aplicavam a todos os serviços de saúde primários.²⁸

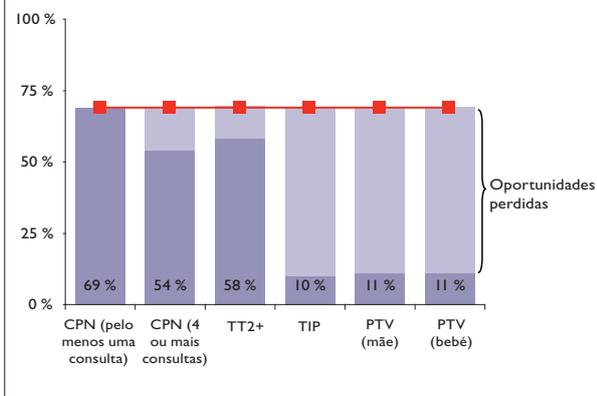
Possibilidades de melhoria do CPN para salvar mães e recém-nascidos

A elevada cobertura de CPN e os contactos frequentes entre as mulheres e os serviços de saúde possibilitam muitas oportunidades de se efectuarem tratamentos e outras intervenções dignas de confiança baseadas em evidências que podem melhorar a saúde e a sobrevivência da mãe, do feto e do recém-nascido.

1. O CPN representa uma importante porta de entrada para diversos programas e para a prestação de cuidados de saúde integrados.

A gravidez representa muitas vezes a primeira oportunidade para uma mulher estabelecer contacto com o sistema de saúde. Tal como ilustra a Figura III.2.1, há uma grande diferença entre uma única consulta pré-natal e um CPN considerado óptimo que exigiria consultas de seguimento e várias intervenções preventivas. Diversas enfermidades prevalentes em África, como a malária, as IST, o tétano materno e neonatal, o VIH, a tuberculose (TB), e algumas deficiências alimentares, podem ser tratadas durante as consultas de CPN. Se não forem manejadas eficazmente, a maioria destas enfermidades interagem durante a gravidez e podem piorar os resultados finais da gravidez., especialmente o VIH e a malária (Secção III.7, 8). Assim, garantir a integração do CPN com outros programas pode ser especialmente vantajoso tanto para a mulher como para o seu bebé, que pode beneficiar de melhor tratamento, e pode também ser vantajoso para o sistema de saúde, visto que deste modo se poderão reduzir custos de intervenções que não virão a ser efectuadas e custos dos programas.

FIGURA III.2.1 Oportunidades perdidas de salvar vidas e de promover a saúde na África Sub-Sahariana, por meio do Controlo Pré-Natal



Siglas: CPN = Controlo Pré-Natal; TT2+ = Administração às mulheres grávidas de duas ou mais doses da vacina do toxóide tetânico; COE/TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária Durante a Gravidez; PPTV/PTV = Prevenção da Transmissão Vertical de Mãe para Filho do VIH/SIDA

Fonte: Esta figura faz parte da ficha/perfil da África Sub-Sahariana (Vide notas sobre os dados na página 226). Os dados específicos de cada país encontram-se nas 46 fichas/perfis dos países

2. O CPN possibilita a oportunidade de criação de um plano de preparação para o parto e para as emergências.

A OMS recomenda que todas as mulheres grávidas possuam um plano escrito para estarem preparadas para o parto e para quaisquer eventos inesperados e adversos que possam surgir, tais como as complicações ou as emergências que possam ocorrer durante a gravidez, o parto ou o período pós-natal imediato. As mulheres deverão analisar e rever este plano com um profissional competente durante cada sessão de avaliação do CPN e um mês antes da data esperada do parto.^{16;17;20} Um plano de preparação para o parto e para as emergências inclui a identificação dos elementos seguintes: o local desejado para a realização do parto; o assistente de parto pretendido; a localização do serviço de saúde adequado mais próximo; as verbas para as despesas relacionadas com o parto e com as emergências; uma companhia que esteja ao seu lado durante o parto; ajuda para cuidar da casa e das crianças enquanto a mulher estiver ausente; transporte para um serviço de saúde onde o parto vai ocorrer; transporte em caso de emergência obstétrica; e identificação de dadores de sangue compatíveis em caso de emergência. Embora haja poucas evidências que revelem a existência de uma correlação directa entre a preparação para o parto e a diminuição da morbilidade ou da mortalidade das mães e dos bebés, certos estudos em pequena escala mostram que há vantagens consideráveis em existir um plano destes. Por exemplo: a adopção de novas práticas associada ao planeamento (como reservar dinheiro para o parto, tratar dos transportes e dispor de um plano de parto) é um acto encorajador ao nível familiar e comunitário. A presença de uma pessoa escolhida pela mulher para prestar apoio social durante o parto tem também um efeito positivo^{16;29}

3. As consultas de CPN possibilitam oportunidades de promover uma saúde duradoura, com benefícios que se mantêm para além da gravidez.

Isto inclui a preparação para o parto, mas também abrange informações e conselhos sobre a saúde às grávidas, às suas famílias e às comunidades. Deverão disponibilizar-se à mulher e à sua família informações relevantes, instruções e conselhos sobre uma alimentação e descanso adequados, a promoção da amamentação exclusiva e precoce, as opções de alimentação para as mulheres seropositivas, o abandono do tabaco, a abstenção de álcool e de drogas, e competências ou capacidades adequadas à sua nova função de pais. São também importantes componentes do CPN a orientação sobre planeamento familiar e espaçamento da gravidez, a procura de cuidados de saúde necessários e os cuidados a prestar ao bebé recém-nascido.

Estas intervenções integram a prevenção e a detecção de algumas causas directas e indirectas de morte da mãe e do recém-nascido que têm início durante a gravidez. A Caixa III.2.2 menciona outras áreas fundamentais que se devem incluir naquelas intervenções. A eficácia do CPN em conseguir reduzir a mortalidade depende da integração com êxito dos diversos serviços, assim como de enfrentar problemas como os da disponibilidade de um sistema de referência operacional e de serviços de emergência obstétrica.



CAIXA III.2.2 O Controlo Pré-Natal é um veículo para múltiplas intervenções e programas

Prevenção do tétano materno e neonatal (Secção III capítulo 9) O tétano mata cerca de 70 000 recém-nascidos por ano em África (cerca de seis por cento do total das mortes de neonatais) e causa um número não determinado de mortes maternas anualmente. Em África, as mortes por tétano neonatal foram reduzidas para metade durante os anos 90, em parte devido à vacinação com o toxóide tetânico. Na África Sub-Sahariana sete países conseguiram já erradicar o tétano neonatal. Os serviços de CPN proporcionam a oportunidade de as mulheres grávidas se vacinarem com as duas doses recomendadas de toxóide tetânico. Nos locais onde a cobertura de CPN é baixa ou não abrange certas populações, a vacinação em massa das mulheres em idade fértil é uma opção alternativa.

Prevenção e manejo de casos de malária materna (Secção III capítulo 8) Em África, pelo menos 25 milhões de grávidas são ameaçadas anualmente pela malária, o que tem como resultado cerca de 2-15 por cento de anemias maternas. Em áreas de elevada e moderada (estável) transmissão de malária, as mulheres adultas adquirem imunidade, e a maioria das infecções por malária em grávidas são assintomáticas. Porém, estas infecções assintomáticas da placenta provocam anemias na mãe e contribuem para baixos pesos dos bebés (BPN) e para partos prematuros que conduzem a taxas de mortalidade infantil mais elevadas e para um fraco desenvolvimento da criança. As infecções de malária maternas representam quase 30 por cento das causas de BPN que podem ser evitadas durante a gravidez.

Em muitos serviços, a cobertura a 10 por cento do tratamento preventivo intermitente da malária na gravidez (TIPMG), e de 5-23 por cento de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas (RMTI) são significativamente inferiores à percentagem de cobertura de consultas pré-natais que já atingem pelo menos uma consulta (Vide a ficha de perfil da África Sub-Sahariana). Por isso o CPN representa um “veículo” para aumentar a cobertura destas intervenções fundamentais. As RMTI e o TIPMG são mais eficazes e ficam mais baratos do que o manejo de casos de malária durante a gravidez. Contudo, as mulheres devem ser consciencializadas para os sinais de perigo da malária, e o pessoal que presta CPN necessita de ter conhecimentos e competência para tratar de mulheres com malária não complicada e transferir para outras unidades de saúde da área as que se apresentem com malária complicada.

Prevenção da anemia e da desnutrição materna (Secção III capítulo 6) A anemia afecta quase metade de todas as grávidas do mundo e é um factor de risco para a morbilidade e mortalidade materna. Para a mãe, a anemia durante a gravidez aumenta o risco de morte por hemorragia, uma causa importante de morte materna. A anemia durante a gravidez está também associada a um maior risco de ocorrência de nados-mortos, de BPN, de prematuridade, e de morte neonatal. Além das actividades de promoção da saúde, as estratégias para o controlo da anemia na gravidez incluem a adopção de suplementos com ferro e ácido fólico, a eliminação de vermes nos casos de infestações intestinais, a prevenção da malária, a melhoria dos cuidados obstétricos, e o manejo da anemia grave. Os serviços pré-natais podem incluir conselhos sobre a alimentação, incluindo os suplementos em locais com deficiência de micronutrientes, e podem estimular certas práticas de amamentação.

Prevenção de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST) e da Transmissão Vertical do VIH de Mãe para Filho (Secção III capítulo 7) Por meio do CPN podem identificar-se e tratar-se as infecções do sistema reprodutivo como a sífilis, a gonorreia e a clamídia. Embora os cálculos variem, pelo menos 50 por cento das mulheres com sífilis aguda sofrem de consequências adversas da gravidez. Quanto mais recente for a infecção materna, mais probabilidades há de que a criança seja afectada. A maior parte dos países da África Sub-Sahariana têm taxas elevadas de infecções por sífilis. A OMS recomenda que todas as mulheres grávidas devem ser sujeitas ao rastreio da sífilis na primeira consulta de CPN no primeiro trimestre de gravidez e novamente na altura do parto. As mulheres cujos resultados do teste da sífilis sejam positivos devem ser tratadas e informadas da importância de serem submetidas ao teste da infecção com VIH/SIDA. Os seus companheiros devem também ser tratados e deve haver planos para tratar os seus bebés após o parto.

Concluiu-se que o controlo da sífilis em grávidas através de detecção pré-natal universal e o tratamento dos casos positivos é uma intervenção viável e eficaz em termos de custo-benefício. As complicações da sífilis são graves e a terapêutica é barata e eficaz. Porém, muitas mulheres que usufruem de CPN não são sujeitas a detecção ou a tratamento da sífilis e o resultado é o nascimento de nados-mortos e as mortes de recém-nascidos, o que podia ser evitado. Uma limitação importante é a falta de produtos e materiais para se proceder aos testes. Existem actualmente testes simples e eficazes para a sífilis que podem ser executados rapidamente mesmo nos serviços de saúde com os mais baixos níveis de serviços.³⁰

O CPN é a porta de entrada fundamental para os serviços de prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV), embora as oportunidades não aproveitadas entre os dois serviços sejam muitas, conforme se pode ver nas fichas/perfis dos países e na Figura III.2.1. A fim de aumentar o número de mulheres submetidas a testes, muitos países adoptaram o “sistema de auto-exclusão,” em que se aconselham e sujeitam a testes durante as consultas de CPN todas as mulheres, excepto as que não queiram participar. Apesar dos actuais baixos níveis de cobertura, os fortes empenhos políticos, os maiores recursos atribuídos à PTV e a maior atenção dedicada aos cuidados de saúde integrados e fornecidos pelos mesmos serviços, representam boas oportunidades de melhorar o CPN, especialmente a preparação para o parto, o recurso a profissionais competentes durante o parto, e a transmissão de informações e de aconselhamento sobre as opções de alimentação das crianças.

Outras intervenções do CPN Outras intervenções eficazes que podem ser adicionadas ao CPN exigem um nível mais elevado de complexidade dos sistemas de saúde, mas verificou-se que melhoram a saúde e a sobrevivência materna e neonatal. Essas intervenções incluem suplementos de cálcio em locais onde o consumo seja baixo, tratamento da bactériúria, esteróides pré-natais para os casos de partos prematuros, e antibióticos para a ruptura prolongada das membranas. As intervenções referidas estão a ser disponibilizadas em hospitais escolares e em clínicas privadas de CPN.

Dificuldades

Para dar resposta às necessidades das mulheres grávidas, o CPN deve procurar tratar as múltiplas enfermidades directa ou indirectamente relacionadas com a gravidez, incluindo a malária, as deficiências de nutrição, as IST, o VIH e a Tuberculose (TB). Além disso, deve igualmente fornecer as informações e os conselhos necessários sobre a gravidez, o parto e o período pós-natal, inclusive sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido. O modo mais eficaz de proceder a isso será através da integração de programas e da disponibilização de pessoal de saúde com uma ampla gama de competências profissionais. Porém, o conceito de integração é um conceito mais fácil de invocar do que de pôr realmente em prática e acrescentar mais intervenções tem implicações para este programa que já está muitas vezes sobrecarregado e sub-financiado (Vide Secção IV).

Se bem que a falta de infra-estruturas afecte menos o CPN do que outros serviços dos cuidados continuados de saúde, a verdade é que o CPN partilha dificuldades muito importantes com outros componentes e que são influenciadas pela oferta e pela procura: debilidades gerais do sistema de saúde e obstáculos sociais, económicos e culturais.

Factores da oferta

Muitos países estão a lutar para conseguirem serviços de CPN de qualidade, especialmente nas áreas rurais e nas áreas periféricas das cidades. A concorrência para a obtenção de pessoal e de verbas, assim como as comunicações deficientes com outros programas ou componentes (malária, VIH e emergências obstétricas) são factores que existem em diversos níveis do sistema de saúde, especialmente onde as políticas estejam mal definidas. Os orçamentos nacionais e regionais podem ser demasiado limitados e muito dependentes de verbas dos doadores. Como se trata de um serviço relativamente discreto, o CPN pode não receber verbas suficientes. As competências de gestão a nível distrital são geralmente insuficientes e os distritos pobres podem enfrentar dificuldades para conseguirem obter as verbas necessárias às actividades essenciais do CPN, ou para atraírem e manterem pessoal se a este não se oferecerem

determinados incentivos. Além disso, a falta de normas e de protocolos actualizados, os papéis mal definidos dos programas e do pessoal, e os deficientes programas de monitorização, contribuem para um CPN de baixa qualidade. Os deficientes mecanismos regulamentares ou a insuficiente capacidade de os fazer cumprir, contribuem para a dificuldade de avaliação da qualidade do CPN nos serviços públicos e nas clínicas privadas. Criar e manter um sistema funcional de saúde que possa fornecer uma cobertura universal de CPN de qualidade (pelo menos quatro consultas nas datas correctas durante a gravidez) é um desafio para muitos países africanos.

Os recursos humanos constituem uma dificuldade importante. A transferência de pessoal para áreas rurais pode ser realmente difícil, especialmente quando não existam incentivos económicos ou de carreira para se proceder a essa transferência e manter o pessoal nessas áreas com condições menos favoráveis. O pessoal pode não possuir as competências requeridas para fornecer todas as componentes incluídas nos serviços de CPN ou pode não beneficiar de todo o apoio de que necessita. O CPN pode ser a plataforma indicada para apoiar grupos especiais como adolescentes, mulheres vítimas de violência doméstica e mães solteiras, entre outros, visto que estes grupos estão sujeitos a um maior risco de nados-mortos, de partos prematuros, de baixos pesos à nascença (BPN), e de negligência e abandono de crianças. Contudo, isto pode ser difícil devido à existência de muitos prestadores de CPN já sobrecarregados de trabalho, que muitas vezes lutam só para transmitirem as mensagens básicas de promoção da saúde com os recursos limitados de que dispõem e com o elevado número de casos a que têm de dar resposta. Um estudo recente constatou que exercer CPN focalizado dura em média mais trinta minutos do que o tempo que requer a prática habitual. O tempo exigido para cada consulta focalizada de CPN tem implicações nos níveis de pessoal e nos custos de oportunidade, tanto para os serviços clínicos, como para as mulheres que os frequentam.¹⁹ Abaixo indicam-se algumas medidas práticas para prever e evitar esta sobrecarga de trabalho.

O esgotamento de stocks de produtos e materiais, de medicamentos e de equipamento básico pode comprometer a qualidade da assistência, a motivação do pessoal e a utilização dos serviços. Os sistemas de saúde com processos imperfeitos de referência de utentes para darem apoio à gestão de casos de complicações de gravidez reduzem inevitavelmente o impacto global do CPN.

Difícultades sociais, económicas e culturais

A cobertura do CPN é menor entre as mulheres que dele mais necessitam: as pobres, as menos instruídas e as que vivem nas áreas rurais. Uma dificuldade importante é a incapacidade de pagar o CPN ou os tratamentos nele receitados, nos locais onde vigorem taxas moderadoras e não existam esquemas de isenção para os pobres. Conflitos ou processos de comunicação deficientes entre os profissionais de saúde formais, as parteiras tradicionais (PT/TBA) e outros Trabalhadores Comunitários da Saúde podem ser a causa da insuficiente utilização dos serviços do CPN em certas comunidades. Como a gravidez é entendida

como um processo natural da vida, as mulheres, as famílias e as comunidades podem subestimar a importância do CPN. Além disso, muitas têm pura e simplesmente falta de conhecimentos acerca dos sinais de perigo na gravidez e não sabem como procurar assistência quando acontece uma complicação. Finalmente, não há uma consciência apurada acerca da dimensão e do impacto das crenças domésticas e comunitárias tradicionais, como a alimentação materna insuficiente e as práticas nutritivas das crianças. As atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde nos serviços clínicos de CPN agravam este problema ao não respeitarem a privacidade, a confidencialidade e as crenças tradicionais das mulheres. Isto, de modo geral, pode ter uma influência negativa na utilização dos serviços de CPN, assim como dos serviços de SMNI.

A Caixa III.2.3 apresenta um exemplo dos progressos da Tanzânia no sentido da melhoria do CPN.

CAIXA III.2.3 Melhoria das competências no Controlo Pré-Natal focalizado do sistema de saúde da Tanzânia

A Tanzânia, com apoio de parceiros, desenvolveu um pacote nacional de intervenções essenciais sobre reprodução e saúde infantil que faz parte da reforma do sector da saúde para melhorar a saúde materna e neonatal. Uma componente fundamental desse pacote é o Controlo Pré-Natal focalizado (CPN), que inclui o tratamento preventivo da malária na gravidez (TPMG), o aconselhamento alimentar e a indicação do respectivo suplemento, e a detecção e manejo da sífilis. Mais de 90 por cento das grávidas da Tanzânia fazem pelo menos uma consulta pré-natal, mas a cobertura diminuiu acentuadamente para as intervenções essenciais que podem ser proporcionadas com mais consultas de CPN e com a continuidade dessas consultas. Alguns parceiros estão a trabalhar em conjunto para tratar a tarefa multi-sectorial do aumento da disponibilidade e da procura de serviços de CPN focalizado. Há três estratégias que se utilizam para reduzir a morbilidade materna e neonatal. São elas as políticas e a promoção de causas, o aumento das competências, e a melhoria da qualidade e do desempenho.

Políticas e promoção de causas: Empreendeu-se um processo cooperante para desenvolver e divulgar directrizes necessárias que descrevem as actividades fundamentais da saúde reprodutiva e infantil, os factores para desenvolver estas actividades e os resultados esperados para cada nível do sistema de prestação de serviços de saúde. Estes elementos constituíram a base para se definirem os desempenhos desejados e os objectivos de qualidade. Os formulários utilizados durante as consultas de CPN foram adaptados e normalizaram-se os currículos de formação profissional contínua e da educação recebida antes da entrada em serviço, para se melhorarem as competências profissionais de CPN de um grupo nuclear de formadores.

Melhoria das competências: Promoveu-se a melhoria das competências, o que incluiu a criação de material didáctico e a melhoria das competências dos formadores, adquiridas antes da admissão ao serviço e já em serviço, a fim de actualizar os seus conhecimentos académicos e os do prestador dos serviços, e para que adquirissem competências exigidas pela prestação de serviços de CPN.

Melhoria da qualidade e do desempenho: no início de 2001, em quatro distritos da Tanzânia identificaram-se os factores que afectam o desempenho nos serviços e o dos parceiros comunitários. Estas averiguações orientaram equipas interdisciplinares de partes interessadas importantes, incluindo equipas de gestão da saúde a nível distrital e regional, para identificarem as falhas dos serviços. Com base nas falhas identificadas, chegou-se a acordo sobre as prioridades e implementaram-se intervenções que se centraram numa gama de factores de desempenho tais como a monitorização, os conhecimentos e as competências, as motivações, a disponibilidade de recursos essenciais, e os materiais, produtos e equipamentos existentes. Os serviços que satisfaçam as normas de qualidade irão receber certificados de acreditação, gerando desse modo uma maior procura da comunidade para esses serviços. A formação em curso nos serviços e a repetição desta iniciativa irão assegurar a sustentabilidade do que já se alcançou e resultados a longo prazo.

Estas actividades são actualmente apoiadas pelo programa ACCESS conduzido pela JHPIEGO

Fonte: Adaptado da referência³¹

Medidas práticas para melhorar o Controlo Pré-Natal

Dados os problemas descritos atrás, enumeram-se abaixo os esforços necessários para se melhorar o CPN a fim de se conseguir uma melhor saúde materna e neonatal.

1. Criar ou melhorar as políticas nacionais

Deverão existir directrizes de política nacional adaptadas localmente para proteger os direitos de acesso das mulheres aos serviços do CPN, independentemente do seu estatuto socioeconómico ou local de residência. São necessárias directrizes baseadas em evidências dignas de confiança a nível nacional que pormenorizem quais são as componentes essenciais mínimas do CPN, adaptadas ao perfil epidemiológico do país e às suas prioridades, e baseadas nas directrizes e recomendações da OMS.

2. Melhorar a qualidade dos serviços de CPN

Esta melhoria inclui a promoção de directrizes e de normas para o CPN focalizado, baseadas em evidências merecedoras de confiança:

- A formação deve ser revista para incluir protocolos de Controlo Pré-Natal focalizado e novas competências (testes RPR locais para diagnóstico de sífilis, TIPMG - Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez -TIPMG, ARV, competências para a função de aconselhamento, e normas reguladoras e de auditoria). O pessoal deve rodar entre os serviços. A atitude e a motivação dos profissionais de saúde são factores de importância fundamental.
- Tempo necessário à prestação dos serviços: nalguns países onde muitas mulheres comparecem às consultas de CPN mais do que quatro vezes, as consultas poupadas por se ter regressado ao esquema das quatro consultas permitiram que cada consulta fosse mais prolongada e de melhor qualidade. Além disso, algumas tarefas puderam ser delegadas noutros quadros. Por exemplo, as tarefas burocráticas e a pesagem puderam ser atribuídas a pessoal administrativo, poupando-se assim o tempo do pessoal mais qualificado que ficou desse modo adstrito a tarefas mais especializadas e de maior impacto. Essa delegação de tarefas pode exigir algumas alterações de políticas. Além disso, os grupos de mulheres e os TCS podem ser valiosos dando estes conselhos à comunidade, conjuntamente com os contributos regulares, a monitorização e os serviços de referência apropriados prestados pelos profissionais de saúde ao nível da unidade de saúde.
- Os aprovisionamentos e a logística são um aspecto importante de um CPN eficaz e incluem a disponibilidade permanente de kits para testes da sífilis e do VIH e de medicamentos e equipamentos essenciais.
- Os métodos e instrumentos para a melhoria da qualidade ajudam a identificar e a ultrapassar as limitações locais para a prestação de CPN eficaz orientado para os utentes, e ajudam a assegurar que as mulheres regressem após a primeira consulta de CPN.

3. Melhorar a integração com outros programas

Para maximizar as oportunidades das grávidas, os serviços de CPN deverão aproveitar os programas existentes, especialmente os que praticam actividades de proximidade orientadas para as mulheres em idade fértil. Isto é especialmente importante nos locais onde a cobertura do CPN é baixa. As estratégias nacionais para a malária, o VIH, a sífilis e a alimentação, devem ser melhor integradas no CPN.

4. Harmonizar as actividades desempenhadas por múltiplos parceiros, instituindo um clima de parceria eficaz

Algumas estratégias regionais e nacionais possibilitam o reforço dos programas nos países. As associações profissionais e as organizações não governamentais envolvidas em acções com as mulheres e as crianças deverão ser sensibilizadas para a importância do CPN nos cuidados continuados de saúde.

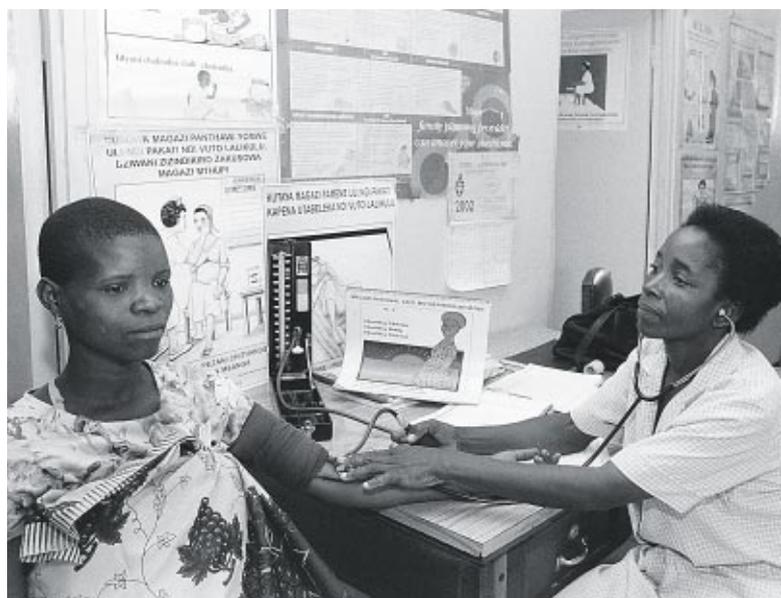
5. Reduzir as dificuldades que impedem o acesso aos serviços e aproximá-los das mulheres que a eles não têm acesso

A utilização dos serviços de CPN deverá ser estimulada, reduzindo-se para isso as dificuldades ao seu acesso, tais como as taxas moderadoras, as limitações das horas de abertura, as longas distâncias a percorrer, os tempos de espera e a desumanização dos serviços.

Deverão desenvolver-se estratégias para atribuir poderes e competências às comunidades a fim de se ultrapassarem as dificuldades que se levantam à prestação dos cuidados de saúde e de se conseguirem abranger os 30 por cento de mulheres que não beneficiam de CPN. Essas estratégias podem incluir o recurso a canais comunitários para assim se identificarem as mulheres grávidas, visando-se as que provavelmente não serão utilizadoras dos serviços, como as adolescentes e as pobres e solteiras, e tornando os serviços mais interactivos em relação às necessidades das mulheres.

6. Utilizar os dados eficazmente para controlar e melhorar a cobertura e a qualidade do CPN

Os dados existem, especialmente os dos Inquéritos Demográficos e de Saúde e os dos sistemas de gestão e informação da saúde, mas não são sempre utilizados eficazmente pelos decisores de políticas e pelos programadores, para melhorarem a qualidade dos serviços (Vide Secção I). Os perfis dos países contidos nesta publicação denunciam essas oportunidades perdidas no CPN, designando-as de fosso entre as mulheres grávidas que beneficiam de apenas uma consulta e as que beneficiam de quatro consultas. Mencionar outras oportunidades perdidas, como o fosso que existe no acesso aos cuidados de saúde entre os ricos e os pobres, pode contribuir para se provar que é necessário lutar por mais verbas e pela melhoria dos serviços.



CAIXA III.2.4 Indicadores para o Controlo Pré-Natal

- Proporção de mulheres grávidas que têm pelo menos uma consulta pré-natal[#]
- Proporção de mulheres grávidas que têm pelo menos quatro consultas de CPN
- Protecção contra o tétano à nascença^{*}
- Percentagem de mulheres grávidas que recebem TIPMG de acordo com o protocolo internacional do TIPMG
- Curso anti-retroviral para a PTV do VIH^{*}
- Prevalência de sífilis em mulheres grávidas[#]
- Proporção de mulheres grávidas que possuem um plano escrito para o parto e para as emergências às 37 semanas de gravidez

* Indicadores fundamentais dos recém-nascidos e das crianças contidos no processo “Countdown to 2015 Child Survival”

Indicadores Básicos de Saúde Reprodutiva da OMS

Para a lista completa de indicadores, vide Secção IV.

A Caixa III.2.4 contém os indicadores possíveis para melhorar a monitorização dos programas de CPN, e incluem a cobertura de quatro ou mais consultas de CPN e a cobertura das intervenções fundamentais dessas consultas (vacinação contra o tétano, TIPMG, teste e tratamento da sífilis, PTV, adopção de suplementos alimentares com ferro e folatos e eliminação de vermes). Os indicadores de processo variam segundo cada programa, mas podem incluir as competências do pessoal para tratar complicações maternas e executar a reanimação dos recém-nascidos, a disponibilidade de equipamento básico, de testes laboratoriais, de medicamentos, de produtos e materiais, a execução de actividades de promoção da saúde, o horário de abertura dos serviços clínicos, a manutenção de registos, o respeito pela privacidade e a confidencialidade, e a implementação dos procedimentos de controlo das infeções. Os indicadores de processo deverão igualmente avaliar a qualidade das comunicações, tais como a proporção de mulheres grávidas que possuem um plano escrito para o parto e para as emergências às 37 semanas de gravidez.

Conclusão

O CPN em África já abrange mais de dois terços de mulheres grávidas, com aumentos de cobertura das quatro consultas recomendadas de CPN e aumentos da cobertura de uma consulta de CPN no primeiro trimestre. Os programas verticais múltiplos confiam no CPN para prestar as suas intervenções, o que representa tanto uma dificuldade como uma oportunidade. Como elo crítico dos cuidados continuados de saúde, o CPN proporciona enormes possibilidades de se alcançar um grande número de mulheres e de comunidades com intervenções clínicas e de promoção da saúde eficazes. Contudo, ainda existem desigualdades e injustiças e as mulheres jovens, rurais, pobres e menos instruídas podem não beneficiar dos serviços de CPN ou podem desistir deles devido a dificuldades de acesso e à baixa qualidade dos serviços. Os esforços para melhorar os serviços de CPN deverão centrar-se na cobertura universal, tentando para isso remover os obstáculos financeiros e culturais que se levantam para que consigam alcançar os grupos vulneráveis e melhorar a qualidade dos serviços, para aumentar o número de mulheres que se sentem satisfeitas com os serviços, para reduzir as desistências e para integrar os programas a fim de maximizar os contactos entre as mulheres e os serviços de saúde.



Acções prioritárias para a melhoria do Controlo Pré-Natal

- Melhorar a qualidade dos serviços de CPN
 - o Rever a formação profissional em serviço e a formação prévia à entrada ao serviço, dos prestadores do CPN, de modo a incluir as componentes essenciais e as novas competências exigidas
 - o Melhorar os aprovisionamentos e a logística
- Criar ligações com outros programas, especialmente as intervenções tradicionalmente verticais, tais como as da malária e do VIH
- Harmonizar actividades por meio de parcerias eficazes
- Reduzir as dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e ir ao encontro das mulheres que não têm acesso a eles
- Utilizar melhor os dados disponíveis para monitorizar e melhorar a cobertura e a qualidade do CPN