



República de Moçambique
Ministério da Saúde



Estratégia de Casas de Espera para Mulheres Grávidas

MAPUTO, Junho 2009

FICHA TÉCNICA

Título: Estratégia de Casas de Espera para Mulheres Grávidas

Ministério da Saúde, 2008

Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Maputo

www.misau.gov.mz

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
COEm	Cuidados Obstétricos de Emergência
COEmB	Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos
COEmC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos
CERN	Cuidados Essenciais do Recém-nascido
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
HIV/ SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
MM	Mortes Maternas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SNS	Sistema Nacional de Saúde
ODMs	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
US	Unidade Sanitária
SMI	Saúde Materna e Infantil
SMNI	Serviços de Saúde Materna, Neo-Natal e Infantil
DSC	Departamento de Saúde da Comunidade
UNFPA	Fundo de Nações Unidas para as Populações
DAM	Departamento de Assistência Médica
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DRH	Direcção de Recursos Humanos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde da Mulher e Acção Social

Índice

I	JUSTIFICAÇÃO	5
II	ELEMENTOS PRINCIPAIS DA ESTRATÉGIA DAS CASAS DE ESPERA	10
	2.1 FINALIDADE DA CASA-DE-ESPERA.....	10
	2.2 DEFINIÇÃO DE CASA-DE-ESPERA	11
	2.3 ESTABELECIMENTO E GESTÃO DAS CASAS-DE-ESPERA	11
	2.3.1 Elementos Cruciais a ter em consideração no estabelecimento das Casas-de-Espera	11
	2.3.2 Infra-Estruturas e Mobiliário	12
	2.3.3 Responsabilidades em Relação ao Estabelecimento e Funcionamento	13
	2.4 CRITÉRIOS DE UTILIZAÇÃO E SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS NAS CASAS-DE-ESPERA.....	15
	2.4.1 Critérios para a Utilização das Casas-de-Espera	16
	2.4.2 Serviços a serem oferecidos à Grávida na Casa-de-Espera.....	17
	2.5 RECOLHA DE DADOS, MONITORIA E AVALIAÇÃO	19
	2.6 RISCOS E PRESSUPOSTOS	20
	2.6.1 Riscos:.....	20
	2.6.2 Pressupostos:.....	20
III	APOIO EM ALIMENTAÇÃO	21
	BIBLIOGRAFIA	24

PREFÁCIO

A presente estratégia de Casa de Espera para Mulheres Grávidas constitui mais uma peça da Estratégia visando a melhoria da saúde da Mulher e Criança. Inúmeros estudos sobre a mortalidade materna nos países em desenvolvimento mostram que tornar a gravidez e o parto seguros significa que cada mulher deve ter acesso a cuidados contínuos que incluem o manejo apropriado da gravidez, parto e puerpério, e o acesso a cuidados obstétricos de emergência de qualidade quando surgem as complicações obstétricas.

Este documento é especificamente dirigido aos profissionais de saúde que promovem e implementam actividades de gestão, assistência e envolvimento comunitário na área de saúde da Mulher e Criança.

O presente documento constitui um guião que fornece directivas sobre a gestão de casas de espera: (Conceito, Critérios de utilização e serviços a prestar).

Esperamos assim, que a presente Estratégia seja útil e que sirva como um documento orientador e de consulta para a implementação de todas acções e utilização das Casas de Espera para Mulheres Grávidas.

Maputo, Junho de 2009

O Ministro da Saúde



Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

Justificação

No mundo, a cada minuto, uma mulher morre no decurso ou como resultado de uma gravidez ou parto. Das mais de 536.000 mortes maternas que ocorrem em cada ano, 99% ocorrem nos países em desenvolvimento e mais da metade destas mortes maternas (270 000) ocorrem na África Sub-Sahariana. É também na região africana onde as mulheres têm maior risco de morrer durante a gravidez ou parto (1 em 26).¹. Três quartos das mortes maternas, são resultantes de complicações obstétricas directas tais como a hemorragia, sépsis, trabalho de parto arrastado, transtornos hipertensivos da gravidez e aborto séptico. Há décadas que são conhecidas as intervenções técnicas capazes de prevenir a grande maioria das mortes maternas por estas causas. O que falta, em grande parte do mundo, é a capacidade do Sistema de Saúde de tornar estes “conhecimentos e intervenções técnicas” disponíveis a todas as mulheres que deles necessitam.

Inúmeros estudos sobre a mortalidade materna nos países em desenvolvimento mostram que tornar a gravidez e o parto seguros significa que cada mulher deve ter acesso a cuidados contínuos que incluem o manejo apropriado da gravidez, parto e puerpério, e o acesso cuidados obstétricos de emergência de qualidade quando as complicações obstétricas aparecem.

Quando surge uma complicação obstétrica, existem essencialmente três alternativas possíveis para melhorar o acesso destas mulheres a serviços obstétricos:

1. Trazer as mulheres grávidas que necessitam dos serviços obstétricos até uma unidade - transporte de emergência;
2. Levar os serviços de saúde até às mulheres que deles necessitam através das brigadas móveis;
3. Descentralizar os cuidados de saúde obstétricos, para que as mulheres tenham fácil e atempado acesso à assistência obstétrica qualificada, no momento que dela precisam – isto requer provisão de unidades sanitárias que ofereçam cuidados obstétricos tão próximo quanto possível das comunidades.

A terceira opção, disponível em grande parte do mundo desenvolvido, não é uma opção viável num futuro imediato para a maioria dos países em desenvolvimento. Portanto, com a finalidade de facilitar o acesso de um número maior de mulheres grávidas a cuidados obstétricos essenciais e de emergência, através da acomodação e permanência destas mulheres, durante as últimas semanas da gravidez, próximo de uma US que tenha condições de prestar estes cuidados, alguns países têm assim vindo a estabelecer “casas de espera” como uma componente do pacote de intervenções dos Cuidados Obstétricos Essenciais. Esta medida visa minimizar as restrições impostas pelas distancias, melhorando o acesso, principalmente nas zonas rurais, a cuidados obstétricos de emergência básicos e completos em Unidades Sanitárias acreditadas para prestar estes serviços.

A Estratégia de Casas de Espera constitui uma intervenção de baixo custo quando comparada com a sua efectividade, no sentido em que permite que as mulheres mais

desfavorecidas em termos de acesso e as mulheres com risco obstétrico detectado, possam por um lado, aguardar o seu parto perto de uma unidade sanitária com capacidade para monitorar a evolução do período final da gravidez e por outro lado, ter uma atenção e tratamento atempado, adequado e de qualidade na eventualidade de ocorrência de uma complicação obstétrica. Da mesma forma, e em caso de necessidade, a mulher com complicações poderá ser transferida atempadamente para outra US sanitária mais qualificada.

Apesar da importância das Casas de Espera para a Redução da Mortalidade Materna, são muito poucas as experiências documentadas sobre o tipo de infra-estruturas, responsabilidade de gestão (alimentação e manutenção), tipo de serviços que oferecem e impacto (WHO/ RHT/ MSM/ 96.21). Alguns exemplos documentados estão descritos a seguir:

Em Cuba, a mortalidade materna diminuiu de 118/100.000NV para 31/100.000NV entre 1962 e 1984. Como forma de aumentar o número de partos nas instituições de saúde, várias estratégias foram implementadas, entre estas, 1) a expansão da rede sanitária, com especial atenção nas zonas rurais, onde o acesso era mais difícil devido às condições das vias de comunicação, 2) a formação de profissionais com capacidade para diagnosticar e tratar atempadamente uma complicação obstétrica, e 3) a construção de casas de espera na vizinhança dos hospitais de forma a que as mulheres de áreas remotas ou com dificuldades de acesso pudessem aguardar o seu parto durante pelo menos as 2 últimas semanas da gravidez.

Os critérios para o envio das mulheres para as casas de espera eram flexíveis. As mulheres das áreas rurais, áreas remotas ou com dificuldades de transporte, eram enviadas para as casas de espera com 34 semanas de gestação, enquanto que mulheres em outras zonas eram referidas pelo menos 2 semanas antes do parto com base em factores de risco, que incluíam factores obstétricos e factores sociais como mulheres não casada, falta de apoio social e condições de vida inadequadas.

As casas de espera tinham em média 15 a 20 camas, e eram utilizadas infra-estruturas já existentes. O hospital ao qual a casa de espera pertencia, fornecia alimentação, atenção médica diária (com medição da pressão arterial) e duas vezes por semana uma consulta pré-natal feita pela enfermeira obstétrica ou médico do Hospital, no entanto estas casas de espera tinham certa autonomia, com horas de visita livres e tinham as suas próprias cozinhas e espaços para comer e conviver, para além de um espaço para actividades educacionais. O responsável pela casa de espera era escolhido pelas autoridades locais, podendo ou não ser um profissional de saúde.

Durante a sua estada, as mulheres recebiam um leque de actividades educacionais, como preparação para o parto, cuidados ao recém-nascido e outras como confecção de artesanato e actividades culturais. Uma atenção especial era prestada à dieta alimentar, sendo fornecida às mulheres uma dieta alimentar bem equilibrada e uma suplementação diária de Sal-Ferroso e Vitamina C. As mulheres eram pesadas diariamente e aquelas com peso insuficiente recebiam uma atenção especial.

Em 1990, Cuba tinha 150 casas de espera com um total de 2.365 camas. Em 1989, 45.465 mulheres grávidas (cerca de 30% de todos os partos) utilizaram as casas de espera. De acordo com os estudos efectuados em Cuba, a estratégia das casas de espera ajudaram indubitavelmente o aumento dos partos institucionais que atingiu 90% em 1973 (WHO/RHT/MSM/96.21).

Na Etiópia, em 1987, 151 mulheres grávidas foram admitidas numa casa de espera com 15 camas construída em conjunto com a comunidade perto de um Hospital que oferecia COEm Completos, sendo na sua maioria mulheres com alto risco obstétrico. Entre as 72 mulheres com história obstétrica complicada que estavam na casa de espera, ocorreram 4 nados mortos (2 mortes fetais intra-uterinas ocorreram antes da chegada à casa de espera), e houve uma morte neo-natal. Foram registadas 13 mortes maternas entre as mulheres que chegaram directamente ao Hospital sem passar pela casa de espera, enquanto que nas mulheres que aguardaram o parto na casa de espera não ocorreu nenhuma morte materna. Por outro lado, a taxa de natimortalidade entre as mulheres que eram admitidas directamente no hospital era 10 vezes maior do que entre as mulheres que aguardavam na casa de espera.

Como complementação a esta estratégia, duas outras intervenções foram desenvolvidas: o treinamento de Parteiras Tradicionais seleccionadas pela população, na área de acção do hospital, e que identificavam as mulheres com risco obstétrico e as referiam para as casa de espera; e a criação de brigadas móveis, com pessoal do hospital, que apoiava as PTs no envolvimento comunitário e na identificação de grávidas de risco.

A alimentação, nas casas de espera, era fornecida em parte pelo hospital e em parte pelas próprias mulheres.

Em Moçambique, apesar de na Estratégia e Plano Operacional para a Redução da Mortalidade Materna e Perinatal 2002-2005, foi identificado o problema do *número insuficiente ou utilização ineficiente das casas de espera para grávidas junto das US com maternidade*, e de que foi definida a necessidade de se rever a estratégia da concepção, papel, utilização e manutenção das “casas de espera” a nível dos grandes centros de saúde e unidades de referência², até agora, não existe uma estratégia definida sobre este assunto. Mesmo assim, várias são as experiências que têm sido implementadas nesta área.

Até agora, as casas de espera existentes são casas de material convencional ou de alvenaria, reabilitadas ou construídas próximas a uma Unidade Sanitária de Referência como Centros de Saúde das Sedes Distritais e Hospitais Rurais, que se destinam ao abrigo da mulher grávida e seu acompanhante vindos de locais de difícil acesso prioritariamente, com o propósito de aguardar o momento do parto.

Entre Novembro de 2007 e Janeiro de 2008, foi realizada uma Avaliação Nacional de Necessidades em Saúde Materna e Neo-Natal onde foram avaliadas as experiências existentes em relação às casas de espera em termos de organização (tipo de construção, quem constrói, quem faz a manutenção) e funcionalidade (provisão de alimentos, tipo e periodicidade de serviços que se oferecem). A análise dos dados desta avaliação está em

curso e os resultados permitirão um conhecimento mais preciso da realidade e das necessidades existentes.

Considerações: A partir das constatações já expostas e considerando que:

- i) A mortalidade materna e neo-natal constituem uma preocupação para o governo de Moçambique, que cerca de 63.4% da população reside na zona rural, e que o Serviço Nacional de Saúde cobre actualmente cerca de 50% da população, mais esforços e recursos são necessários para fortalecer o SNS, expandir os serviços de atenção à mulher e criança e melhorar consideravelmente a qualidade destes serviços.
- ii) No estudo realizado em 1999 sobre os factores que contribuem para as mortes maternas, constatou-se que 68% destas mortes ocorreram na área rural, em 74% de todos os casos houve atraso na decisão em procurar os serviços de saúde, sendo que em 66% dos casos a família demorou mais de um dia para decidir levar a mulher a uma unidade sanitária. No Modelo dos 3 Atrasos, estes factores que estão incluídos no primeiro e segundo atrasos, e normalmente estes factores estão relacionados não só com o fraco envolvimento da comunidade nos programas de saúde e do seu acesso à informação, mas principalmente com o acesso limitado que a população tem tanto às unidades sanitárias assim como à informação que normalmente é fornecida durante a assistência pré-natal feita nas instituições de saúde.
- iii) Em Moçambique o raio teórico de acção de uma US è de 16 km, mas em muitos distritos do nosso vasto país as distâncias a percorrer para se alcançar a unidade sanitária mais próxima pode levar dias e muitas vezes as mulheres em trabalho de parto percorrem-nas a pé.
- iv) Apesar de uma redução significativa do Rácio de Mortalidade Materna, de cerca de >1000 mortes maternas por 100.000NV em 1990 para 692/100.000NV em 1997 e 408/100.000NV em 2003 (IDS 1997 e 2003), Moçambique apresenta ainda um Rácio muito elevado, significando que cerca de 11 mulheres morrem por dia e 3.840 mulheres morrem por ano por causas e/ou complicações da gravidez e parto. Contribuem para essas mortes, para além dos factores socio-económicos, a ainda baixa cobertura de partos institucionais (52% em 2007- SIS, 2007), a fraca qualidade das consultas pré-natais (só 53.1% das mulheres que frequentam as consultas pré-natal fizeram 4 ou mais consultas pré-natais) assim como a ainda baixa cobertura das consultas pós parto (69.9% em 2007 – SIS, 2007). Cerca de 75% das mortes maternas são devidas a causas directas resultantes de complicações obstétricas como a Hemorragia, Ruptura do Útero, Sépsis e Eclâmpsia. Estas mortes são perfeitamente preveníveis através do aumento do acesso à US, de um diagnóstico precoce e tratamento da complicação obstétrica e da referência atempada para uma US que preste COEm Completos.
- v) Evidências mostram que uma parte considerável, cerca de 60%, das complicações obstétricas directas e consequentes mortes maternas ocorrem em mulheres sem

nenhum factor previsível de risco obstétrico, pelo que o acesso a cuidados de saúde reprodutiva e cuidados obstétricos de emergência deve ser universal.

- vi) As Mortes Neo-Natais contribuem de forma significativa para a Taxa de Mortalidade Infantil, sendo as principais causas de Morte Neo-Natal em Moçambique: a prematuridade, o baixo peso à nascença, a asfixia, a sépsis e a sífilis. Por ano, cerca de 48 recém nascidos por 1.000 nados vivos morrem durante o período entre 0 a 28 dias de vida, devido principalmente a problemas que acontecem durante a gravidez e resultantes do parto e, também por práticas caseiras pouco apropriadas. As mortes neo-natais (morte da criança até o 28º dia de vida) representam cerca de 29% da mortalidade em menores de 5 anos. A nível nacional, por cada 100 bebés que nascem, 4 a 5 morrem nos primeiros 28 dias de vida, sendo que cerca de 30 a 40% dessas mortes ocorrem nos primeiros 7 dias de vida.

O Ministério da Saúde desenvolve esta Estratégia de Casas-de-Espera para mulheres grávidas, permitindo assim que as mulheres mais desfavorecidas em termos de acesso e as mulheres com risco obstétrico detectado, possam por um lado, aguardar o seu parto perto de uma unidade sanitária com capacidade para monitorar a evolução do período final da gravidez, e por outro lado, ter uma atenção e tratamento atempado, adequado e de qualidade na eventualidade de ocorrência de uma complicação obstétrica.

No entanto, tal como documentado em outros países (WHO/RHT/MSM/96.21) onde o poder de compra das famílias e comunidades é limitado, todas as experiências de estabelecimento de casas de espera apresentam um desafio comum, que compromete o impacto da sua utilização, e que é a capacidade de subsistência da mulher grávida, principalmente a sua alimentação, durante o período de permanência na casa de espera. Pelo que, esta estratégia inclui uma proposta para apoio alimentar às mulheres grávidas na Casa de Espera, como forma de: 1) minimizar e/ou resolver um dos problemas que impedem as mulheres de utilizarem as casas de espera e conseqüentemente de terem um maior acesso a cuidados obstétricos essenciais e de emergência, e 2) de assegurar que direitos humano básicos, como o direito à vida e o direito a um acesso a cuidados de saúde de qualidade, não sejam negados às mulheres moçambicanas, por causa de um problema estrutural.

II Elementos Principais da Estratégia das Casas de Espera

2.1 Finalidade da Casa-de-Espera

Como uma experiência de êxito para enfrentar e minimizar as restrições das barreiras geográficas no acesso a cuidados de saúde, a Casa-de-Espera tem como finalidade facilitar o acesso de um número maior de mulheres grávidas a cuidados obstétricos essenciais e de emergência, através da acomodação e permanência destas mulheres, durante as últimas semanas da gravidez, próximo a uma US que tenha condições de prestar estes cuidados, reduzindo assim o número de mortes maternas e peri-natais.

Por outro lado, a casa-de-espera será também utilizada com a finalidade de melhorar o acesso das mulheres à informação e educação sobre a gravidez, parto, pós-parto,

planeamento familiar, cuidados ao RN, alimentação e cuidados à criança, como forma de promover mudanças de comportamento para melhorar a saúde da mãe e da criança, transformando, ao mesmo tempo, estas mulheres em veículos destas informações para outras mulheres e na comunidade.

2.2 Definição de Casa-de-Espera de Mulheres Grávidas

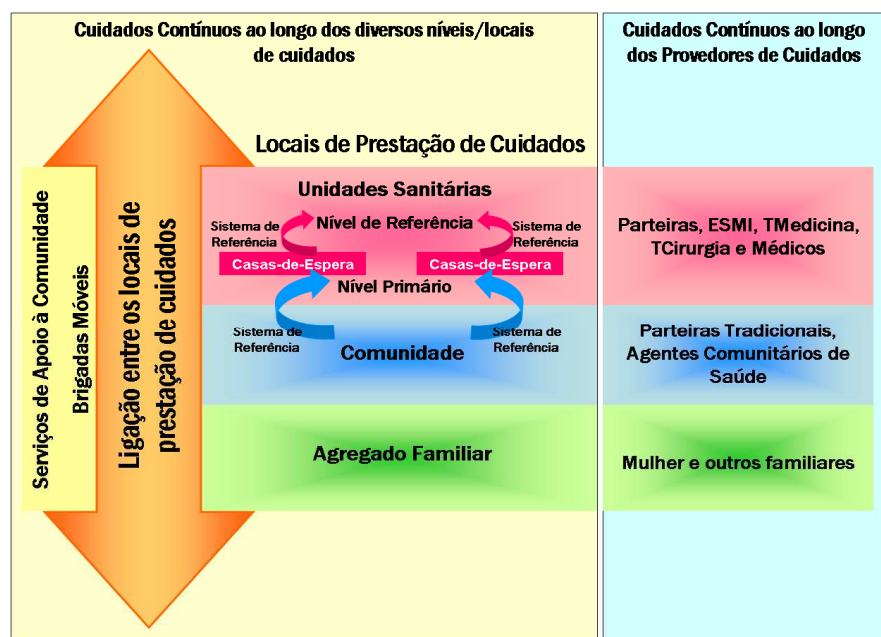
A casa de espera é uma casa localizada próximo de uma unidade sanitária com maternidade planeada para hospedar mulheres grávidas identificadas como tendo risco obstétrico aumentado ou mulheres com dificuldades no acesso aos serviços de saúde, permitindo-lhes uma melhor atenção e monitorização da fase final da sua gravidez, assim como de terem acesso atempado a cuidados obstétricos de emergência na eventualidade de surgir uma complicação obstétrica, diminuindo assim a probabilidade de ocorrência de uma morte materna e/ou neo-natal.

2.3 Estabelecimento e Gestão das Casas-de-Espera de Mulheres Grávidas

2.3.1 Elementos Cruciais a ter em consideração no estabelecimento das Casas-de-Espera

As casas-de-espera não são uma estratégia paralela aos Serviços de Saúde, mas sim estruturas que fazem parte da cadeia dos Cuidados Primários de Saúde, na componente de Atenção à Saúde Materno-Infantil, como elemento crucial dos cuidados contínuos a serem prestados a estes grupos alvo, considerando que estes cuidados começam a nível da comunidade, servindo a casa-de-espera como elo de ligação entre a Comunidade e o Serviço Nacional de Saúde.

Figura 1: Cuidados Contínuos ao longo dos diversos níveis e provedores de cuidados



O estabelecimento das Casas-de-Espera terá em consideração os seguintes elementos:

- 1) Existência de condições de risco aumentado ou adversas – como escassez de US na área de saúde e barreiras geográficas no acesso a Cuidados Obstétricos de Emergência Básicos e/ou Completos;
- 2) Existência de COEm Básicos ou Completos na US na qual deverá ser estabelecida a casa-de-espera;
- 3) Disponibilidade e funcionamento de um sistema de referência (transporte e comunicação) entre a US que presta COEm Básicos e a US de Referência que presta COEm Completos;
- 4) Apoio da Sociedade Civil, Comunidade e Famílias.

2.3.2 Infra-Estruturas e Mobiliário

Infra-Estruturas:

A **nível dos Centros de Saúde**, deverá estar localizada dentro da área do Centro de Saúde para facilitar o seguimento adequado das grávidas. A construção deve ser um processo conjunto entre os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), a Unidade Sanitária à qual ficará anexa, a Comunidade e Organizações da Sociedade Civil existentes no distrito. Deve ser uma construção pouco onerosa e com as características das casas habituais da população local, mas melhorada (sempre que for possível deverá ser construída em alvenaria por ser mais duradouro – planta em anexo), não devendo no entanto, o seu estabelecimento e manutenção, representar um peso oneroso para os DDSMAS.

A Direcção Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social deve, tanto no caso da decisão de construção de uma infra-estrutura em alvenaria, como na decisão de uma construção melhorada com material local, prever fundos no seu Orçamento ou no Orçamento da US à qual a Casa-de-Espera ficará anexa, para a compra de material como cimento, chapas de zinco, portas, redes, etc, enquanto que a comunidade contribuirá na fabricação de blocos, procura e preparação de outro material necessário para a construção (barrotes, capim, etc...) assim como assumir a construção da própria casa de espera.

A nível dos Hospitais Rurais, a Casa-de-Espera deve estar dentro da área do Hospital para facilitar o seguimento adequado das grávidas, e a sua construção deve ser de alvenaria (planta em anexo). Como este tipo de construção tem custos mais altos que a construção com materiais locais, discussões estão a ser levadas a cabo para definir: **1)** em que medida esta infra-estrutura será incorporada como parte da planta de um Hospital Rural para as novas construções, ampliações ou transformações de outras US para US deste nível; **2)** nos HR já existentes e onde ainda não existe Casa-de-Espera qual a participação da Comunidade e Organizações da Sociedade Civil na sua construção; e **3)** nos HR onde já existem Casas-de-Espera, se a construção é de material local e dependendo do seu estado de manutenção estas serão reabilitadas e mantidas ou devem ser construídas infra-estruturas de alvenaria?

Apesar destes aspectos estarem ainda a ser debatidos, tanto as Direcções Provinciais de Saúde como os Direcções Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, devem levar a cabo actividades de advocacia junto do Governo Provincial assim como junto dos Conselhos Municipais e de Organizações Não Governamentais existentes na Província, para que em conjunto possam encontrar financiamentos e formas de participar a construção destas Casa-de-Espera nos Hospitais Rurais.

Em relação à manutenção, esta responsabilidade deve ser discutida, acordada e partilhada com a Comunidade.

Mobiliário:

Em qualquer dos casos, é da responsabilidade do Ministério da Saúde o apetrechamento destas em mobiliário como camas, colchões, almofadas, roupa de cama e uma rede mosquiteira para cada cama. O Governo Provincial e Distrital, Conselhos Municipais, Organizações Não Governamentais, Organizações e Associações Comunitárias e a Comunidade devem ser mobilizadas para apoio em mobiliário como mesinhas de cabeceira, armários, cadeiras e mesas.

2.3.3 Responsabilidades em Relação ao Estabelecimento e Funcionamento

Para o estabelecimento e funcionamento de uma Casa de Espera dois aspectos são considerados: a gestão e administração (que inclui a alimentação) e os Cuidados/Serviços a serem prestados. A gestão e administração deverá ser um processo participativo, com o apoio directo dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social e da Unidade Sanitária, mas com responsabilidades de planificação, gestão e organização partilhadas com a comunidade através das suas estruturas comunitárias locais, visando a sua viabilidade e sustentabilidade.

São considerados como principais actores para a gestão partilhada: o Governo Provincial, os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, a Unidade Sanitária à qual a Casa-de-Espera ficará anexa, as Organizações da Sociedade Civil ou Organizações Comunitárias existentes, as Famílias e as próprias grávidas.

2.3.3.1 Responsabilidades do Governo:

Os **Governos Provincial e Distritais**, devem ter um papel chave na advocacia e liderança política neste processo, tornando possível assim a construção, estabelecimento e funcionamento das Casas-de-Espera.

Os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, desempenham um papel crucial neste processo devendo:

- ✓ Assumir uma responsabilidade partilhada com a comunidade no processo da construção, no caso das Casas-de-Espera anexas às US;

- ✓ Assumir a responsabilidade pela sua construção, no caso das Casas-de-Espera anexas a um Hospital Rural;
- ✓ Assumir a responsabilidade pelo apetrechamento das Casas-de-Espera em mobiliário básico e envolver o Governo Provincial e Distrital, os Conselhos Municipais, Organizações Não Governamentais, Organizações e Associações Comunitárias e a Comunidade, para apoio em outro tipo de mobiliário;
- ✓ Manter uma estreita coordenação com o Director da Unidade Sanitária à qual a Casa-de-Espera ficará anexa;
- ✓ Indicar um funcionário da saúde que será responsável pela co-gestão e manutenção da casa de espera, em conjunto com as estruturas comunitárias e da sociedade civil;
- ✓ Garantir que nenhuma cobrança seja efectuada às mulheres e seus acompanhantes pela sua estadia na casa de espera;
- ✓ Supervisar e monitorar o processo de estabelecimento e funcionamento.

Compete à **Unidade Sanitária** na pessoa do seu Director, as seguintes responsabilidades:

- ✓ Garantir que os cuidados de saúde definidos sejam efectivamente prestados às grávidas, assim como garantir a execução das actividades preventivas planificadas;
- ✓ Garantir que o pessoal de apoio em serviço na Maternidade ou Unidade Sanitária possa durante a noite fazer companhia à mulher grávida no caso de esta estar sozinha, para que se sinta confortável e não se sinta abandonada. Este funcionário que vela pela casa de espera e que eventualmente faça companhia à mulher grávida quando ela é única ocupante da casa de espera, deverá ser do sexo feminino;
- ✓ Avaliar periodicamente o desempenho dos funcionários quanto à sua comunicação com e apoio às mulheres grávidas e seus acompanhantes;
- ✓ Garantir a higiene e limpeza da Casa-de-Espera, incluindo das casas de banho e do recinto;
- ✓ Garantir uma alimentação equilibrada às mulheres;
- ✓ Organizar actividades educativas e outras acções de promoção da saúde que se considerem necessárias;
- ✓ Supervisar e monitorar a implementação dos serviços e actividades;

2.3.3.2 Responsabilidades da Comunidade:

O sucesso do estabelecimento e funcionamento das Casas-de-Espera depende essencialmente do envolvimento e compromisso da comunidade ao longo de todo o processo. É crucial que desde o início do processo, ou seja desde a decisão da construção da Casa-de-Espera, até à gestão do seu funcionamento, exista um envolvimento activo/participativo dos líderes que a nível comunitário tomam as decisões, dos líderes religiosos e tradicionais (como curandeiros e parteiras tradicionais), das próprias mulheres, assim como de professores e de organizações da sociedade civil. É importante recordar que estes líderes são também maridos, pais, mães e sogras, e que eles (as) têm um papel decisivo na procura e utilização dos Serviços de Saúde Materno-Infantil.

Alguns aspectos operacionais a serem debatidos e acordados entre a comunidade e o pessoal de saúde incluem: critérios para a identificação das mulheres que devem ser referidas para a casa de espera, a assistência pelo pessoal de saúde, condições de acomodação e alimentação, actividades das mulheres grávidas na casa de espera, actividades de educação para a saúde, etc..., permitindo, por uma lado, uma real participação e apoio mútuo no estabelecimento e utilização da casa de espera, e por outro lado, aumentar as probabilidades de a família aceitar o envio e permanência das mulheres grávidas na Casa-de-Espera, assim como diminuir a ansiedade e o medo das grávidas em se separar da sua família.

Os professores, os jovens, as organizações de mulheres podem ajudar através do apoio e implementação de actividades educativas, recreativas, de fabrico de artesanato e outras, para angariação de fundos, produção de comida (horta, machambas), etc...

Portanto, a **Comunidade:**

- ✓ É co-responsável pelo processo de construção e manutenção das Casas-de-Espera;
- ✓ Deve escolher uma pessoa da sua confiança para assumir as responsabilidades, no dia a dia, tanto pelo funcionamento como pela manutenção – juntamente com a pessoa indigitada por parte da Saúde;
- ✓ É co-responsável pela manutenção das Casas-de-Espera, junto aos Hospitais Rurais;
- ✓ Deve apoiar na mobilização das mulheres grávidas, particularmente as mulheres com risco obstétrico e as mulheres de zonas com problemas graves de acesso aos Serviços de Saúde, para aguardarem o seu parto nas Casas-de-Espera;
- ✓ Deve apoiar na manutenção, higiene e limpeza, fazer jardins e hortas, assim como no plantio de árvores de fruta;
- ✓ Deve apoiar actividades que produzam rendimentos e que permitam a sustentabilidade das Casas-de-Espera.

2.4 Critérios de Utilização e Serviços a serem prestados nas Casas-de-Espera

A casa de espera é uma casa localizada próximo de uma unidade sanitária que possa hospedar mulheres grávidas identificadas como tendo risco obstétrico ou mulheres com

dificuldades no acesso aos serviços de saúde, permitindo-lhes uma melhor atenção e monitorização da fase final da sua gravidez, assim como de terem acesso atempado a cuidados obstétricos de emergência adequados na eventualidade de surgir uma complicação obstétrica, e diminuindo a probabilidade de ocorrência de uma morte materna e/ou neo-natal.

2.4.1 Critérios para a Utilização das Casas-de-Espera

Como critério geral, a mulher deve ser enviada para a casa-de-espera nas últimas 2 a 3 semanas que antecedem a data prevista do parto, no entanto este critério deve ser reconsiderado nos casos em que as mulheres grávidas de zonas rurais remotas ou mulheres grávidas com alto risco obstétrico detectado necessitem de aguardar o seu parto perto de uma US com COEm Completos, já que provavelmente será necessário que estas mulheres sejam referidas com pelo menos 34 semanas de gravidez.

As visitas de familiares devem ser encorajadas para diminuir a ansiedade e medos¹ das mulheres que estão na casa de espera.

2.4.1.1 Critérios de admissão

Em princípio as mulheres grávidas a serem referidas para esperar o parto na casa-de-espera serão aquelas pertencentes a uma área rural ou urbana distante da US de primeiro contacto e que apresentem determinados factores de risco tais como difícil acesso geográfico e factores de risco inerentes à gravidez que por alguma razão podem levar à suspeita da necessidade de um parto assistido, de uma intervenção cirúrgica, transfusão no momento do parto, ou que apresentam complicações graves durante a gestação requerendo tratamento especial.

Entre os antecedentes obstétricos que sugerem que a mulher pode requerer um tratamento especial e portanto, é uma potencial utilizadora da casa de espera, estão:

- ✓ Cesariana prévia;
- ✓ Cicatrizes de laparotomia gineco-obstétrica;
- ✓ Ruptura uterina;
- ✓ Toxémia gravídica;
- ✓ Mortes fetais ou neonatais;
- ✓ Parto prolongado ou arrastado;
- ✓ Parto prematuro;
- ✓ Baixo peso à nascença.

Entre os factores da gravidez actual que fazem da mulher grávida uma potencial utilizadora da casa de espera são:

¹ Medo de se separar da família, da dor do parto, maus-tratos, etc.

- ✓ Grande multiparidade;
- ✓ Gravidez gemelar;
- ✓ Nulíparas idosas;
- ✓ Grávida com suspeita de Desproporção Céfalo-pélvica;
- ✓ Complicações da gravidez;
- ✓ Grandes distâncias da sua casa ao centro de saúde;
- ✓ Pre-eclâmpsia;
- ✓ Apresentações anómalas;
- ✓ Anemia durante a gravidez e ou mal-nutrição grave;
- ✓ Gravidez com patologias associadas;
- ✓ Gravidez com SIDA Estadio III e IV;
- ✓ Adolescente grávida;
- ✓ Outros factores (mulheres que aguardam a laqueação).

2.4.2 Serviços a serem oferecidos à Grávida na Casa-de-Espera

Como parte do pacote de cuidados a mulher grávida que aguarda na Casa-de-Espera, receberá uma atenção regular, de forma a que esta atenção concorra para o objectivo de prestar uma atenção adequada durante as últimas 2 a 3 semanas de gravidez, um parto assistido por pessoal de saúde qualificado na US à qual está anexa a Casa-de-Espera, e a garantia de referência efectiva até uma US de Referência, que possui mais recursos, para dar resposta às emergências obstétricas e neo-natais.

No primeiro dia que a grávida se apresenta na casa de espera, ela será registada no livro de admissão da casa de espera e depois encaminhada à maternidade ou à consulta pré-natal para uma observação completa. Depois da observação será definida a frequência/periodicidade das consultas assim como os cuidados que a mulher deve ter.

Todas as mulheres que estejam a aguardar o parto na Casa de Espera terão uma consulta pré-natal na US uma vez por semana.

Diariamente, uma enfermeira e/ou um clínico visitará as grávidas à espera com o objectivo de diagnosticar atempadamente situações ou complicações que possam vir a ocorrer durante este período, em consonância com as Normas Obstétricas Nacionais relativas à monitoria da gravidez no último mês de gestação. Nesta visita o pessoal de saúde deverá:

- Rever a história obstétrica na primeira visita e avaliar a evolução em visitas subsequentes – despiste de risco obstétrico e de Alto Risco de Morte Materna e referência atempada;
- Monitoria do progresso da Gravidez e avaliação da situação materna e fetal:

- ✓ Frequência Cardíaca Fetal;
- ✓ Medição da Tensão Arterial;
- ✓ Evolução do peso materno;
- Verificar se a grávida está a fazer a suplementação com Sal-ferroso e Ácido Fólico; tratamento Presuntivo Intermitente da Malária com promoção do uso de RMTI e desparasitação;
- Encaminhar a grávida para a vacinação Antitetânica caso seja necessário;
- Prestar aconselhamento sobre vários temas (ver 6.3);
- Diagnosticar e prestar cuidados atempados em relação aos sinais e sintomas de perigo:
 - ✓ Sangramento;
 - ✓ Perda de líquidos pela vagina;
 - ✓ Dificuldade em respirar;
 - ✓ Febre;
 - ✓ Cefaleias fortes/visão turva;
 - ✓ Dores abdominais;
 - ✓ Convulsões e perda de consciência.
- Discussão do “Plano do Parto”, considerando a percepção da mulher, na primeira visita e fazer ajustes necessários do plano a depender da evolução, pois algumas vezes poderá ser necessário a transferência da mulher para outra US mais qualificada.

Será anexada à ficha pré-natal um diário de enfermagem para que sejam feitas as observações da enfermeira e/ou clínico durante as visitas diárias.

Será assegurado que as serventes de escala na maternidade ou na US, velem também pela casa de espera, dando apoio e fazendo companhia à mulher grávida quando ela não tiver companhia de outras mulheres grávidas, evitando que ela se sinta sozinha e ansiosa.

2.4.2.1 Actividades Preventivas:

A presença destas mulheres grávidas, na sua maioria de alto risco, deverá constituir uma oportunidade para transmitir uma série de informações sobre a sua saúde como grávida, sobre o parto, planeamento familiar, cuidados ao recém nascido durante o período pós-natal, cuidados à criança até aos 5 anos, e de transferir habilidades que lhes permitirão prevenir situações de risco ou doenças e melhorar a sua saúde e dos seus filhos.

Será oferecida informação e aconselhamento sobre:

- ❖ Cuidados e alimentação durante a gravidez e durante o período de amamentação;
- ❖ Cuidados de higiene individual;

- ❖ Cuidados Pós-Parto e Contracepção;
- ❖ Importância do despiste e tratamento da Sífilis;
- ❖ Prevenção das ITS/HIV, aconselhamento, testagem e seguimento do HIV;
- ❖ Importância do parto institucional;
- ❖ Atenção ao recém-nascido e cuidados pós-natais;
- ❖ Prevenção e tratamento de diarreias;
- ❖ Amamentação exclusiva até aos 6 meses;
- ❖ Conceitos básicos de nutrição;

Tendo em conta o tempo que despendem muitas destas mulheres grávidas (as vezes semanas), deverá ser disponibilizado material de IEC nas casas de espera (panfletos, cartazes, etc), pois representa uma oportunidade para elas conhecerem mais a informação que lhe esta sendo transmitida e mesmo pode representar uma oportunidade para troca de informação

2.4.2.2 Actividades Recreativas

Durante a permanência da mulher grávida na casa de espera, ela deverá, sempre que puder, fazer e manter o jardim e uma horta, assim como ajudar na cozinha e na limpeza. Deve também participar em outras actividades que possam gerar rendimentos para permitir a sustentabilidade da Casa-de-Espera.

2.5 Monitoria e Avaliação

Cada Casa-de-Espera terá um Livro para o registo diário das admissões e altas, com a data de admissão e da alta, motivo da vinda, por quem foi referida, proveniência, diagnóstico da alta, conduta efectuada. Do mesmo modo que se elabora a estatística mensal e trimestral das actividades realizadas na US, será também elaborado um resumo mensal e trimestral do movimento nas Casas-de-Espera. Por outro lado, nos relatórios distritais e provinciais, tanto semestrais como anuais, será dada informação sobre o processo, utilização e funcionamento das Casas-de-Espera.

A avaliação regular do grau de utilização e satisfação das utilizadoras é um elemento crucial para o sucesso da instalação das casas de espera. Esta avaliação será feita de duas formas: 1) aquando das visitas de supervisão do nível central e provincial através de um guião para efeito; 2) e trimestralmente será realizado um encontro entre as estruturas comunitárias e o pessoal de saúde da Unidade Sanitária com a presença de elementos da Direcção Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, para se medir o grau de utilização e satisfação das utentes das casas de espera.

Neste encontro serão discutidos e analisados os seguintes aspectos:

- ✓ Implementação das recomendações do encontro anterior – sucessos e desafios;
- ✓ Tipo e grau de envolvimento da comunidade;
- ✓ Sistema de referência;
- ✓ A qualidade de serviços no Hospital de Referência;
- ✓ A cobertura dos partos institucionais com complicações;
- ✓ A atitude e o envolvimento do pessoal de saúde;
- ✓ A colaboração intersectorial (transporte, Saúde, educação, administração, e outros como comerciantes);
- ✓ Coordenação existente entre a comunidade e a saúde;
- ✓ Serviços oferecidos (incluindo a referência das grávidas para US de referência);
- ✓ Estatística trimestral;
- ✓ Manutenção e/ou ampliação da casa de espera;
- ✓ Higiene e limpeza;
- ✓ Necessidades da comunidade e soluções adequadas às circunstâncias e as necessidades da comunidade.

No final de cada encontro será elaborada uma acta com cópias para os SDMAS e outra para a DPS.

2.6 Riscos e Pressupostos

2.6.1 Riscos:

- ✓ Fraco compromisso e participação da comunidade na construção e manutenção das Casas-de-Espera;
- ✓ Existência de conceitos e tabus sócio-culturais que impedem a utilização e consequentemente o impacto das Casas-de-Espera na Redução da mortalidade materna e neo-natal;
- ✓ Problemas de sustentabilidade, principalmente para assegurar a alimentação das grávidas;
- ✓ Fraca divulgação e conhecimento da existência das Casas-de-Espera;
- ✓ Baixa utilização das Casas-de-Espera aumentando assim o seu custo e reduzindo a sua eficácia.

2.6.2 Pressupostos:

A Estratégia das Casas-de-Espera contribui para:

- ✓ Que as grávidas identificadas como tendo risco obstétrico e as mulheres com dificuldades no acesso aos serviços de saúde, tenham uma melhor atenção e

monitorização da fase final da sua gravidez, assim um acesso atempado a cuidados obstétricos de emergência adequados na eventualidade de surgir uma complicação obstétrica;

- ✓ O aumento dos partos institucionais;
- ✓ A diminuição das probabilidade de ocorrência de mortes materna e/ou neo-natais;
- ✓ Criar uma atitude favorável, nas comunidades, em relação a uma maternidade/paternidade responsável e para uma maternidade saudável e sem riscos;
- ✓ Desenvolver intervenções de educação para a saúde;
- ✓ Aumentar e melhorar a participação das famílias na atenção e cuidados a ter com a gravidez, parto, pós-parto, planeamento familiar, atenção ao recém-nascido e criança;
- ✓ Garantir a sustentabilidade deste programa através de uma gestão partilhada entre as Estruturas da Saúde, Governo Provincial/Distrital e Comunidade.

III Apoio em Alimentação

Numa primeira fase, de 5 anos, a alimentação será da inteira responsabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Ao longo deste período cada Direcção Provincial de Saúde e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social deverá desenvolver actividades de advocacia, coordenação e apoio para a elaboração e implementação de um Plano de Sustentabilidade, como: fabrico de artesanato, produção de hortícolas, criação de galinhas, e outras que permitam a geração de rendimentos e/ou a produção de alimentos, de forma a que num processo gradual as Casas-de-Espera se tornem auto-suficientes e sustentáveis.

Tabela 1 - Previsão de Casas-de-Espera em funcionamento nos próximos 5 anos (2009-2013)

	Ano														
	2009			2010			2011			2012			2013		
	HR	CS de Sedes Dist.	Total	HR	CS de Sedes Dist. sanitários	Total	HR	CS de Sedes Dist sanitários.	Total	HR	CS de Sedes Dist sanitários	Total	HR	CS de Sedes Dist. sanitários	Total
Número de Casas de Espera a funcionar	25	100	125	38	138	176	38	138	176	38	138	176	38	138	176

De acordo com as Normas para uma Boa Alimentação das Mulheres Grávidas, o Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde, elaborou um exemplo de “menu” de dieta alimentar que poderá ser seguido nas Casas-de-Espera, e estimou o seu custo médio.

Tabela 2 – Exemplo de Dieta Alimentar para as Grávidas nas Casas-de-Espera, e custos médios por menu

Tipo de Refeição	Alimentos	Quantidade	Custo médio
Pequeno almoço	Pão OU Mandioca OU Batata-Doce	50 g – 1 pedaço	25 Meticais por dia (1 USD/dia)
	Manteiga	10g – 1 colher de chá	
	Chá e leite	200 ml – 1 copo	
	Açúcar	8g – 1 colher	
Lanche	Fruta	100 g	
Almoço	Salada (alface e tomate)	24g/36 g	
	Arroz	90g	
	Feijão	35g	
	Carne OU Peixe OU Frango	100g	
	Fruta	100g	
Lanche	Mandioca OU Batata-doce OU Inhame OU Fruta	60g	
	Chá	200ml	
	Açúcar	8g	
Jantar	Sopa de legumes	325 g	
	Arroz OU Massa	90G/80g	
	Couve refogada	40g	
	Molho de tomate	32g	
	Carne	100g	
	Fruta	80g	

Considerando uma taxa de ocupação da Casa-de-Espera de 80%, o financiamento necessário para apoio à alimentação destas mulheres é de cerca de 106,696,800 Meticais (US\$4,445,700) para os próximos 5 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Estimativa de Custos Anuais para Apoio em Alimentação para as Casas-de-Espera entre 2009 e 2013.

		Ano														
		2009			2010			2011			2012			2013		
		HR	CS de Sedes Distritais	Total	HR	CS de Sedes Distritais	Total	HR	CS de Sedes Distritais	Total	HR	CS de Sedes Distritais	Total	HR	CS de Sedes Distritais	Total
Número de Casas de Espera a funcionar		25	100	125	38	128	166	38	128	166	38	128	166	38	128	166
Capacidade da Casa de Espera (Nº de Camas)		12	6	16	12	6	16	12	8	20	12	8	20	12	8	20
Taxa de ocupação prevista (80%)		10	5	13	10	5	13	10	6	16	10	6	16	10	6	16
Custo médio diário da dieta alimentar por pessoa	Meticais	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	USD	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Custo Anual Estimado por Casa de Espera	Meticais	87,600	43,800	116,800	87,600	43,800	116,800	87,600	58,400	146,000	87,600	58,400	146,000	87,600	58,400	146,000
	USD	3,650	1,825	4,867	3,650	1,825	4,867	3,650	2,433	6,083	3,650	2,433	6,083	3,650	2,433	6,083
Custo Anual TOTAL Estimado	Meticais	2,190,000	4,380,000	14,600,000	3,328,800	5,606,400	19,388,800	3,328,800	7,475,200	24,236,000	3,328,800	7,475,200	24,236,000	3,328,800	8,059,200	25,696,000
	USD	91,250	182,500	608,333	138,700	233,600	807,867	138,700	311,467	1,009,833	138,700	311,467	1,009,833	138,700	311,467	1,070,667

Bibliografía

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Estimated Maternal Mortality, 2005.
 2. Ministério de Saúde de Perú (MINSA). Guía de Implementación de Casas de Espera Materna con gestión comunal. Lima: MINSA-Perú
 3. WHO. *Maternity waiting homes*. Ginebra, 1996
 4. Ministério da Saúde. Maternidade Segura e a proposta da Casa da Gestante. Brazil
 5. MISAU. Estratégias para a Redução da Morbi-mortalidade Materna e Peri-natal 2002-2005, Moçambique, 2001
-