

INTRODUÇÃO

1. Dar à luz na África Subsariana constitui um elevado risco: a enorme mortalidade e morbilidade nesta parte da Região são o resultado directo de graves deficiências no tecido social, cultural e económico, bem como de insuficiências nos serviços de saúde existentes. No entanto, a OMS acredita que é possível proceder a melhoramentos através da aplicação eficaz dos conhecimentos existentes, de uma tecnologia apropriada e de uma melhor gestão dos recursos. Uma forte vontade política constitui um pré-requisito para o êxito da introdução de reformas nos sectores da Saúde e da Educação, para uma melhor distribuição dos rendimentos gerados e para fazer face aos problemas do mal-estar e da instabilidade social.
2. O presente documento começa por prestar alguma informação básica sobre a mortalidade materna. Segue-se uma análise da situação centrada na Região Africana e, por fim, são apresentadas algumas sugestões sobre estratégias para a redução da mortalidade materna.

INFORMAÇÃO BÁSICA SOBRE A MORTALIDADE MATERNA

Definição de mortalidade materna

3. A mortalidade materna¹ é definida como o óbito de uma mulher durante a gravidez ou nos 42 dias que se seguem ao final da gravidez.

Causas de mortalidade materna

4. As principais causas directas de óbito materno são o aborto clandestino, a anemia, a eclâmpsia, a hemorragia, o trabalho de parto obstruído e as infecções puerperais. As principais causas indirectas são o HIV/SIDA, o paludismo, a hepatite viral (em especial a hepatite E), a tuberculose pulmonar, as doenças diarreicas infecciosas (a cólera, a febre tifóide e a amebíase), o tétano, as doenças cardíacas e a anemia de células falciformes. Além disso, as práticas tradicionais perigosas contribuem significativamente para os óbitos maternos em determinados locais. Entre as afecções crónicas que resultam de algumas destas complicações na gravidez contam-se a doença inflamatória pélvica crónica, a infertilidade, a gravidez ectópica e a fístula obstétrica.
5. O HIV/SIDA constitui cada vez mais um importante factor de mortalidade materna em alguns países da Região. As infecções oportunistas são comuns e os resultados perinatais são igualmente maus, com uma frequência cada vez maior de abortos, gravidezes ectópicas e outras complicações.
6. O paludismo é mais perigoso durante a gravidez do que fora dela e a sua crescente resistência aos medicamentos dificulta o seu controlo. Em zonas onde o paludismo é altamente endémico, os óbitos maternos associados a esta doença são, essencialmente, resultado do efeito indirecto mais importante da doença, ou seja, a anemia grave. Nas zonas de paludismo instável, a morte resulta dos seus efeitos directos, em especial, do paludismo cerebral com coma. Em ambas as zonas, o risco fetal mais comum é o baixo peso à nascença.

Consequências da mortalidade materna

7. Os óbitos maternos resultam num número significativo de órfãos e na perda de bens e de rendimentos, contribuindo assim para a pobreza da família e da sociedade. A morte dos filhos ocorre muito cedo e com frequência, e a educação dos sobreviventes fica seriamente comprometida. A morte prematura dos viúvos não é rara. O impacto sobre a nação, de modo geral, ainda está por determinar.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO NA ÁFRICA SUBSARIANA

¹Por definição, o rácio de mortalidade materna é o número de óbitos maternos por 100.000 nados-vivos num determinado período, normalmente um ano. A taxa de mortalidade materna refere-se ao número de óbitos maternos por 100.000 mulheres em idade fértil (15 - 49 anos) por ano. Acontece que se generalizou o uso do termo taxa de mortalidade materna, quando, na verdade, se pretende referir o rácio de mortalidade materna.

8. As estimativas referentes ao rácio de mortalidade materna para os vários blocos da Região Africana são: 1.060 para a África Oriental, 1.020 para a África Ocidental, 950 para a África Central, 340 para o Norte de África e 260 para a África Austral, em comparação com rácios inferiores a 30 nos países desenvolvidos. Em alguns países da Região, uma mulher em 12 morre de complicações associadas à gravidez, em comparação com uma em 4.000 ou mesmo uma em 10.000 nos países desenvolvidos. Os esforços internacionais para a redução da mortalidade materna remontam ao lançamento da Iniciativa de Maternidade Segura, em 1987. Exceptuando um reforço da advocacia, não se têm obtido grandes êxitos, em parte porque a qualidade de vida piorou durante este período. O PNB em África é hoje ainda inferior ao PNB da Europa Ocidental há 200 anos, o que se reflecte na diferença de rácios de mortalidade materna.

Situação sanitária

9. A situação sanitária na Região é, de modo geral, má. Embora apenas 10 % da população mundial viva em África, a Região tem em relação aos totais mundiais, 90 % de todo o paludismo, 70 % do HIV/SIDA e 36 % dos óbitos maternos.

10. A maioria dos óbitos maternos resultam, não da falta de compreensão da natureza das suas causas médicas e obstétricas, mas de um tratamento incorrecto, retardado ou inexistente. Verifica-se atraso na decisão de procurar ajuda ou recorrer aos serviços de saúde competentes ou à prestação de tratamento correcto nos estabelecimentos de saúde. O ideal seria que o tratamento se iniciasse de imediato, quando a doença materna ainda é ligeira, mas, em virtude das demoras, esse tratamento apenas se inicia quando a doença da mãe já está em fase adiantada. Consequentemente, morrem mais mães e crianças, os sobreviventes levam mais tempo a recuperar totalmente e o custo dos tratamentos aumenta, contribuindo ainda mais para o círculo vicioso da pobreza e da doença. São também demasiado frequentes os abortos fatais e a mortalidade perinatal.

Factores económicos e sociais, incluindo o analfabetismo

11. O progresso da África é entravado pelo inadequado desenvolvimento dos vastos recursos naturais da Região. Uma economia débil, a pobreza e os elevados níveis de analfabetismo prevaletentes, conjugados com a má qualidade da educação, contribuem de modo significativo para a baixa qualidade de vida. Esta mesma situação afecta o moral dos profissionais de saúde, o que, por sua vez, afecta negativamente o desempenho das suas funções, provocando a deterioração da qualidade dos cuidados aos doentes.

Países em situação difícil

12. Actualmente, muitos dos 46 países da Região estão incluídos nesta categoria devido a conflitos ou guerras civis ou outras situações de emergência, incluindo as provocadas por catástrofes naturais. Nas áreas mais afectadas, a governação desapareceu, as instituições económicas e sociais foram destruídas, os serviços públicos deixaram de funcionar e o sistema de saúde desmoronou-se. Uma percentagem grande da força de trabalho perdeu-se através da fuga de cérebros. Além disso, verificam-se deslocações maciças das populações, tanto interna como externamente, criando a necessidade de montar campos de refugiados para albergar os deslocados. A morte dentro e fora dos campos de refugiados ocorre com frequência como resultado, principalmente, de lesões, má nutrição e doenças transmissíveis. As grávidas e as crianças são as mais afectadas, devido à ausência de cuidados obstétricos e à interrupção da vacinação.

ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA

Princípios fundamentais

13. Para que seja mais seguro dar à luz, há que satisfazer as seguintes condições:

- a) Colaboração intersectorial para melhorar as condições de vida e reforçar a aceitação, por parte das populações, de cuidados à maternidade modernos.

- b) Reforço do sistema de saúde para criar a capacidade de abranger toda a população com cuidados pré-natais profissionais.
- c) Prestação de intervenções mistas adequadas para dar resposta às urgências imprevistas², que constituem o grupo mais vulnerável com a mais elevada percentagem de óbitos maternos (Quadro 1).
- d) Promoção de condições sócio-económicas, educacionais, culturais, de infra-estruturas, políticas e sanitárias que eliminem as urgências imprevistas.

Quadro 1

**RESULTADOS DA GRAVIDEZ EM TRÊS GRUPOS DE MULHERES
 EM ZARIA, NIGÉRIA, 1976-1979**

RESULTADOS DA GRAVIDEZ	GRUPOS DE MULHERES		
	Receberam cuidados pré-natais, continuaram saudáveis	Receberam cuidados pré-natais, tiveram complicações na gravidez	Urgências imprevistas
Numero de óbitos maternos	5	14	219
Óbitos maternos por 100.000 partos	44	372	2844
% de partos com recurso a intervenção cirúrgica	6	25	30
Nascimentos únicos: óbitos perinatais por 1.000 partos	22	74	247
Nascimentos únicos: % de baixo peso à nascença	6	13	24

Fonte: Harrison K.A. Childbearing, health and social priorities: A survey of 22 774 consecutive hospital births in Zaria, Northern Nigeria. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1985, 92, supplement 5, pages 92, 102.

Cuidados à maternidade adequados

14. Os cuidados à maternidade modernos baseiam-se em princípios biomédicos científicos. O nível básico dos cuidados, isto é, os cuidados primários de saúde, contempla os cuidados pré-natais, os partos normais e o serviço de referência de casos. O local escolhido para os partos normais - a casa ou os estabelecimentos de saúde - é uma decisão que deve ser tomada localmente, de acordo com os costumes, as tradições e a localização geográfica. O nível seguinte, o primeiro nível de referência dos cuidados, situa-se no hospital, que deve estar devidamente equipado com serviços essenciais para salvar vidas, a fim de responder aos casos referenciados, tratar de gravidezes e partos complicados e das complicações puerperais. Uma minoria muito pequena que necessita de cuidados altamente especializados e outros casos que exijam cuidados intensivos é tratada no nível terciário, onde se concentram os serviços especializados. É necessária uma coordenação entre estes três níveis. O grosso dos cuidados necessários para reduzir a mortalidade materna situa-se ao nível primário e no primeiro nível de referência. O

²Urgências imprevistas são casos de mulheres que não tiveram cuidados pré-natais e chegam ao hospital em estado crítico, depois de lhes surgirem complicações graves associadas à gravidez. Muitas vezes, a doença está em fase adiantada, ao ponto de cada mulher afectada apresentar quase sempre duas ou mais complicações em vez de uma única. Por exemplo, o trabalho de parto obstruído é agravado pela ruptura do útero, hemorragia grave, infecção generalizada e choque. Outras vezes, descarta-se uma anemia muito grave ou tuberculose adquirida durante a gravidez, até que uma complicação puerperal, como a retenção da placenta, obriga a mulher a dirigir-se, pela primeira vez, a um serviço de saúde. Se essas mulheres se tivessem apresentado atempadamente nos serviços de cuidados pré-natais, tal teria permitido a detecção e o tratamento das duas afecções pré-existentes, antes do início do trabalho de parto.

respectivo pessoal é constituído por parteiras e enfermeiras, incluindo enfermeiras comunitárias, de saúde pública e auxiliares de enfermagem, e por médicos de clínica geral treinados para realizarem trabalho básico de obstetrícia, como partos com recurso a intervenção cirúrgica. As parteiras constituem o pessoal essencial.

Papel dos Estados-Membros

Empenho político

15. A liderança política e profissional inicia o processo de redução da mortalidade materna, aumentando a sensibilização, definindo as prioridades correctas e empenhando-se fortemente na sua implementação. É também essencial incentivar o espírito do serviço público.

Visão e orientação das políticas

16. Uma política nacional de saúde materna deverá estabelecer metas para a redução da mortalidade materna dentro de um determinado período de tempo - 5, 10 ou 25 anos - e também formular uma política social destinada a alterar os comportamentos das populações e a promover a saúde materna.

Redução da pobreza

17. Os governos devem coordenar esta actividade usando recursos mobilizados tanto localmente como externamente. Para reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna, os recursos adicionais gerados devem ser aplicados, sobretudo, na educação das pessoas e nos cuidados de saúde para benefício de toda a população.

Sistemas de cuidados de saúde

18. Os sistemas de saúde usados na prestação de cuidados à maternidade partilham características comuns com outras grandes disciplinas, embora tenham também características próprias. Entre as primeiras contam-se a criação e a manutenção de infra-estruturas médicas básicas, o fornecimento de equipamento e material, e a dotação e gestão de pessoal. Outro factor importante é o desenvolvimento de capacidades.

Pilares dos cuidados à maternidade

19. Entre as características do sistema de saúde que são próprias dos cuidados à maternidade contam-se:

- a) cuidados pré-natais eficientes, prestados nos serviços de primeiro nível e a nível comunitário, para garantir a cobertura total da população;
- b) transferência atempada das mulheres que desenvolvem complicações (incluindo complicações puerperais) para um estabelecimento de segundo nível (hospitais de distrito ou equivalentes), para tratamento de afecções graves;
- c) transporte eficaz, como elemento fundamental;
- d) orientações específicas para determinar a qualidade dos cuidados e tomada de medidas para os melhorar.

Qualidade dos cuidados e auditorias

20. A qualidade dos cuidados é determinada por cinco processos diferentes: i) avaliação prévia; ii) identificação do problema; iii) proposta de soluções; iv) implementação de soluções; v) avaliação final. Estes processos são seguidos na auditoria anual aos serviços pré-natais que os profissionais dos serviços de

saúde materna conhecem bem. O resultado, na sua forma mais simples, pode mostrar apenas os números relativos aos partos e aos óbitos (ver Quadro 2). Se se acrescentar ao Quadro os dados sobre o pessoal existente, as percentagens de partos em regime hospitalar, de partos com recurso a intervenção cirúrgica e as urgências imprevistas, pode-se determinar a qualidade da cobertura e a utilização dos cuidados maternos. Este formato está correcto como passo inicial em locais com taxas de óbito muito elevadas. Para reduzir os cuidados de qualidade insuficiente e para conseguir melhorar a gestão dos casos, é necessário fazer um inquérito confidencial sobre os óbitos maternos, sendo, contudo, absolutamente indispensável divulgar os resultados junto da comunidade local.

Quadro 2

ÓBITOS MATERNOS E NASCIMENTOS NO HOSPITAL REGIONAL DE KIGOMA, TANZÂNIA, 1984 - 1991

	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Óbitos maternos (número)	28	24	26	16	14	9	7	8
Total de nascimentos	3070	3305	3072	3580	3845	4042	4170	4440

Fonte: Mbaruko G. in Starr A. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the next decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation, 18 - 23 October 1997, Colombo. Sri Lanka. InterAgency Group for Safe Motherhood. 1997. Box N. page 50.*

Serviços de planeamento familiar e saúde das crianças

21. Os serviços de planeamento familiar podem ajudar a evitar o aborto clandestino e as mortes que dele resultam, fazendo campanhas contra a gravidez não desejada. Relativamente aos cuidados pediátricos, a atenção dada à protecção contra as infecções da infância, através da vacinação e de uma melhor alimentação, reduz a possibilidade de atrofia no crescimento. Isso permitirá à criança atingir boas dimensões pélvicas durante a adolescência, reduzindo assim a desproporção cefalopélvica e o trabalho de parto obstruído.

Informação relevante sobre saúde e sistemas de gestão

22. A informação sobre saúde pode ser obtida compilando estatísticas demográficas e procedendo ao recenseamento da população. A nível nacional, é importante recolher informação rigorosa sobre os nascimentos e os óbitos e manter os registos numa forma que permita a análise periódica dos dados para fins de avaliação da melhoria do desempenho e da planificação.

Considerações financeiras

23. A dotação financeira para o sector da Saúde é geralmente insuficiente, tornando ainda mais reduzidos os gastos com os serviços de maternidade. O orçamento dos serviços de cuidados de saúde contempla as despesas de capital e correntes. As despesas de capital referem-se aos edifícios, equipamento e formação inicial do pessoal. As despesas correntes cobrem os custos com o pessoal, os medicamentos e material, a logística e a manutenção. As despesas correntes são um problema comum na Região, que surge porque a cobertura dessas despesas dura um período de tempo inicial limitado e os salários absorvem 80 a 90 % da dotação orçamental para essas despesas. Quando o período inicial termina e as despesas correntes já não podem ser cumpridas, porque a maior fatia dos fundos disponíveis se destina aos salários, a dotação para outras coisas passa a ser manifestamente insuficiente. O resultado final é que o pessoal em serviço se sente frustrado por não dispor de material suficiente para trabalhar.

24. Para reduzir a mortalidade materna a curto prazo, deverá fazer-se uma dotação que preveja as despesas com as intervenções (b) e (c) referidas no parágrafo 13. É urgentemente necessário proceder a

estudos que calculem, não só essas despesas como a sua repartição. Embora as estimativas feitas nos círculos de saúde internacionais sejam as de que 2-3 dólares dos EUA por pessoa e por ano são suficientes, 20 dólares por pessoa e por ano seria mais realista. Seria ainda necessário determinar a percentagem de despesas de capital e correntes dentro das despesas totais, assim como a percentagem das despesas totais a cobrir, por um lado, pelo governo e, por outro, pelos doadores.

Reforço da participação comunitária

25. A participação comunitária pode ser reforçada:

- a) identificando os pontos fortes e fracos da estrutura comunitária;
- b) identificando os problemas comunitários e a visão a partir da base, de modo participado, na convicção de que a comunidade terá grande influência sobre a escolha das intervenções;
- c) identificando as pessoas influentes da comunidade que possam actuar como elementos catalisadores para eventuais mudanças;
- d) assegurando o fluxo da informação de baixo para cima e de cima para baixo;
- e) implementando uma agenda de investigação operacional, de modo participado, e divulgando, do mesmo modo, os resultados no seio da comunidade;
- f) elaborando material de informação, educação e comunicação para todas as comunidades, com intercâmbio de ideias entre as comunidades;
- g) mantendo uma base de dados sobre estatísticas demográficas.

Parteiras tradicionais

26. Há opiniões divergentes sobre o papel das parteiras tradicionais na redução da mortalidade materna. Actualmente, há muitos locais da Região em que as parteiras tradicionais são os únicos agentes de saúde disponíveis para prestar cuidados durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Em alguns locais, a tradição ainda dá preferência às parteiras tradicionais. Por isso, os seus defensores são de opinião que será benéfico reciclar essas parteiras através de programas que se concentrem em anti-sepsia e asepsia básicas, tratamento do cordão umbilical, detecção precoce das complicações da gravidez e do parto e respectiva referência, bem como na promoção das regras básicas da higiene. Esses programas provaram ser eficazes na redução do tétano perinatal e das mortes neonatais tardias, mas não nas mortes maternas.

27. Os seus opositores insistem que as parteiras tradicionais apresentam, em certos aspectos, muitas desvantagens. São demasiado idosas e, portanto, estão demasiado presas aos seus hábitos para se adaptarem aos modernos métodos de cuidados de saúde. Elas são as principais responsáveis pelas urgências imprevistas, que estão na origem da elevadíssima taxa de mortalidade. As parteiras tradicionais não têm capacidade para tratar nenhuma das principais causas de mortalidade materna. Sendo na sua maioria analfabetas, as parteiras tradicionais não têm possibilidade de manter registos fiáveis das suas actividades e, sem esses registos, as auditorias são impossíveis. Quando a alfabetização se generaliza, as parteiras tradicionais desaparecem. Torna-se, portanto, difícil justificar ao mesmo tempo o investimento na educação das populações e nas parteiras tradicionais. Nos casos em que os partos são feitos em casa por parteiras diplomadas e as parteiras tradicionais se limitam a ajudar, observam-se pequenas reduções na taxa de mortalidade materna.

28. Em suma, há uma forte tendência para se recorrer cada vez menos aos serviços das parteiras tradicionais.

Questões de investigação

29. O desenvolvimento de capacidades na área da investigação é importante, pelo que será preciso estabelecer um programa de investigação devidamente provido de recursos. Deve encorajar-se a investigação básica e fundamental sobre o modo de melhorar a saúde materna, incluindo, entre os tópicos de investigação, questões sociais e económicas relevantes. A utilização dos resultados da investigação não deve limitar-se à sua divulgação em publicações especializadas. Quando as circunstâncias o permitirem, é imperioso incorporar os resultados da investigação considerados válidos nas políticas destinadas a melhorar a saúde materna.

Papel dos parceiros

30. Os parceiros são as agências de cooperação bilateral e multilateral, as ONG e muitas outras. O seu papel é complementar a visão do governo na implementação dos planos aprovados, na mobilização de recursos e no desenvolvimento de capacidades locais. A coordenação dos doadores é importante e exige uma liderança forte por parte do governo. Actualmente, a comunidade internacional, mesmo a nível mundial, não está a contribuir com os recursos suficientes para reduzir a mortalidade materna em toda a Região.

Papel da OMS

31. A OMS continuará a ajudar os países a implementarem a *Estratégia Regional de Saúde Reprodutiva* para acelerar a redução da mortalidade materna e perinatal, adoptada pelos Estados-Membros em Setembro de 1997, na 47ª sessão do Comité Regional (AFR/RC47/R5):

- a) prestando o apoio necessário a todas as fases de desenvolvimento dos programas, incluindo a avaliação de necessidades, a definição de prioridades, a formulação de políticas, o desenvolvimento de capacidades, a mobilização de recursos, a monitorização e a avaliação;
- b) facilitando a colaboração e a comunicação entre países sobre as melhores práticas e experiências inovadoras;
- c) prestando atempadamente um apoio técnico eficaz aos programas nacionais, de modo integrado, no âmbito da reforma do sector da Saúde em curso;
- d) desempenhando um papel catalisador, na criação ou no reforço dos mecanismos de coordenação já existentes, entre os principais intervenientes e parceiros³.

CONCLUSÃO

32. Para reduzir a mortalidade materna, é imperioso evitar a desorganização dos serviços de saúde por motivos de má planificação e de escassez de fundos. É importante criar, a nível nacional, um sistema de cuidados de saúde materna que funcione. Afinal de contas, o que mais importa é que as pessoas confiem nos serviços de saúde que têm à sua disposição e que deles se sirvam de maneira adequada.

³Fonte: Saúde Reprodutiva, Estratégia para a Região Africana, 1998-2007



**WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
SEDE REGIONAL AFRICANA**

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

**AFR/RC50/TD/1
6 de Março de 2000**

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

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 10 da ordem do dia provisória

REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA : UM DESAFIO PARA O SÉCULO XXI

Discussões Técnicas

RESUMO

1. O rácio da mortalidade materna na Região Africana, de 870 por 100.000 nados-vivos, é, de longe, o mais elevado do mundo. A 49ª sessão do Comité Regional adoptou como tema das discussões técnicas da sua 50ª sessão a “Redução da mortalidade materna: Um desafio para o séc. XXI”, em reconhecimento da magnitude do problema e da necessidade da sua prevenção. Anteriormente, na 47ª sessão do Comité Regional, os Estados-Membros tinham adoptado a *Estratégia Regional para a Saúde Reprodutiva*, para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal na Região.
2. É necessário um mais forte empenho e maior vontade política por parte dos Estados-Membros para que seja possível resolver, de modo coordenado, o problema da redução da elevada mortalidade materna. A consciencialização, bem como o conhecimento do problema, têm de traduzir-se em acções concretas e sustentadas por parte dos vários sectores do governo, das organizações não-governamentais, das comunidades e dos parceiros.
3. As Discussões Técnicas da 50ª sessão do Comité Regional incidirão, em primeiro lugar, sobre as principais questões relacionadas com a redução da mortalidade materna, nomeadamente: a) o acesso a cuidados pré-natais eficazes; b) a prestação de assistência hospitalar às mulheres grávidas com complicações graves que constituem uma ameaça para a sua vida; c) o transporte; d) o reforço do sistema de cuidados de saúde.
4. É do interesse de todos os Estados-Membros identificar possíveis estratégias e iniciativas para acelerar a redução da mortalidade materna. Para garantir que este objectivo seja atingido com êxito, é importante que esses esforços sejam desenvolvidos por todos os interessados.
5. Em última análise, a questão da redução do elevado rácio de mortalidade materna da Região pode ser resolvida através de um investimento adequado na educação e na saúde pública.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO.....	1 - 2
INFORMAÇÃO BÁSICA SOBRE A MORTALIDADE MATERNA.....	3 - 7
Definição de mortalidade materna	3
Causas de mortalidade materna.....	4 - 6
Consequências da mortalidade materna	7

ANÁLISE DA SITUAÇÃO NA ÁFRICA SUBSARIANA	8 - 12
Situação sanitária	9 - 10
Factores económicos e sociais, incluindo o analfabetismo.....	11
Países em situação difícil	12
ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.....	13 - 31
Princípios fundamentais	13
Cuidados à maternidade adequados	14
Papel dos Estados-Membros 15 - 17	
Sistemas de cuidados de saúde	18 - 22
Considerações financeiras.....	23 - 24
Reforço da participação comunitária	25
Parteiras tradicionais.....	26 - 28
Questões de investigação	29
Papel dos parceiros	30
Papel da OMS	31
CONCLUSÃO.....	32