



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



47º CONSELHO DIRETOR 58ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 25-29 de setembro de 2006

Tema 4.5 da Agenda Provisória

CD47/12 (Port.)
12 agosto 2006
ORIGINAL: INGLÊS

SAÚDE NEONATAL NO CONTEXTO DA SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DA CRIANÇA PARA O CUMPRIMENTO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO DA DECLARAÇÃO DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS

A Região das Américas fez grandes avanços na redução da mortalidade neonatal e da criança. Apesar desses sucessos, em muitos países da América Latina e Caribe (ALC), a alta taxa de mortalidade neonatal não melhorou ao grau esperado, embora alguns avanços tenham sido feitos. Vários países experimentaram uma redução marcante na mortalidade infantil, mas sem uma redução equivalente na mortalidade neonatal. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil da Bolívia caiu 29% entre 1989 e 1998, enquanto a diminuição na mortalidade neonatal foi de somente 7% neste mesmo período. A região da ALC apresenta considerável desigualdade entre países e, internamente, nos países. As populações urbanas e rurais mais pobres e dentre elas os indígenas e as comunidades de ascendência africana apresentam as menores taxas de alfabetização e o menor acesso à infra-estrutura e serviços de saúde básicos.

Este documento apresenta uma análise da situação sanitária do recém-nascido e o novo enfoque para promover a saúde neonatal no contexto do processo contínuo de atenção à saúde materna, neonatal e da criança (SMNC). É crítico colocar a saúde neonatal proeminentemente na agenda de saúde com uma ênfase: na promoção de políticas e programas eficazes; nas intervenções com base científica para atenção ao recém nascido em serviços de saúde e comunidades dentro dos sistemas de saúde e no fortalecimento da vigilância dirigida às populações pobres e marginalizadas. A prioridade da saúde neonatal deve ser elevada se a Região pretende atingir a Meta de Desenvolvimento do Milênio número 4. A mortalidade neonatal não mais deve passar despercebida.

Convida-se o Conselho Diretor a considerar a resolução anexa, proposta pelo Comitê Executivo.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Situação atual	3
Contexto global, mandatos e iniciativas	3
Contexto e foco regionais	4
Questões de atenção neonatal	5
Causas da morte neonatal	5
Processo contínuo de atenção	6
Lições aprendidas	6
Sistemas de saúde e a prestação de assistência médica ao recém-nascido	6
Enfoques de atenção integrada às Doenças Prevalentes da infância	8
Imunização	9
Fatores maternos na saúde neonatal	9
Micronutrientes	10
Amamentação	10
Transmissão materna do HIV	10
Desafios e ações propostas	11
Mortalidade neonatal despercebida – políticas e respostas programáticas para uma prioridade urgente	12
Fortalecimento dos Sistemas de saúde visando o acesso universal à atenção	12
Uma estrutura programática para atenção universal–processo contínuo de atenção	13
Desenvolvimento/fortalecimento de sistemas de monitoração e avaliação	14
Parcerias	15
Áreas essenciais para deliberação	15
Ação do Conselho Diretor	19
Anexo	

Introdução

1. A Região das Américas fez grandes avanços na redução da mortalidade neonatal e da criança. Apesar desses sucessos, em muitos países da América Latina e do Caribe (ALC), a alta taxa de mortalidade neonatal não melhorou ao grau esperado, embora alguns avanços tenham sido feitos. Vários países experimentaram uma redução marcante na mortalidade infantil, mas sem uma redução equivalente na mortalidade neonatal. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil da Bolívia caiu 29% entre 1989 e 1998, enquanto a diminuição na mortalidade neonatal foi de somente 7% neste mesmo período. A região da ALC apresenta considerável desigualdade entre países e, internamente, nos países. As populações urbanas e rurais mais pobres e dentre elas os indígenas e as comunidades afrodescendentes apresentam as menores taxas de alfabetização e o menor acesso à infraestrutura e à cobertura de serviços essenciais de saúde materna, neonatal e da criança. Por exemplo, na Guatemala, a taxa de mortalidade neonatal nacional é de 23 por 1.000 nascidos vivos mas em uma comunidade indígena em El Quiche a taxa é de 39--quase 60% mais alta (Ministério da Saúde, Estatísticas da Chefatura de Áreas Ixil, 2003). Ademais, muitos países estão passando por dificuldades no adequado equacionamento das necessidades das gestantes e crianças em áreas fronteiriças.

2. A finalidade deste documento é um apelo em favor de ação para promover a saúde neonatal no enfoque do processo contínuo de atenção materna, neonatal e da criança (MNCH), começando na gravidez, através do parto e infância. É crítico colocar a saúde neonatal proeminentemente na agenda de saúde com uma ênfase na promoção de políticas e programas eficazes; nas intervenções com base científica para atenção ao recém nascido em serviços de saúde e comunidades dentro dos sistemas de saúde; e fortalecimento da vigilância dirigida às populações pobres e marginalizadas. A prioridade da saúde neonatal deve ser elevada se a Região pretende atingir a Meta de Desenvolvimento do Milênio número 4. A mortalidade neonatal não mais deve passar despercebida.

Situação atual

Contexto global, mandatos e iniciativas

3. Desde a Cúpula do Milênio das Nações Unidas em 2000, a comunidade internacional elevou seu compromisso de atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs) e outras metas internacionais relacionadas com a melhoria da saúde reprodutiva, e particularmente as da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994 e seu seguimento após cinco anos (CIPD+5), a níveis sem precedentes através de apoio a iniciativas internacionais, nacionais e locais destinadas a reduzir a morbidade e a mortalidade materna, neonatal e infantil. A quarta

meta (MDM-4) almeja reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos em dois terços, entre 1990 e 2015. O Informe sobre a Saúde no Mundo, de 2005 - *Para que todas as Mães e Crianças contem* – foi lançado em abril de 2005 no Dia Mundial da Saúde em Nova Déli, na Índia. O relatório pediu um novo enfoque para salvar a vida das mães, dos recém-nascidos e das crianças. *Para que todas as Mães e Crianças contem* é um estudo de amplo alcance dos obstáculos à saúde que enfrentam as mulheres durante a gravidez, no parto e nas semanas, meses e anos que seguem, para elas e seus filhos. Presta atenção especial à situação difícil dos recém-nascidos, cujas necessidades específicas foram relegadas, separando os programas de assistência à saúde materno-infantil. Após o Dia Mundial da Saúde, um fórum mundial foi convocado pela parceria global sobre a Saúde Materna, Neonatal e Da criança, reunindo os principais funcionários de saúde, os organismos internacionais, os parceiros no desenvolvimento e os grupos da sociedade civil. Uma declaração do compromisso com a saúde materna, neonatal e da criança, chamada a Declaração de Delhi, foi afirmada pelos participantes como base para a ação decisiva.

4. No dia 12 de setembro de 2005, a nova Parceria Mundial para a saúde Materna, Neonatal e Da criança (PMNCH) foi lançada oficialmente. Esta nova parceria registra num enfoque mundial intensivo e crescente sobre a saúde da mulher, do recém-nascido e das crianças. O objetivo da PMNCH é harmonizar e intensificar ações no âmbito nacional, regional e mundial em apoio às MDMs 4 e 5, e salvar a vida de milhões de mulheres e crianças ao ampliar o acesso às intervenções comprovadas e econômicas. Dada a magnitude deste desafio, nenhum país individual, organização ou instituição pode abordá-lo sozinho.

Contexto e foco regionais

5. A mortalidade neonatal representa atualmente 60% das mortes infantis na ALC, a maioria das quais são evitáveis (tabela I). As tendências na redução da mortalidade neonatal apontam para lento progresso. As desigualdades no acesso à assistência de saúde incluindo a assistência primária persistem. A saúde materna deficiente aumenta significativamente o risco da morte neonatal. A avaliação do estado da política de saúde neonatal na região da ALC está em curso. O risco de uma mãe morrer na América Latina e no Caribe é de 1 em 130. Em contraste, nos países mais desenvolvidos, como o Canadá, é de 1 em 7.750 (OPAS 2003). Nos países em desenvolvimento, foi demonstrado que a morte da mãe durante o parto pode levar à subsequente morte do recém-nascido.

6. Para abordar esta situação, nos últimos anos, a OPAS/OMS desenvolveu estratégias essenciais, executou iniciativas e aprovou várias resoluções pelos Órgãos Diretivos respectivos, que incluem: WHA58.31 – Trabalhando em prol da cobertura universal de intervenções de saúde materna, neonatal e da criança (2005); Resolução

CD45.R3 - As Metas e Alvos de Saúde do Desenvolvimento do Milênio (2004); Resolução CSP26.R14 - A estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade maternas (2002). Vários outros compromissos globais remetem diretamente às questões levantadas por este documento, incluindo a Declaração de Compromisso da Assembleia Geral das Nações Unidas, o compromisso mundial em prol do acesso universal à prevenção, atenção e ao tratamento do HIV (Cúpula do G-8, 2005) e o (PMTCT–prevenção da transmissão vertical) Fórum dos Parceiros Mundiais de Alto Nível– Chamada de Ação em Prol de uma Geração Isenta de AIDS e do HIV (Abuja, Nigéria).

Questões de atenção neonatal

7. Todo ano, quase 12 milhões de bebês nascem na região da ALC. Destes, anualmente, 400.000 morrem antes de completar 5 anos, 270.000 antes de completar 1 ano; e destes, 180.000 morrem durante o primeiro mês de vida (OPAS, 2004).

8. A mortalidade neonatal, definida como a morte nos primeiros 28 dias de vida, é calculada, na América Latina e no Caribe, em 15 por 1.000 nascidos vivos. Calcula-se que, nesta região, a taxa de natimortos aproxima a taxa de mortalidade neonatal (NMR). A mortalidade neonatal é responsável por 60% das mortes de bebês e 36% da mortalidade de menores de 5 anos; a maioria dessas mortes é evitável. As taxas de mortalidade são mais elevadas no Haiti, Bolívia e Guatemala, onde são 5 a 6 vezes maiores que nos países com as mais baixas taxas de mortalidade, como Chile, Costa Rica, Cuba e Uruguai. (OPAS/AIS, 2005).

9. Os fatores contribuintes à alta mortalidade neonatal incluem *baixa visibilidade* das mortes e da saúde neonatais no sistema de prioridades nacionais; *as desigualdades no acesso* às partoiras capacitadas; e a *saúde materna deficiente* contínua, que aumenta significativamente o risco da morte neonatal. Além disso, as intervenções que alvejam diretamente os bebês para melhorar mais os resultados são deficientes ou ausentes.

Causas de morte neonatal

10. As principais causas de morte neonatal na Região da América Latina e Caribe são mostradas na figura 2 e incluem infecções (32%), asfixia (29%), prematuridade (24%), malformações congênitas (10%) e outros (7%) (OPAS, 2004).

11. Enquanto algumas são causas diretas, outras, como na maioria dos casos de prematuridade/de baixo peso ao nascer podem constituir os fatores predisponentes. A OPAS calcula que aproximadamente 8,7% de recém-nascidos na região da ALC sofre de baixo peso ao nascer (menos que 2.500 g.) (OPAS/AIS-2005). Baixo peso ao nascer é estreitamente associado à maior morbidade neonatal, e calcula-se que entre 40% e 80%

de recém-nascidos que morrem no período neonatal sejam a ele associados (OPAS/AIS 2005).

12. Outras causas indiretas incluem fatores socioeconômicos como a pobreza, a educação deficiente, principalmente a educação materna, a falta de empoderamento, o acesso precário e práticas tradicionais obstrutivas. Os pobres rurais e urbanos, outras comunidades marginalizadas e populações indígenas e afrodescendentes apresentam mortalidade neonatal desproporcionalmente elevada.

13. Provas indicam que a primeira semana de vida é a mais vulnerável em termos de risco de mortalidade neonatal, e que as primeiras 24 horas de vida são fatores determinantes para o futuro da criança. Em países onde a taxa de mortalidade infantil não é extremamente alta, cerca de dois terços das mortes infantis ocorrem no primeiro mês de vida.

Processo contínuo de atenção

14. Em escala mundial, o processo contínuo de atenção foi adotado pela OMS e a Parceria para a Saúde Materna, Neonatal e Da criança como essencial para a sobrevivência e bem-estar das mães e dos recém-nascidos. O recém-nascido não pode ser visto separadamente da mãe, e sua sobrevivência depende do atendente qualificado que cuida de ambos durante as horas críticas seguintes ao nascimento. O enfoque da OMS ao processo contínuo de saúde materna, neonatal e da criança estende-se desde a pré-gravidez, até o parto, o pós-parto e a infância do bebê. Para reduzir a mortalidade materna, neonatal e da criança, o enfoque requer um maior uso das intervenções econômicas essenciais conhecidas, que exige um investimento completo no fortalecimento dos sistemas de saúde, prestando-se atenção especial ao treinamento e formação dos profissionais da saúde, inclusive médicos, parteiras e enfermeiras.

Lições aprendidas

Sistemas de saúde e a prestação de assistência médica ao recém-nascido

Reformas dos sistemas de saúde

15. Muitos países da ALC estão enfrentando reforma de sistemas de saúde para abordar os crescentes acesso e uso de atenção de saúde. Em muitos países são exigidas taxas dos usuários para ter acesso a serviços de saúde maternos e neonatais básicos, o que foi identificado como uma barreira a tal acesso, sendo uma questão crítica especialmente para as populações pobres e mais vulneráveis. Além disso, ainda há barreiras que

precisam ser abordadas com respeito à falta de modelos de atenção médica culturalmente adequados.

16. Para abordar os obstáculos financeiros, culturais e estruturais para assegurar a saúde das mulheres e crianças, alguns países na Região estão passando por bem sucedidos processos de reformas objetivando o acesso aos serviços de saúde materno-infantil de qualidade. Essas reformas centram-se na continuidade de atenção médica das mulheres e da saúde da criança (Brasil), iniciativas nacionais de seguro médico materno-infantis (Bolívia) e programas de maternidade gratuitos (Equador). Devido à conexão próxima entre a saúde materna e a do recém-nascido, o atendimento obstétrico essencial foi ampliado para incluir atenção médica neonatal essencial (Bolívia, Honduras, Nicarágua e Paraguai), integrando a administração de necessidades de pessoal capacitado, provisões, apoio das comunidades e processos de indicação onde necessário.

17. A Bolívia, El Salvador, Paraguai e Peru, entre outros, têm sistemas de vigilância da mortalidade materna implantados e estabeleceram comitês de análise de mortalidade materna no âmbito nacional e departamental. A Bolívia e o Paraguai já integraram a mortalidade neonatal nesses sistemas, embora os passos para execução ainda não tenham começado. Uma análise de experiências da comunidade na região da ALC foi realizada descrevendo cinco estudos de caso que reduziram a mortalidade perinatal em quase 50%. [Haes et al, 2004]. Organizações voluntárias privadas (OVP) e organizações não-governamentais (ONGs) desempenharam um importante papel ao alcançar comunidades periféricas remotas deficientes em serviços, com intervenções de baixo custo, testadas para reduzir a mortalidade neonatal no âmbito comunitário. Essas organizações forneceram conexões úteis entre as comunidades, outros atores de assistência de saúde e o governo, e funcionaram como elementos chave dos sistemas de saúde.

18. No nível de provisão de recursos humanos para a presença de um atendente qualificado durante o parto, alguns países, inclusive Brasil, Chile, Equador, Paraguai e Peru, contam com um programa universitário de cinco anos para o treinamento de parteiras, e todos os países têm treinamento de enfermagem. Esses programas de obstetria incluem treinamento em locais que assistem a mãe e o recém nascido, e alguns são baseados no “*processo contínuo de atenção*”, um enfoque holístico e integrado à maternidade e ao parto seguros.

19. Porém, a ênfase nas habilidades requeridas para a atenção ao bebê é frequentemente insuficiente e poucos programas abordam as intervenções nas comunidades. Foi demonstrado que a disponibilidade e a atenção pelas parteiras e enfermeiras com habilidades neonatais são um fator crítico na redução da mortalidade neonatal.

Atenção e acesso a um atendente qualificado durante o parto

20. Em média, 79% dos partos na ALC ocorrem em estabelecimentos de saúde, embora haja enormes variações em países individuais. Nas áreas rurais, o acesso a materiais, equipamento que funcione e serviços de indicação é geralmente limitado. Além disso, uma proporção significativa de nascimentos rurais pode ser assistida pelas enfermeiras auxiliares que não possuem as habilidades necessárias para fazer um parto. Além do mais, nem sempre as “parteiras capacitadas” possuem a competência necessária para tratar eficazmente dos problemas tanto da mãe quanto do bebê. Nos países onde os bebês nascem geralmente em casa, as taxas de mortalidade neonatais são as mais elevadas. A proporção mais elevada de partos em domicílio, como destacado pelas pesquisas demográficas e de saúde, é encontrado no Haiti (77%), Guatemala (60%), Honduras (44%), Bolívia (40%) e Nicarágua (33%). Esses nascimentos são com frequência assistidos por um atendente de parto tradicional ou, em algumas comunidades, somente por um membro da família.

21. Frequentemente, as mães e seus bebês recebem alta dos hospitais e estabelecimentos seis horas após o parto, quando a probabilidade de contrair uma complicação potencialmente mortal ainda é alta. São geralmente inexistentes as normas e os protocolos para a atenção dos bebês com maiores riscos, como prematuros e de baixo peso ao nascer, ou aqueles que receberam ressuscitação. Em alguns países da ALC, as práticas culturais em relação ao parto e ao pós-parto tendem a manter as mães e os bebês isolados em seus lares por períodos variáveis de até seis semanas. A falta de empoderamento da mulher, a falta de conscientização sobre as necessidades maternas e neonatais, as dificuldades de transporte e a má qualidade de atenção em alguns dos estabelecimentos existentes constituem barreiras adicionais à utilização dos serviços de saúde.

Enfoques de atenção integrada às Doenças Prevalentes da infância

22. A versão genérica da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), adaptada ao contexto local e ao perfil epidemiológico, dirige-se às crianças com idade entre uma semana a cinco anos no âmbito do estabelecimento de saúde. A atenção integrada é conseguida com a melhora das habilidades dos funcionários da área de saúde para rápidos diagnósticos, atenção preventiva e curativa e na promoção do conhecimento e comportamentos saudáveis relacionados com o cuidado das crianças. Embora mais recentemente desenvolvido, o componente neonatal, inclusive a primeira semana de vida, foi reconhecido como crucial na abordagem ainda maior na redução da mortalidade neonatal. O algoritmo de atenção e tratamento promove as competências com base científica no estabelecimento e na comunidade. Desde 2003, a estratégia foi posta em prática a um grau variável na Bolívia, Colômbia, República Dominicana,

Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai e Peru. Em alguns casos, foi acompanhada de treinamento dos profissionais de saúde no âmbito de hospitais para reanimação neonatal em colaboração com a Academia Americana de Pediatria, organizações não-governamentais e instituições sem fins lucrativos.

23. Este método foi ainda mais difundido com o apoio da OPAS em colaboração com ministérios da saúde, organismos profissionais de pediatras do país, perinatólogos e neonatologistas e organizações comunitárias. O desenvolvimento do componente comunitário neonatal da AIDPI começou em 2002 e foi testado pela primeira vez na República Dominicana e no Peru. Foi adaptado ainda mais com base nas lições aprendidas. Com o apoio da OPAS, UNICEF e ONGs como SNL/*Save the Children*, foi difundido à Bolívia e ao Paraguai. Além disso, o currículo das universidades de medicina está sendo adaptado em alguns países, como a Bolívia, Guatemala e Honduras para incluir os componentes neonatais. À medida em que a experiência se acumula com a implementação neonatal da AIDPI, as lições aprendidas configurarão as políticas e a criação de programas nesses países.

Imunização

24. A imunização trouxe contribuições significativas à redução da mortalidade neonatal e da criança em toda a ALC. Desde 1990, a mortalidade por sarampo, tétano neonatal e meningite bacteriana causada por *Haemophilus influenzae* foi reduzida em mais de 95% comparados com as cifras de 1990, e a mortalidade causada pela tosse convulsa diminuiu em mais de 80%. Além disso, a imunização desempenhou uma função importante ao reduzir o tétano pós-parto, e a vacinação contra a rubéola contribuiu para a queda da prevalência de síndrome de rubéola congênita.

Fatores maternos na saúde neonatal

25. Os fatores maternos que afetam a saúde neonatal incluem má nutrição e anemia, a idade da mãe (menos de 18 anos ou mais de 35 anos), uma paridade de mais de cinco, um intervalo curto entre partos (menos que três anos entre uma e outra gravidez), e as complicações no parto (parto prolongado/obstruído, feto único “sentado”). Outros fatores incluem infecções maternas, como as sexualmente transmissíveis incluindo a infecção pelo HIV/AIDS; outras infecções, como a de vias urinárias e malária, e a má nutrição nas meninas e nas mulheres, até antes da gravidez. A anemia da célula falciforme é um transtorno genético encontrado em 5% das populações, principalmente entre populações afrodescendentes, e pode ser prevenida ao executar a triagem e programas de aconselhamento genético para as mulheres.

26. Como declarado acima, o acesso à atenção capacitada no nascimento é baixo em muitas áreas da região onde há alta mortalidade e morbidade maternal e neonatal. Muitos países da ALC não possuem programas de treinamento de parteiras profissionais ou enfermeiras-parteiras. (mudaram para o sistema de saúde)

Micronutrientes

27. As carências de micronutrientes são comuns nas mulheres em idade reprodutiva. Muitas mulheres começam a gravidez com reservas de micronutrientes inadequadas ou outras manifestações de deficiência que podem afetar seriamente sua saúde, assim como a do recém-nascido. Segundo a OMS, 43% de todas as mulheres não grávidas de idade entre 15 a 49 anos que vivem nos países em desenvolvimento têm anemia durante a gravidez. A anemia é um fator de risco reconhecido à mortalidade materna quando associada à hemorragia pré e pós-parto, natimortos e bebês com baixo peso ao nascer. A carência de vitamina A e Zinco podem contribuir para a sépsis perinatal ao deteriorar a resposta fisiológica a infecções. A deficiência de ácido fólico durante a pré concepção está relacionada aos defeitos de tubo neural e, durante a gravidez, podem estar associados com parto prematuro.

Amamentação

28. A amamentação é reconhecida como um fator chave na saúde neonatal e da criança, especialmente a amamentação desde o início e exclusiva. Enquanto calcula-se que atualmente 90% de mães na ALC amamentam seus recém-nascidos, somente 35% amamentam *exclusivamente* durante seis meses (OMS, Programas: Nutrição e segurança de alimentação, 2004). A administração de alimentos pré lácteos e a introdução desde cedo de outros líquidos e o não uso dos colostros é uma prática prejudicial comum na região. As intervenções especiais, como manter a mãe e o bebê juntos após o nascimento, o contato de pele na primeira hora, e o sistema de monitoração para amamentação (por exemplo, MADLAC no Equador e em El Salvador), têm sido úteis não só na monitoração de práticas de amamentação nos estabelecimentos de saúde, como também, *através da análise dos dados e ação corretiva*, mas também para melhorarem os resultados da amamentação. Em El Salvador, o Ministério da Saúde, com o apoio de BASICS, ampliou a intervenção a MADLAC PLUS para incluir outros componentes dos cuidados básicos essenciais ao recém-nascido (BASICS 2004, Perez Escamilla 2003).

Transmissão materna do HIV

29. Desde os princípios dos anos noventa, a epidemia de HIV tornou-se uma grave ameaça à sobrevivência da criança na América Latina e no Caribe, principalmente devido à transmissão materno-fetal (TMi). No Brasil, cerca de 13.500 mulheres grávidas foram

infectadas pelo HIV em 2002. Além disso, entre 2000 e 2003 houve um aumento de 24% na incidência anual da Aids entre as crianças menores de 13 anos como consequência da transmissão materna do HIV (*Boletim Epidemiológico AIDST, Julho 2004*). No Caribe, a OPAS/CAREC calcula que, só em 2002, entre 2.500 e 4.000 crianças nasceram infectadas pelo HIV.

30. Uma intervenção econômica para deter a propagação do HIV é a prevenção da transmissão materno-fetal (PTMI). A atenção pré-natal centrada e de qualidade é um ponto de acesso chave para a atenção e o tratamento do HIV. Se integrado à atenção pré-natal, a PTMI pode prevenir pelo menos 50% de infecção pelo HIV nas crianças e pode contribuir para a identificação oportuna e encaminhamento das mulheres para terapia anti-retroviral (ARTE). Atualmente, vários países da América Latina e do Caribe oferecem PTMI em 100% de seus serviços pré-natais; porém, há amplas disparidades entre países na cobertura da PTMI e o nível de sua integração na atenção primária. Dentre aproximadamente 21 países informantes, 60% estão abaixo da cobertura (OPAS/OMS, Relatório para as Américas 3 por 5, 2006).

31. Histórias de sucesso foram documentadas na Região. Por exemplo, nas Bahamas, onde a incidência do HIV entre as crianças menores de um ano de idade baixou de 3 casos por 1.000 nascidos vivos em 1994 a 0 casos por 1.000 nascidos vivos em 2002 (Status e Tendências da OPAS/CAREC-HIV, 2004). Além disso, nos últimos anos, vários países-membros notificaram algum grau de sucesso na detenção da propagação do HIV entre as crianças (Plano Regional da OPAS de HIV/IST, 2005) e a disponibilização de intervenções de saúde pública seguras que podem ajudar a atingir gerações isentas de HIV nas Américas até 2015.

Desafios e ações propostas

32. Com base nas lições aprendidas, o novo foco regional proposto será nas intervenções setoriais com base científica para: criar um ambiente favorável para o desenvolvimento e promoção de políticas públicas eficazes em todos os níveis, usando o enfoque do 'processo contínuo de atenção' da MNCH dependendo do tempo e local, realçando oportunidades perdidas para os recém-nascidos e ênfase especial na comunidade; criando elos entre programas; melhorando a capacidade de resposta e qualidade dos serviços de saúde mediante o fortalecimento da atenção à saúde primária e níveis de indicação; fornecer assistência de saúde eficaz, integrada e culturalmente apropriada; atualizar e fortalecer as competências da força de trabalho do pessoal da saúde; promover intervenções para capacitar os indivíduos, as famílias e as comunidades; e desenvolver uma vigilância e um sistemas de monitoração e avaliação para avaliar progresso.

Mortalidade neonatal desapercibida – políticas e respostas programáticas para uma prioridade urgente

33. Uma política eficaz e resposta programática à baixa visibilidade da mortalidade e saúde neonatais na ALC é uma prioridade urgente. Isto exigirá o compromisso político sem precedentes, principalmente nos países prioritários onde a mortalidade neonatal é extremamente elevada, e a inclusão da promoção dos protocolos e normas com base científica e proteção dos recursos técnicos e financeiros para facilitar e apoiar as diversas atividades. Os modelos aceitos de atenção devem ser adotados para preparar o pessoal para abordar as questões interculturais e para trabalhar nos contextos onde a vida dos recém-nascido tem pouco valor. Portanto, embora seja de conhecimento comum que a atenção superlativa da mãe durante a gravidez e o parto melhorará o resultado neonatal, é essencial que as políticas nacionais, departamentais e comunitárias, as estratégias e intervenções abordem ainda mais as necessidades específicas do bebê para atingir os resultados necessários propostos na Meta de Desenvolvimento do Milênio número 4.

Fortalecimento dos Sistemas de saúde visando o acesso universal à atenção

34. As intervenções com base científica para melhorar a saúde neonatal têm sido bem documentadas. Porém, a execução programática foi estrangida por sistemas de saúde fracos, assim como por desafiar os contextos nos termos de educação e empoderamento das mulheres.

35. O fortalecimento dos sistemas de saúde é uma prioridade regional e inclui aprimorar a legislação de serviços de saúde. As maneiras de fortalecer os sistemas incluem: o registro obrigatório dos recém-nascidos e o relatório sobre os natimortos e mortes neonatais; a formulação de políticas com base científica no estabelecimento de prioridades; a garantia de financiamento confiável para intervenções essenciais através das alocações de orçamentos previsíveis, assegurando a adequação no desenvolvimento de recursos humanos, atingindo eficiência na cadeia de provisão e sistemas logísticos, e garantindo o livre acesso a um pacote essencial de serviços de saúde.

36. O planejamento para acesso universal à assistência deve incluir a promoção de atendimento qualificado no parto. Os serviços devem ser escalados de modo a fornecer continuidade da assistência, assegurando que seu acesso durante a gravidez, o parto e o pós-parto estende-se ao primeiro mês de vida e além. A monitoração eficaz para garantir a adesão às normas, diretrizes e protocolos é essencial. Isto inclui supervisão de apoio contínua, fortalecimento dos sistemas de indicação e administração formativa com responsabilidade, acompanhamento programado, apoio com ênfase na atenção primária e um processo de auditoria social para validar os resultados.

37. É essencial examinar o treinamento em serviço e a educação de pré-serviço, e melhorar a adequação do conteúdo do curso. Isto ajudará ao aumentar tanto o conhecimento quanto as habilidades relevantes aos cuidados do recém-nascido. Especificamente, as habilidades e o conhecimento para a atenção essencial ao recém-nascido, a atenção aos bebês vulneráveis, como os de baixo peso ao nascer e os nascidos às mães soropositivas ao HIV e a identificação da atenção essencial do recém-nascido doente (sendo prioridade a gestão da asfixia no nascimento, a hipotermia [controle ou regularização térmica do recém-nascido prematuro] e as infecções, que são as principais causas de morte) são necessidades prioritárias.

38. A política do governo e as respostas programáticas, que compreendem uma perspectiva de igualdade de gêneros na sua formulação, também devem ser fortalecidas para abordar a educação feminina e as questões de empoderamento. Será crítico vincular organizações de desenvolvimento feminis e da comunidade, em particular as ONGs e as organizações de caráter religioso com eficácia e credibilidade comprovadas no âmbito comunitário, com o governo e os sistemas de saúde, para obter as sinergias necessárias para dar maior poder de decisão à mulher, assegurar o apoio amplo às necessidades de saúde maternas e neonatais pela família e comunidade, melhorar a cobertura e estender a atenção médica aos mais marginalizados, que incluem os pobres, urbanos e rurais, e as populações indígenas e afrodescendentes.

Uma estrutura programática para atenção universal - Processo contínuo de atenção

39. Crítico para o abordagem da saúde neonatal no contexto da saúde materna, neonatal e da criança é um movimento de prestação de serviços fragmentada a um enfoque holístico e integrado--um *processo contínuo de atenção*, baseado em melhores práticas e lições aprendidas, inclusive uma estimativa dos custos necessários para lograr uma atenção atuante e contínua. Os elementos chave incluem:

- (a) *A atenção desde a pré-gravidez até os períodos pós-parto e pós-natal*, que proporciona o atendimento por um profissional de saúde capacitado, preferencialmente com habilidades para fazer o parto, às adolescentes e mulheres em idade reprodutiva, inclusive a imunização contra o tétano e a rubéola, o tratamento de infecções genitais, a orientação para o parto e prontidão para situações de emergência, a criação dos filhos e o planejamento familiar. A violência domestica como fator de risco para a saúde da mãe e do feto deve ser avaliada durante esse período e controlada com adequado apoio médico e psicológico. A participação de um profissional com habilidades para fazer o parto, responsável pelos cuidados pré-natais, a atenção superlativa à mãe e ao bebê durante o trabalho de parto e o parto, e no período depois do parto pós-parto e pós-natal são pontos críticos no processo contínuo da atenção e isto deve estar

- estritamente vinculado à passagem eficaz aos serviços de saúde da criança após o primeiro mês de vida.
- (b) *Atenção do lar ao hospital*, essencial para abordar as mortes em casa no período neonatal, uma vez que os bebês nascidos em estabelecimentos de saúde logo recebem alta e muitos nascimentos ocorrem em casa. Apoiar a amamentação exclusiva desde cedo e manter o recém-nascido abrigado, outros componentes para prevenção de infecções e atenção extra para os bebês de baixo peso ao nascer, a atenção do lactente doente são importantes para manter os recém-nascidos saudáveis (lado da oferta). Um grande número de fatores socioculturais influi na atenção da mãe e do recém-nascido no lar, exigindo comunicação, mobilização das comunidades e estratégias de empoderamento para promover comportamentos saudáveis relativos aos cuidados preventivos básicos para motivar a procura de assistência apropriada (lado da demanda).
- (c) *O processo contínuo da atenção, da promoção à prevenção e ao serviço curativo*, essencial para atingir uma maior queda na mortalidade neonatal. É importante assegurar atenção apropriada no lar. Enquanto a promoção e a prevenção são importantes, os bebês desenvolverão problemas e a família deve reagir buscando atendimento do provedor apropriado. Altos níveis de exigência da comunidade existem para tratamento e devem ser mobilizados para fortalecer a prestação de serviços. Serão necessários empoderamento, participação e estratégias de comunicação eficazes, inclusive a participação comunitária ao planejar os programas de MNH, provedores fortalecidos, habilidades interpessoais e interculturais, uso dos métodos populares de comunicação e meios de comunicação em massa para assegurar a atenção adequada no lar e para traduzir a demanda da comunidade para a atenção e tratamento na redução da mortalidade neonatal.

Desenvolvimento/fortalecimento de sistemas de monitoração e avaliação

40. Os sistemas de monitoração e avaliação para monitorar o progresso dos programas de saúde neonatal são de importância *fundamental*. O estabelecimento ou o fortalecimento dos sistemas de registro vital,¹ inclusive o registro de nascimentos (com peso ao nascer), o registro de natimortos e das mortes neonatais (com informação sobre a idade ao morrer) é um passo crítico no desenvolvimento dos sistemas de monitoração e avaliação. Esses sistemas devem, no mínimo, permitir o registro e o relatório exatos e oportunos sobre os resultados, e fornecer os dados para a avaliação da cobertura e qualidade de serviço, e a resposta da comunidade. As estruturas de monitoração e

¹ Reconhecendo iniciativas tais como o trabalho do Instituto Interamericano da Criança para ajudar os países a fortalecer os sistemas de registro vital.

avaliação devem tornar-se um componente integral do planejamento de saúde maternal, neonatal e da criança no contexto geral de sistemas de saúde. Como a monitoração é também um componente essencial de planejamento e execução de programas, a análise de dados para a tomada de decisões operacionais deve fazer parte das descrições de tarefas para equipes de saúde. Por este motivo, é essencial criar um conjunto de indicadores comuns que sejam factíveis de juntar. Além disso, os dados devem ser examinados nos níveis essenciais para monitorar os resultados e planejar e implementar as mudanças para promover a consecução das metas e resultados definidos.

41. Pesquisas demográficas e de saúde materno-infantil, regulares e integradas, fornecem informações úteis para a avaliação de impacto geral. Porém, ministérios da saúde devem fortalecer seu sistemas de informação sanitária e incluir indicadores neonatais críticos e estatísticas vitais nos protocolos de dados para permitir a monitoração de processos e resultados. Além disso, os sistemas de vigilância neonatal, incluindo os sistemas de vigilância comunitária visando envolver a comunidade e os atores sociais para gerar processos dinâmicos para coletar, analisar e responder com ações concretas aos problemas de saúde, devem ser integrados em uma estrutura de monitoração e avaliação.

Parcerias

42. *O fortalecimento de parcerias através de um plano participativo* incluirão parcerias globais, regionais, nacionais e locais com ministérios da saúde, doadores, organismos de cooperação internacional, e outros interessados diretos essenciais, inclusive a sociedade civil e as organizações não-governamentais. *A cooperação técnica da OPAS centra-se em* formulação de políticas, promoção na saúde da família e da comunidade, prestação de serviços, desenvolvimento dos recursos humanos, apoio à mobilização de recursos, gestão de informações e conhecimento, vigilância, monitoração e avaliação.

Áreas essenciais para deliberação

43. A mortalidade neonatal é o único maior contribuinte à mortalidade infantil na ALC e é um obstáculo ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio. A maioria das mortes neonatais é prevenível e as intervenções eficazes têm sido bem documentadas. A hora para os países agir é agora, enfocando nas seguintes áreas essenciais no contexto de saúde maternal, neonatal e da criança:

- (a) *Maior visibilidade da saúde neonatal e maior capacidade de formulação de políticas nacionais e estabelecimento de prioridades no contexto da saúde materna, neonatal e da criança (MNCH) em direção ao cumprimento das*

- MDMs.** Intervenções de MNCH fortalecidas com base científica, inclusive como, onde, quando e por que recém-nascidos morrem, são necessárias para melhor formulação de políticas e atividades de promoção de causa, estabelecimento de prioridades mais centrado, e maior eficácia programática ao serviço e âmbito da comunidade. Sem isto, reduções substanciais na mortalidade neonatal não ocorrerão, e a Região não atingirá as metas de redução da mortalidade infantil da Meta de Desenvolvimento do Milênio número 4;
- (b) ***O desenvolvimento de estruturas de política para melhor saúde de recém-nascidos e reduzida mortalidade neonatal, através do compromisso político de alto nível.*** Isto incluirá diretrizes e iniciativas nacionais claras para estabelecer e fortalecer os sistemas vitais de registro, assegurar o financiamento confiável para as intervenções essenciais e abordar as questões de força de trabalho de saúde neonatal, incluindo os requisitos de treinamento de pré-serviço e no serviço dos médicos, parteiras e enfermeiras;
- (c) ***O fortalecimento de sistemas de saúde para melhoria do acesso à saúde materna, neonatal e da criança oportuna de qualidade.*** A garantia do acesso universal à assistência de MNCH deve incluir a promoção da assistência capacitada no nascimento. Os serviços devem ser escalados de modo a fornecer continuidade da assistência, assegurando que o acesso a ela durante a gravidez, o parto e o pós-parto estende-se ao primeiro mês de vida e além. A monitoração eficaz para assegurar a adesão às normas, diretrizes e protocolos é chave. Isto inclui a supervisão de apoio contínua, o fortalecimento dos sistemas de indicação e a gestão formativa com responsabilidade, acompanhamento programado, apoio com uma ênfase na atenção primária à saúde e um processo de auditoria social para validar os resultados;
- (d) ***Os sistemas fortalecidos de monitoração e avaliação.*** A monitoração e a avaliação em todos os níveis são elementos essenciais no planejamento de sistemas de saúde e prestação de serviços programática e sistemas de informação sanitária. A capacidade fortalecida de avaliar o impacto, inclusive melhoria do sistema de registros vitais, assim como monitorar o desempenho é um requisito crítico na redução da mortalidade neonatal, reduzindo a vulnerabilidade e melhorando a saúde neonatal. A criação de metas intermediárias factíveis é uma prioridade chave;
- (e) ***As parcerias para a saúde neonatal.*** As parcerias em níveis múltiplos que tragam competência e recursos adicionais a esforços para reduzir a mortalidade neonatal serão críticas ao sucesso. As áreas para a parceria produtiva incluem potencialmente: o desenvolvimento de sistemas de saúde através da participação

de organismos internacionais nos mecanismos de planejamento setoriais; as parcerias de treinamento de pessoal entre serviços de saúde e instituições de ensino; as parcerias de atenção primária através da cooperação de entidades intra-setoriais e da sociedade civil com serviços de saúde em nível de distrito e de estabelecimento.

Tabela 1

Mortalidade neonatal e materna, partos atendidos por pessoal habilitado e bebês com baixo peso ao nascer em pises selecionados da Região da ALC, 1994-2000.

País	Taxa de mortalidade neonatal ^a	Taxa de mortalidade perinatal ^a	Taxa de mortalidade materna (100,000 nv.) ^{b,d,e}	% de partos assistidos por pessoal habilitado ^b	% de bebês com baixo peso ao nascer ^c
Cenário 1: NMR 20 ou mais					
Haiti	34	54	523	24,2	21
Bolívia	27	31	230	60,8	9
Suriname	25	30		90	131
Cenário 2: NMR 15-19					
Guatemala	19	23	153	41,4	13
República Dominicana	19	28	75,3	97,8	11
Honduras	18	28	108	62	14
Nicarágua	18	23	82,8	75,2	12
Equador	16	20	77,8	69	16
Peru	16	20	185	71,1	11
Paraguai	16	20	174,1	85,9	9
El Salvador	16	20	173	83,7	13
Brasil	15	20	73,1	96,7	10
México	15	22	65,2	91,5	9
Cenário 3: NMR menos de 15					
Colômbia	14	23	84,4	94,5	9
Trinidad e Tobago	13	26	67 ^d	99,5	23
Venezuela	12	18	57,8	99,7	7
Panamá	11	15	68	92,5	10
Argentina	10	14	43,6	99,1	7
Barbados	8	17	95 ^e	100	10
Uruguai	7	14	51 ^d	99,4	8
Costa Rica	7	13	30,5	97,5	7
Chile	6	8	13,4	99,8	5
Cuba	4	14	38,5	99,9	6

Fontes:

^aWHO. Neonatal and Perinatal Mortality 2006: Country, Regional and Global Estimates. Retrieved (07/12/06) from http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf

^bOPS/OMS, Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos, 2005

^cUNICEF. Country estimates 1998-2003. State of the world's children 2005. Obtido em (12/07/06) <http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05.pdf>

^dSaving Newborn Lives. State of the World's Newborns 1995-2000. Save the Children. Washington, DC.

^eWHO. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Obtido em http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf

Ação do Conselho Diretor

44. Convida-se o Conselho Diretor a considerar a resolução anexa, proposta pelo Comitê Executivo.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006

CD47/12 (Port.)
Anexo

RESOLUÇÃO

CE138.R10

SAÚDE NEONATAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DA MÃE, DO RECÉM-NASCIDO E DA CRIANÇA PARA CUMPRIR COM AS METAS DE DESENVOLVIMENTO DA DECLARAÇÃO DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS

A 138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora sobre saúde neonatal no contexto da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança para cumprir com as metas de desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas (Documento CE138/12),

RESOLVE:

Recomendar ao 47º Conselho Diretor a adoção de uma resolução assim redigida:

O 47º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre saúde neonatal no contexto da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança para cumprir com as metas de desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas (Documento CD47/12);

Reconhecendo que a Região ainda enfrenta taxas de mortalidade neonatal persistentemente elevadas e, que para reduzir a mortalidade neonatal, serão necessários maiores esforços por parte de países e de seus parceiros no desenvolvimento;

Considerando que os Corpos Diretores de OPAS adotaram as resoluções CSP26.R13, Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna, e CD45.R3, Metas de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde;

Considerando que a Resolução WHA57.12 respalda a Estratégia Global da OMS sobre Saúde Reprodutiva; e

Consciente de que a Organização Mundial da Saúde é anfitriã da Parceria Global sobre Saúde da Mãe, do Recém-Nascido e da Criança, que formulou a Declaração de Déli sobre Saúde da Mãe, do Recém-Nascido e da Criança, demonstrando o empenho do mundo em lograr melhorias quantificáveis em prazo determinado no desenvolvimento e na redução da pobreza até 2015,

RESOLVE:

1. Instar os países-membros a:
 - (a) Examinar a situação atual da saúde neonatal e promover a advocacia dirigida a posicionar a saúde do recém-nascido como uma prioridade política no contexto da saúde e atenção da mãe, do recém-nascido e da criança;
 - (b) Apoiar as parcerias de âmbito setorial e por nível de prestação de serviços para definir intervenções inovadoras e integradas de saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.
 - (c) Participar da formulação da Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Saúde Neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança.
2. Solicitar à Diretora que:
 - (a) Prepare uma estratégia e plano de ação regional integrado sobre saúde neonatal dentro do processo contínuo de atenção da mãe, do recém-nascido e da criança, levando em conta as desigualdades, priorizando grupos vulneráveis e marginalizados, e incluindo metas intermediárias para 2010 e 2015.