



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **48º CONSELHO DIRETOR**

### **60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2008*

---

*Tema 4.3 da agenda provisória*

CD48/7 (Port.)  
19 de agosto de 2008  
ORIGINAL: ESPANHOL

### **ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO REGIONAIS SOBRE A SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO NO CONTEXTO DO PROCESSO CONTÍNUO DA ATENÇÃO À MÃE, AO RECÉM-NASCIDO E À CRIANÇA**

#### **Introdução**

1. Durante os últimos dez anos, a Região da América Latina e Caribe (ALC) realizou avanços consideráveis na redução da mortalidade pós-neonatal (infantil e a de crianças menores de cinco anos); no entanto, a queda da mortalidade neonatal não acompanhou a velocidade desta tendência.
2. A Região da ALC caracteriza-se por apresentar grandes diferenças em termos de indicadores de saúde entre os países e enormes desigualdades internas.
3. A maior parte dos países da Região necessita acelerar a redução da mortalidade neonatal, para que se consiga cumprir a Meta de Desenvolvimento do Milênio relacionada com a redução da mortalidade infantil.
4. Atualmente, conhecem-se intervenções fáceis, de alto impacto e baixo custo, baseadas em evidência científica sólida, as quais poderiam melhorar a saúde neonatal ainda nos entornos mais relegados. Lamentavelmente, estas intervenções ainda não chegaram aos mais necessitados.
5. Como resposta a esta problemática, a Organização Pan-Americana da Saúde vem desenvolvendo e coordenando um processo consultivo no qual, juntamente com organizações aliadas e representantes de quase todos os países da Região, analisou-se o estado da saúde neonatal na Região e se propuseram alternativas de intervenção. Um dos produtos deste processo amplamente participativo é o documento “Redução da Mortalidade e Morbidade Neonatal na América Latina e Caribe: Um Consenso Estratégico Interinstitucional” (OPAS/UNICEF/USAID/Access/BASICS/CORE/Save the

Children), que vem constituindo a base para a formulação da Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança, 2008-2015.

6. O presente documento tem a finalidade de brindar insumos técnicos, tanto operacionais como estratégicos, que apoiem o desenvolvimento e execução de planos operacionais do ponto de vista dos países. Dessa maneira, dá-se resposta à resolução CD47.R19, A saúde neonatal no contexto da atenção à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança para cumprir as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, aprovada pelo Conselho Diretor no ano de 2006.

### **Mandatos e iniciativas globais**

7. O lançamento das *Metas de Desenvolvimento do Milênio* (Nações Unidas, 2000), que representam as metas sanitárias e de desenvolvimento humano a ser alcançadas até o ano 2015, é provavelmente a iniciativa mais importante, no campo social, da história da humanidade. Todos os países membros das Nações Unidas, entre eles os governos da América Latina e do Caribe, comprometeram-se formalmente a alcançar as oito metas que estão vinculadas entre si e são sinérgicas, a metade das quais têm a ver, direta ou indiretamente, com diferentes aspectos da saúde pública. A quarta meta compromete a comunidade internacional a reduzir em dois terços a mortalidade das crianças menores de cinco anos de idade entre 1990 e 2015 (Nações Unidas, 2000).

8. *A declaração de Delhi sobre a saúde da mãe, o recém-nascido e a criança*, em abril de 2005, faz um apelo à ação, para que os países desenvolvam ações orientadas para salvar a vida das mães, dos recém-nascidos e das crianças. Neste sentido, recomenda aos países que orientem seus planos de desenvolvimento e orçamentos nacionais e subnacionais para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio relativas à saúde materna e infantil e, por outro lado, recomenda às organizações multilaterais, parceiros bilaterais, fundações internacionais e organizações não-governamentais que colaborem com os países.

9. Em 12 de setembro de 2005, é lançados oficialmente a *Aliança Mundial para a Saúde da Mãe, do Recém-Nascido e da Criança*. Esta Aliança reflete o crescente interesse e atenção mundial em relação ao tema. Seu objetivo é harmonizar e intensificar, em nível nacional, regional e mundial, atividades que apoiem o resultado das Metas de Desenvolvimento do Milênio relativas à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.

10. No plano regional, a partir de abril de 2005, foi estabelecida a Aliança em Prol da Saúde Neonatal na América Latina e Caribe, durante um seminário realizado em Washington, D.C, por ocasião do Dia Mundial da Saúde. Na referida ocasião os

representantes dos Ministérios da Saúde de 16 países exploraram as diferentes ações para melhorar a saúde perinatal e neonatal.

#### **ESTRATÉGIAS REGIONAIS:**

A OPS/OMS elaborou várias estratégias chaves, pôr em marcha várias iniciativas e aprovou diversas resoluções por intermédio de seus respectivos corpos diretivos, entre elas as seguintes.

- Resolução CSP26.R13, A estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade Maternas, (2002);
- Resolução CD45.R3, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e metas de saúde (2004);
- Resolução WHA58.31, Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño (2005);
- Resolução CD46.R16, Política de igualdade de gênero da (2005);
- Resolução CD47.R19, 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 (2006);
- Resolução CE138.R2, Estratégia e plano de ação regional sobre a nutrição na saúde e no desenvolvimento (2006);
- Em 1970, criou-se o Centro Latino-Americano de Perinatologia, atualmente unido à Unidade de Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR), com a finalidade de orientar a cooperação técnica para os países latino-americanos e para o desenvolvimento de tecnologias adequadas para melhorar a atenção perinatal.

### **Análise da situação na América Latina e Caribe**

#### ***A magnitude da problemática neonatal***

11. A cada ano, na Região da ALC, morrem mais de 190.000 bebês durante os primeiros 28 dias de vida. A média regional da taxa de mortalidade neonatal é 14,3 por cada mil nascidos vivos (OPS, 2007). Esta média oculta enormes diferenças entre países, que vão desde 9,7 por mil nascidos vivos no Cone Sul até 18,3 no Caribe latino. Por outro lado, a taxa de mortalidade perinatal é em média 21,3 por cada mil nascidos vivos. A mortalidade neonatal representa mais de 60% da mortalidade infantil e quase 40% da mortalidade dos menores de cinco anos de idade.

#### ***Causas da mortalidade neonatal***

12. Assim como muitos outros problemas de saúde pública, a mortalidade neonatal é a consequência mais evidente de outras causas subjacentes, muitas delas estruturais, que refletem a pobreza e as desigualdades que existem na sociedade.

13. As principais causas diretas da mortalidade neonatal na Região da ALC são as infecções e a asfixia perinatal. O baixo peso ao nascer (BPN), embora não seja considerado como uma causa direta de mortalidade neonatal, é um fator predisponente de grande importância. Tanto as infecções e a asfixia como o BPN podem ser prevenidos. Estima-se que 9% dos recém-nascidos na Região da ALC nascem com baixo peso, mas contribuem com 60 a 80% da mortalidade neonatal.

14. As causas subjacentes da mortalidade neonatal são variadas e, como foi mencionado antes, refletem desigualdades sociais como a posição da mulher na sociedade, aspectos culturais, o acesso à educação formal e à educação em saúde, o acesso a serviços de saúde, e as práticas de cuidados. Provavelmente, o maior peso das diferenças, com relação à mortalidade neonatal e aos determinantes sociais, decorre da pobreza e da educação. Por exemplo, na América Latina e Caribe o número dos partos atendidos por pessoal qualificado na população do quintil mais pobre é 50% menor que o do quintil mais rico (Banco Mundial, 2007). Por outro lado, na Região das Américas a mortalidade neonatal em países com porcentagens elevadas de mães sem educação é quatro vezes maior que em países onde as mães são mais instruídas (OPS, 2007).

15. As populações rurais e urbanas pobres, as comunidades marginalizadas, bem como as populações indígenas e de ascendência africana também apresentam taxas de mortalidade neonatais muito altas comparadas com outros grupos populacionais.

16. Em geral, a sobrevivência e a saúde dos recém-nascidos não têm recebido suficiente atenção, tanto no nível das comunidades como no sistema de saúde. Ainda se adverte que os falecimentos fetais e neonatais são praticamente invisíveis, ocorrem nos lares e freqüentemente não são incluídos nas estatísticas oficiais.

### **Intervenções na região da América Latina e Caribe**

17. Os países da Região, em maior ou menor escala, vêm implementando uma série de intervenções a partir do setor da saúde, que, direta ou indiretamente, tratam de melhorar a saúde do recém-nascido e reduzir a mortalidade neonatal.

#### ***Ampliação da cobertura***

18. Com o propósito de reduzir e inclusive eliminar as barreiras financeiras, culturais e estruturais que impedem o acesso aos serviços de saúde, principalmente dos grupos populacionais mais necessitados, alguns países empreenderam processos de reforma do setor da saúde orientados para o seguro público que promova o acesso universal a serviços maternos infantis de boa qualidade e com princípios de igualdade.

19. Alguns destes processos estão centrados na saúde da família, como ocorre no Brasil, outros no marco de uma cobertura de seguro público universal ou em programas de atenção gratuita da maternidade, como na Bolívia, Equador e Haiti.

20. Na Bolívia, Equador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana, os programas relacionados com o cuidado materno estão sendo fortalecidos com o componente neonatal.

### ***Atenção e acesso ao atendimento qualificado do parto***

21. Embora quase 80% dos partos na Região da ALC ocorra nos estabelecimentos de saúde, a qualidade da atenção nem sempre é ótima.

22. Nas zonas rurais, as barreiras culturais obstaculizam o atendimento do parto nos estabelecimentos de saúde e existem sérias deficiências no acesso a profissionais de saúde qualificada para o atendimento do parto, existência de suprimentos básicos e equipamentos em funcionamento em comparação com zonas urbanas e, por outro lado, a rede de referência geralmente não é funcional. Uma proporção significativa de nascimentos nas zonas rurais é atendida por auxiliares práticos sem a capacitação adequada para a atenção de partos normais e não contam com o equipamento ou os suprimentos mínimos necessários.

23. A proporção mais alta de partos que ocorrem nos domicílios se encontra na Bolívia, Guatemala e Haiti; estes partos costumam ser atendidos por uma parteira tradicional, por um membro da família ou por outra pessoa não qualificada, ocorrendo alta mortalidade materna e neonatal.

### ***Estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI)***

24. A estratégia AIDPI inclui um forte enfoque preventivo e promocional, além do tratamento das doenças prevalentes da infância. A AIDPI busca melhorar as aptidões dos profissionais de saúde com seu componente clínico, melhorar as práticas de cuidado da criança na família e na comunidade, através de seu componente comunitário, e fortalecer os sistemas de saúde.

25. A AIDPI está sendo implementada desde o ano de 1996 na maior parte dos países, em diversos graus e com algumas variantes. Os países que trabalham com a AIDPI incorporaram o componente neonatal a partir do ano de 2003<sup>1</sup> e alguns trabalharam na integração de intervenções na saúde materna, contribuindo dessa maneira para o enfoque integrado materno-neonatal-infantil. Em muitos casos, a AIDPI tem acompanhado a

---

<sup>1</sup> Bolívia, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e República Dominicana

capacitação dos profissionais de saúde do nível hospitalar, em reanimação neonatal avançada empregando as normas da Academia Americana de Pediatria. O componente neonatal da AIDPI, é crucial para reduzir a fração mais dolorosa da mortalidade infantil e a de menores de cinco anos.

26. O componente comunitário da AIDPI, desenvolvido desde o ano 2000 por vários países, como a Bolívia, Colômbia, Paraguai, Peru e República Dominicana, entre outros, tem demonstrado que se pode constituir em uma ferramenta poderosa para a mobilização social em prol da saúde infantil, promovendo a participação e empoderamento dos diferentes atores sociais que vivem e trabalham na comunidade.

### ***Vacinação***

27. A vacinação contribuiu de maneira significativa para a redução da mortalidade neonatal e infantil em toda a América Latina e no Caribe. A vacinação materna desempenhou um papel importante na redução do tétano neonatal e a vacinação anti-rubeólica universal contribuiu para diminuir a prevalência da síndrome da rubéola congênita.

### ***Micronutrientes***

28. A carência de micronutrientes é comum nas mulheres em idade fértil. Ao início da gravidez, muitas mulheres apresentam reservas insuficientes de micronutrientes e outras manifestações carenciais que podem afetar gravemente sua saúde, bem como a do recém-nascido. Segundo a OMS, 43% das mulheres de 15 a 49 anos de idade que vivem nos países em desenvolvimento padecem durante a gravidez de anemia, que é reconhecida como um fator de risco para a mortalidade materna, para o baixo peso ao nascer e para a prematuridade. Verificou-se que pinçar o cordão em torno dos 3 minutos ou mais melhora as reservas de ferro e diminui a anemia durante os primeiros 6 meses de lactância (Hutton EK, Hassan ES, JAMA 2007). A carência de ácido fólico durante o período anterior à concepção se relaciona com defeitos do tubo neural.

### ***Amamentação materna***

29. Começar a amamentação materna exclusiva na primeira hora é fundamental para a sobrevivência no período neonatal e dos primeiros anos de vida. Na América Latina e Caribe, calcula-se que 66% dos falecimentos de lactentes devidos a doença diarreica e infecções respiratórias agudas que ocorrem nos primeiros três meses de vida poderiam ser prevenidos mediante a amamentação materna exclusiva (Betran AP e cols, BMJ 2001).

30. Embora atualmente se calcule que 90% das mães na América Latina e Caribe amamentam seus recém-nascidos, menos de um terço os amamentam exclusivamente

durante seis meses. Além disso, dar outros líquidos aos bebês constitui na Região prática habitual que pode ser prejudicial. Verificou-se que as intervenções essenciais, como manter a mãe e o bebê juntos após o nascimento, o contato pele com pele e o início da amamentação materna na primeira hora de vida favorecem o início e a manutenção da amamentação materna exclusiva.

### ***Prevenção da transmissão materno-infantil da infecção pelo HIV***

31. No começo dos anos noventa a epidemia da infecção pelo HIV tornou-se uma ameaça para a sobrevivência infantil, principalmente devido à transmissão vertical mãe-recém-nascido. Na América Latina e Caribe existem atualmente cerca de 49.000 crianças infectadas por transmissão vertical (OPS, 2007). Sem intervenções médicas efetivas, pelo menos um terço das crianças nascidas de mães HIV positiva contrairá o vírus, e a maioria morrerá antes de completar seu quinto ano de vida.

### **Enfoque contínuo do cuidado mãe, recém-nascido e criança**

32. A justificativa de adotar um processo contínuo de cuidado baseia-se na estreita relação que existe entre a saúde e o bem-estar das famílias, das mulheres, dos recém-nascidos, das crianças e dos adolescentes. A meta deste marco contínuo é garantir a disponibilidade e o acesso no que tange às intervenções baseadas em evidências que permitam melhorar a saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.

33. Este enfoque apresenta pelo menos três dimensões distintas, com conseqüências profundas para a maneira como são organizadas e executadas as políticas, programas e intervenções. Em primeiro lugar, significa que se deve prestar a atenção como um processo contínuo ao longo de todo o ciclo de vida, incluídos a adolescência, o período anterior à concepção, a gravidez, o parto e a infância, aproveitando desse modo as interações naturais. Em segundo lugar, indica que a atenção tem que ser prestada dentro de um processo que preserve a continuidade absoluta e abranja o lar, a comunidade, o centro de saúde e o hospital. Por último, o contínuo da atenção também abrange as intervenções de promoção da saúde, a prevenção e o controle das doenças, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.

### **Plano de ação**

34. O Plano de ação estratégico regional baseia-se no Consenso Estratégico Interinstitucional para a Redução da Mortalidade e da Morbidade Perinatal e Neonatal na América Latina e Caribe. Acolhe o compromisso dos governos da Região para 8 anos (2008-2015), de forma que eles orientem suas atividades em resposta a esse compromisso e sobre a base da visão exposta a seguir.

35. Todas as mães, recém-nascidos e crianças nos países da América Latina e Caribe receberão o cuidado de qualidade apropriada e eficaz de que necessitam para levar uma vida saudável e produtiva. Assim se tornará realidade a MDM-4.

### **Objetivo geral**

**Dar apoio aos países da Região no cumprimento das metas de desenvolvimento do milênio-4, enfatizando as intervenções em prol da saúde perineonatal.**

### **Áreas estratégicas**

36. Este Plano de Ação abrange quatro áreas estratégicas interdependentes: 1) criar um entorno favorável para a promoção da saúde perineonatal; 2) fortalecer os sistemas de saúde para melhorar o acesso aos serviços de atenção da mãe, do recém-nascido e da criança; 3) promover as intervenções comunitárias; e 4) criar e fortalecer os sistemas de seguimento e avaliação. Todas as áreas contam com uma ou mais linhas de ação, e todas as linhas de ação, por sua vez, têm um objetivo que representa um resultado a ser alcançado.

#### ***Área estratégica 1: Criar um entorno favorável para a promoção da saúde neonatal***

37. As condições mais apropriadas para que a saúde neonatal possa adequar-se, aplicar-se, difundir-se e desenvolver-se requerem por parte dos Estados membros a responsabilidade de criar as condições propícias para promover planos nacionais que fomentem um entorno favorável à saúde perineonatal.

#### ***Linha de ação 1.1 Promover o desenvolvimento de planos nacionais para melhorar o saúde perineonatal.***

<b>Objetivo</b>	Até 2010, todos os países prioritários de impacto (1) da América Latina e Caribe contarão com um plano nacional estratégico em execução.
<b>Atividades no plano regional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Divulgar e fomentar o plano regional aprovado pelos Órgãos Diretivos.</li><li>▪ Atualizar a análise da situação da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança nos países da Região.</li><li>▪ Elaborar uma estratégia regional de defesa da saúde neonatal no marco do contínuo de atenção.</li></ul>
<b>Atividades em nível nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Desenvolver planos nacionais a favor da saúde perineonatal.</li><li>▪ Adequar a estratégia de promoção da defesa da saúde perineonatal em nível nacional.</li><li>▪ Atualizar a análise nacional da situação da saúde da mãe, do</li></ul>



recém-nascido e da criança

- Revisar a estrutura legal para a proteção e o exercício dos direitos das mulheres e as crianças.  
( Países prioritários de impacto: Bolívia, Brasil, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana.)

### ***Linha de ação 1.2***

### ***Criar e fortalecer alianças e associações***

#### **Objetivo**

Até 2010, os países prioritários e de impacto da América Latina e Caribe terão estabelecido alianças entre as organizações que apóiam a implementação dos planos nacionais.

#### **Atividades no plano regional**

- Fortalecimento da Aliança Regional Neonatal na América Latina e Caribe para desenvolver um plano de trabalho conjunto em apoio à iniciativa
- Intercâmbio de ferramentas e experiências mediante boletins informativos ou outros
- Promoção da cooperação sul-sul

#### **Atividades em nível nacional**

- Identificar os sócios potenciais e atores sociais para participar da aliança em apoio ao desenvolvimento do plano conjunto
- Desenvolver e executar um plano de trabalho conjunto entre as diferentes instituições que apóiem o plano regional

### ***Área estratégica 2: Fortalecer os sistemas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de atenção da mãe, do recém-nascido e da criança***

38. A gravidez e o nascimento fazem parte de um processo fisiológico normal, no qual podem ocorrer complicações. O sistema de saúde deve estar preparado para responder a estas necessidades, melhorando a qualidade da atenção nos diferentes níveis do sistema, bem como o seu acesso, e fomentando práticas baseadas em evidências.

### ***Linha de ação 2.1***

### ***Promover o acesso universal equitativo à atenção à saúde materna e neonatal privilegiando grupos vulneráveis***

#### **Objetivo**

Até 2012, os países prioritários terão alcançado pelo menos 80% de cobertura de atendimento do parto por pessoal qualificado

#### **Atividades no plano regional**

- Disponibilizar e proporcionar ajuda técnica com relação ao uso de ferramentas programáticas de medidas essenciais de atenção neonatal nos estabelecimentos e nas comunidades que incluam estimativas de custos.
- Desenvolver, elaborar e promover propostas que apóiem a interculturalidade e o bom tratamento.

**Atividades em nível nacional**

- Facilitar o intercâmbio de experiências entre países que tenham desenvolvido modelos de cobertura de seguro para o cuidado materno neonatal.
- Explorar as distintas alternativas de financiamento do acesso universal à saúde materna e neonatal considerando a análise de custos.
- Reforçar e promover o bom tratamento e o enfoque de interculturalidade nos serviços materno neonatais.
- Fortalecer o sistema de referência e contra-referência.
- Fortalecer a participação de redes sociais no funcionamento do sistema de referência e contra-referência.

***Linha de ação 2.2***

***Atualizar, difundir e aplicar intervenções de atenção à saúde materna e neonatal***

**Objetivo**

Até 2009, todos os países prioritários e de impacto estarão implementando as normas baseadas em evidências e procedimentos da atenção neonatal no contínuo do cuidado.

**Atividades em nível regional**

- Elaborar e divulgar documentos normativos genéricos para que se possam adaptar nacionalmente e nos diferentes níveis de atenção.
- Facilitar os processos de adaptação no âmbito do país.
- Promover o intercâmbio de experiências entre países .

**Atividades em nível nacional**

- Adaptar e aplicar os documentos normativos genéricos à realidade nacional.
- Melhorar as competências dos recursos humanos em saúde institucionais e comunitários.
- Reforçar os conteúdos nos programas de pré e pós-graduação nas escolas formadoras de recursos humanos em saúde.
- Seguimento e monitoramento da aplicação das normas por níveis de atenção.
- Garantir a existência e provisão de medicamentos, equipamento e insumos básicos para o cuidado materno e neonatal.
- Promover a aplicação do contínuo do cuidado no nível local.

***Área estratégica 3: Promover as intervenções comunitárias***

39. Sobre a base das resoluções internacionais, dos dados baseados em evidências e dos ensinamentos extraídos na Região, a Aliança Regional Neonatal na América Latina e Caribe recomendou a promoção das intervenções comunitárias como parte integrante da Estratégia e plano de ação regional em saúde neonatal. A meta principal desta área

estratégica consiste em ampliar a cobertura da atenção da mãe e do recém-nascido mediante intervenções comunitárias, especialmente em áreas de acesso limitado, que tenham demonstrado terem repercussão favorável na mortalidade materna e neonatal.

**Práticas de saúde que podem ser promovidas na comunidade**

- Nutrição adequada para as mães
- Imunização tetânica
- Cuidado essencial neonatal, inclusive parto limpo e seguro
- Reconhecimento precoce de sinais de perigo e transporte imediato
- Lactância materna exclusiva
- Práticas sexuais seguras
- Ambiente seguro e limpo
- Proteção contra a violência
- Prevenção da gravidez precoce
- Educação das meninas

40. As intervenções de promoção para melhorar as práticas familiares e comunitárias tiveram um forte impacto na saúde neonatal e seu desenvolvimento, razão pela qual devem receber alta prioridade. As famílias necessitam de conhecimento e apoio para prover cuidado efetivo ao recém-nascido no lar, como controle térmico, amamentação materna precoce e exclusiva, higiene e utilização dos serviços de saúde para as imunizações. Devem, além disso, ter a capacidade para reconhecer sinais de doença e levá-los rapidamente a um sistema de saúde adequado.

***Linha de ação 3.1***

***Promover as intervenções comunitárias dentro dos planos de saúde nacionais para o melhoramento da saúde neonatal***

**Objetivo**

Até 2010, os países prioritários e de impacto terão incorporado a seus programas ferramentas nacionais para o fortalecimento das aptidões dos agentes comunitários e outros atores sociais, a fim de que possam prestar apoio aos programas de saúde da mãe e do recém-nascido no marco do contínuo do cuidado.

**Atividades no plano regional**

- Elaborar e divulgar ferramentas para melhorar as aptidões dos agentes comunitários e outros atores sociais.
- Apoio técnico para o desenho e implementação de intervenções comunitárias dentro dos planos de saúde .

**Atividades em nível nacional**

- Adaptar e aplicar as ferramentas para melhorar as aptidões dos agentes comunitários e outros atores sociais em prol da saúde materna e neonatal.
- Identificar mecanismos que fortaleçam os vínculos entre a comunidade e os estabelecimentos de saúde.
- Garantir a qualidade, supervisão e acompanhamento de apoio, enfatizando a boa comunicação e as aptidões de negociação.
- Implementar medidas básicas no nível domiciliar e comunitário quando não for possível o encaminhamento.

**Linha de ação 3.2**

***Mobilização comunitária e estratégias de comunicação para promover os comportamentos saudáveis***

**Objetivo**

Até 2010, os países prioritários e de impacto terão implementado estratégias de comunicação e de mobilização social.

**Atividades no plano regional**

- Elaborar diretrizes para elaborar estratégias de comunicação e mobilização social que promovam os comportamentos saudáveis.

**Atividades em nível nacional**

- Adaptação e emprego das estratégias de comunicação, mobilização social e mudanças de comportamentos.
- Explorar as modalidades de difusão mais eficientes.
- Promover a formação de redes de comitês locais/municipais pela saúde materno-neonatal.
- Identificar mecanismos que fortaleçam os vínculos entre a comunidade e os estabelecimentos de saúde.
- Promover o desenvolvimento de atividades intersetoriais (ex. educação).
- Promover a análise da informação a nível comunitário de saúde materno-neonatal disponível no nível local para melhorar as intervenções .

***Área estratégica 4: Criar e fortalecer os sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação***

41. Na Região há problemas relacionados com a falta de informação perineonatal de qualidade e de padronização, bem como falta de análise e uso para a tomada de decisões. O CLAP/SMR colaborou com os Ministérios da Saúde, com dirigentes e profissionais de saúde de vários países da América Latina e Caribe para criar e promova o registro clínico perinatal e o Sistema de Informação Perinatal (SIP) como uma das ferramentas chave do trabalho pela saúde materna e perinatal.

42. São imprescindíveis a vigilância e monitoramento do desempenho dos profissionais de saúde e de outros recursos humanos para garantir o cumprimento das normas mínimas de qualidade e fortalecer as competências. É o que tem feito a Bolívia para o monitoramento e seguimento da AIDPI neonatal nos serviços, cuja difusão está prevista para outros países da Região.

43. Para poder fortalecer a informação sobre a saúde perinatal e neonatal a OMS desenvolveu uma metodologia de identificação de perfil de país, que pode ser empregada para traçar uma linha de referência básica.

***Linha 4.1 Fortalecer os sistemas de informação em saúde, com ênfase na saúde materno-perineonatal***

**Objetivo** Até 2010 todos os países contarão com sistemas de informação que gerem informações de qualidade sobre saúde materno-perineonatal

**Atividades no plano regional**

- Fazer por consenso uma lista padronizada de indicadores básicos para fins de seguimento e comparação, que inclua a identificação de brechas e desigualdades, além de avaliações 2010-2015
- Dar apoio técnico aos países para fortalecer os seus sistemas de informação regulares em saúde, priorizando os indicadores orientados para as MDMs-4
- Assistência técnica para fortalecer o Sistema de Informação Perinatal

**Atividades em nível nacional**

- Incorporar sistematicamente aos sistemas regulares informações básicas sobre saúde materno-perineonatal
- Melhorar a captação e a qualidade dos registros de falecimento no registro civil e em outras fontes de informação existentes
- Promover iniciativas de vigilância de morbidade e mortalidade perineonatal

***Linha de ação 4.2 Estabelecer e fortalecer os sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação do desempenho dos profissionais de saúde no marco do contínuo do cuidado***

**Objetivo** Até 2010, os países prioritários e de impacto implementarão sistemas de vigilância do desempenho dos profissionais de saúde.

**Atividades no plano regional**

- Desenvolver indicadores do desempenho dos profissionais de saúde para o cuidado de qualidade
- Elaborar e divulgar diretrizes para o desenvolvimento de linhas de referência básica e de valorização de impacto no marco do

cuidado contínuo

- Dar apoio técnico para a adaptação regional e difusão da proposta de seguimento e monitoramento da AIDPI neonatal no marco do cuidado contínuo
- Favorecer a incorporação de variáveis neonatais e perinatais às pesquisas nacionais de demografia e saúde

**Atividades em nível nacional**

- Implementar indicadores de desempenho do pessoal para o cuidado de qualidade
- Adequar as diretrizes genéricas de monitoramento e avaliação neonatal
- Aplicação sistemática da metodologia de seguimento e monitoramento da AIDPI neonatal
- Aplicar as pesquisas de linha de referência básica e a avaliação em locais com maior déficit de informação
- Estimular a realização de pesquisas operacionais

44. Em resposta à resolução do 47º Conselho Diretor da OPAS, propõe-se na tabela seguinte uma série de atividades diferenciadas para enfrentar as diferentes situações entre os países e dentro dos mesmos, bem como uma série de indicadores de processo, resultado e impacto.

**Tabela 1. Atividades propostas para a abordagem em diferentes situações segundo perfis de mortalidade**

	<b>Taxa de mortalidade neonatal 20 ou mais</b>	<b>Taxa de mortalidade neonatal entre 15 e 19</b>	<b>Taxa de mortalidade neonatal &lt; 15</b>
<b>Princípios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecer as atividades de extensão à comunidade.</li> <li>▪ Aumentar a cobertura da atenção qualificada do cuidado pré-natal, parto e pós-parto para a mãe e o recém-nascido.</li> <li>▪ Melhorar a qualidade da atenção nos estabelecimentos de saúde, respeitando a interculturalidade.</li> <li>▪ Promover de modo intensivo os cuidados essenciais ao recém-nascido e identificar sinais de perigo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Universalizar serviços de extensão e de atenção à família e à comunidade, bem como a atenção qualificada.</li> <li>▪ Fortalecer a atenção dada nos estabelecimentos desde a primeira derivação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantir a igualdade</li> <li>▪ Promover a qualidade</li> <li>▪ Vigiar e melhorar os resultados a longo prazo em caso de complicações neonatais.</li> </ul>
<b>Advocacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar políticas específicas para abordar a atenção neonatal</li> <li>▪ Projetar mecanismos de financiamento para proteger os mais vulneráveis</li> <li>▪ Divulgar os manuais e normas em todos os níveis de atenção</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar políticas específicas que abordem a atenção neonatal.</li> <li>▪ Divulgar os manuais e normas em todos os níveis de atenção.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar políticas específicas que abordem a atenção neonatal.</li> <li>▪ Divulgar os manuais e normas em todos os níveis de atenção.</li> </ul>
<b>Extensão de cobertura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecer o cuidado pré-natal (aumentar a cobertura, introduzir normas de atenção, melhorar o suprimento de produtos básicos).</li> <li>▪ Fortalecer a atenção pós-natal prematura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alcançar a cobertura total e dirigir o cuidado pré-natal para as populações a que não chega habitualmente com este tipo de atenção.</li> <li>▪ Considerar a possibilidade de introduzir intervenções adicionais de cuidado pré-natal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporcionar atenção perto do paciente.</li> <li>▪ Assegurar a continuidade do pessoal.</li> </ul>

---

<b>Família e comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Continuar promovendo a demanda de atenção.</li><li>▪ Fortalecer a atenção familiar e comunitária.</li><li>▪ Detectar metas de conduta específicas (ex. aumento da amamentação materna exclusiva até os seis meses de idade).</li><li>▪ Considerar tratamento comunitário para alguns problemas específicos do recém-nascido.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Continuar promovendo comportamentos saudáveis em casa e a busca de atenção.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Criar critérios comunitários para abordar hábitos nocivos como o tabagismo e o consumo de drogas.</li></ul>
<b>Serviços de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aumentar a assistência prestada por pessoal qualificado.</li><li>▪ Garantir atenção para as urgências obstétricas e neonatais em estabelecimentos de saúde.</li><li>▪ Estabelecer serviços de atenção integral obstétrica e neonatal de qualidade nos hospitais de referência.</li><li>▪ Fortalecer o sistema de derivação e de conexões entre as comunidades e os estabelecimentos.</li><li>▪ Garantir a vigilância, monitoração e avaliação .</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alcançar a cobertura universal com pessoal qualificado, dirigindo-se às populações a que não se chega habitualmente com estes serviços.</li><li>▪ Garantir atenção para as urgências obstétricas e neonatais nos estabelecimentos de saúde.</li><li>▪ Melhorar a qualidade e a aceitabilidade cultural do atendimento obstétrico e perinatal.</li><li>▪ Estabelecer serviços de atenção integral obstétrica e neonatal de qualidade nos hospitais de referência.</li><li>▪ Garantir a vigilância, monitoramento e avaliação.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alcançar a cobertura universal da atenção clínica, inclusive a atenção neonatal intensiva.</li><li>▪ Superar as desigualdades.</li><li>▪ Melhorar a qualidade clínica da atenção e promover a atenção favorável para toda a família.</li></ul>

---



**Tabela 2. Indicadores sugeridos**

Processo	Resultado	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de funcionários capacitados em cuidado neonatal essencial.</li> <li>▪ Número de funcionários capacitados em reanimação neonatal básica.</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis com normas ou protocolos para a atenção neonatal.</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis com sistema de referência e contra-referência estabelecido.</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis com sistema de informação perineonatal estabelecido.</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis com sistema de vigilância, monitoramento e avaliação estabelecido.</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis com sistema de informação, educação e comunicação (IEC) estabelecido.</li> <li>▪ Número de auditorias médicas neonatais realizadas .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis em que é aplicada AIDPI neonatal.</li> <li>▪ Porcentagem de funcionários dos serviços materno-infantis que aplica corretamente os cuidados neonatais essenciais.</li> <li>▪ Porcentagem de funcionários dos serviços materno-infantis que tem conhecimento de ao menos 5 sinais de perigo neonatais</li> <li>▪ Porcentagem dos serviços materno-infantis que aumentou sua cobertura de atenção neonatal.</li> <li>▪ Porcentagem de partos institucionais.</li> <li>▪ Porcentagem de partos atendidos por pessoal qualificado.</li> <li>▪ Porcentagem de grávidas com 4 ou mais controles pré-natais.</li> <li>▪ Porcentagem de recém-nascidos amamentados dentro da primeira hora de vida.</li> <li>▪ Porcentagem de bebês que recebem cuidado pós-natal ao 3º dia.</li> <li>▪ Número de hospitais qualificados como amigos da mãe e da criança.</li> <li>▪ Número de comunidades que implantaram um plano de transporte materno-neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade perinatal por 1.000 nascidos vivos</li> <li>▪ Taxa de mortalidade fetal por 1.000 nascidos vivos.</li> <li>▪ Letalidade hospitalar por causa neonatal.</li> <li>▪ Taxa de mortalidade neonatal prematura (0-6 dias) por 1.000 nascidos vivos.</li> <li>▪ Taxa de mortalidade pós-neonatal (7-28 dias) por 1.000 nascidos vivos.</li> <li>▪ Taxa de mortalidade neonatal (0-28 dias) por 1.000 nascidos vivos.</li> <li>▪ Mortalidade neonatal por causa.</li> <li>▪ Mortalidade neonatal por peso ao nascer.</li> <li>▪ Mortalidade neonatal por idade ao nascer.</li> <li>▪ Prevalência de baixo peso ao nascer.</li> </ul>

## **O papel da Organização Pan-Americana da Saúde**

45. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) serviu como um catalisador dos recursos técnicos e financeiros dedicados ao fortalecimento das 11 Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) nos países da América Latina e Caribe (OMS/OPAS, 2000; Muñoz F e cols, 2000). O fortalecimento destas funções pode evitar a mortalidade dos recém-nascidos, mas requer a participação de atores externos e internos com trabalho interprogramático e critério multissetorial.

46. Cada área estratégica deste Plano tem uma ou mais linhas de ação e, dessa forma, promover-se-á um método integrado e global de abordagem à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. A estratégia considera também o marco de cooperação técnica da OPAS para enfrentar os novos desafios e aborda a agenda inconclusa em torno da saúde da criança.

47. Neste contexto, a capacidade técnica dos escritórios nos países deve corresponder às necessidades e prioridade definidas com relação à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. O apoio técnico da OPAS aos países se centrará na resposta do setor da saúde ao cuidado materno e neonatal, dando atenção especial ao desenvolvimento e melhoria dos recursos humanos, à elaboração e adaptação de normas, diretrizes, métodos e ferramentas, além da difusão das informações, incluídas as intervenções baseadas em evidências e as práticas ótimas de atenção. É igualmente importante fortalecer os atuais mecanismos de cooperação dos países e a cooperação técnica entre países. Estes mecanismos de cooperação técnica devem conferir grande visibilidade aos problemas neonatais dentro do contínuo da atenção e alcançar a mobilização do apoio político, social e econômico.

## **Os parceiros**

48. Durante anos, as intervenções voltadas para melhorar a saúde materno-infantil centraram-se apenas nesse tema e, em conseqüência, perderam-se nexos importantes. Agora se reconhece que a saúde neonatal é a conexão fundamental entre os programas de saúde da mãe, do recém-nascido e da saúde infantil. Conseguir vincular as intervenções pode acarretar uma considerável redução nos custos e melhorar a eficiência e eficácia do planejamento, seguimento e supervisão dos programas, bem como a capacitação e o uso dos recursos.

49. Nenhum país, organismo ou organização pode abordar por si só a totalidade do problema da mortalidade neonatal, perinatal e materna, razão por que unificar os esforços facilitará a criação de um processo contínuo da atenção e a consecução das Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas com a saúde materno-infantil. Os parceiros principais provirão das organizações multilaterais e bilaterais, dos doadores, do setor

privado, das entidades científicas e acadêmicas, das organizações não-governamentais, das organizações religiosas e da sociedade civil, entre outras entidades.

50. Assim, este documento é um chamado a favor de um acordo interagencial e multissetorial sobre ao programa técnico e de políticas que devemos promover na América Latina em relação à saúde neonatal no marco do contínuo da atenção. Uma aliança eficaz é crucial para se harmonizar e intensificar as medidas nos níveis mundial, regional, nacional e local em busca das Metas de Desenvolvimento do Milênio 4 e 5.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

51. Convida-se o Conselho Diretor a analisar a proposta de resolução adotada na 142ª sessão do Comitê Executivo com a resolução CE142.R10 (ver anexo F).

### **Referências**

Adam, T., Lim, S. S., Mehta, S., Bhutta, Z. A., Fogstad, H., Mathai, M., y cols. (2005). Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *Bmj*, 331(7525), 1107.

Aubel, J., Ibrahima, T., Mamadou, D. (2001). Strengthening grandmother networks to improve community nutrition: experience from Senegal. *Gender and Development*, 9(2), 62-73.

Betran AP, de Onis M, Laurer JA, Villar J. Ecological study of effect of breast feeding on infant mortality in Latin America. *BMJ* 2001;323(7308):303-306.

Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Hasan, B. S. y Haws, R. A. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*, 115(2 Suppl), 519-617.

Bryce, J., Victora, C. G., Habicht, J. P., Black, R. E. y Scherpbier, R. W. (2005). Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. *Health Policy Plan*, 20 Suppl 1, i5-i17.

Buffington, S., Sibley, L., Beck, D., Armsbruster, D. (2003). *Home based life saving skills: where home birth is common*. Maryland, U.S.A.: American College of Nurse Midwives.

Burkhalter B, Edson W, Harvey S, Boucar M, Djibrina S, Hermida J, Ayabaca P, Bucagu M, Gbangbade S, McCaw-Binns A. Quality of obstetric care observed in 14 hospitals in

Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda. *Operations Research Results*. Published for USAID by the Quality Assurance Project. Marzo del 2006.

Caparro CM, Neufeld LM, Tena Alvarez G, Eguia-Liz Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1997-2004

Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, De Bernis L. *Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?* *Lancet* 2005; 365:977-88.

*Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care.* (1978). Alma-Ata, URSS: OMS.

FCH/CA. (2003). *Prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludables: OPS-OMS/UNICEF.*

Figuroa, M., Kincaid, L., Rani, M. y Lewis, G. (2002). *The communication for social change: An integrated model for measuring the process and its outcomes.*: John Hopkins University's Center for Communication Program/ The Rockefeller Foundation.

Green, L. W., Kreuter, M. W. y Green, L. W. (2005). *Health program planning : an educational and ecological approach.* Nueva York: McGraw-Hill.

Haws R, W. P., Castillo J. (2004). *Innovative Community-Based Interventions to Improve Newborn Health in Latin America and the Caribbean.*: The CORE Group.

Haws, R. A., Thomas, A. L., Bhutta, Z. A. y Darmstadt, G. L. (2007). Impact of packaged interventions on neonatal health: a review of the evidence. *Health Policy Plan*, 22(4), 193-215.

Huicho, L., Davila, M., Gonzales, F., Drasbek, C., Bryce, J. y Victora, C. G. (2005). Implementation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Peru and its association with health indicators: an ecological analysis. *Health Policy Plan*, 20 *Suppl 1*, i32-i41.

Hutton EK, Hassan ES, Late vs. Early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241-52

Interagency Working Group. Reducing Neonatal Mortality and Morbidity in Latin America and the Caribbean: An Interagency Strategic Consensus. PAHO/WHO, UNICEF, USAID, ACCESS, BASICS, CORE and SNL/Save the Children/USA. 2007

Kenya-Mogisha, N. y Pangu, K. (1999). *The Household and Community Component of IMCI: As resource manual on strategies and implementation steps*: UNICEF-ESARO.

Knippenberg R, Lawn J, Darmstadt G, Begkoyian G, Fogstad H, Walelign N, Paul K. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *The Lancet* –Neonatal Survival. Marzo del 2005.

Labonte, R. (1987). Community health promotion strategies. *Health Promotion*, 32(Summer), 5-10.

Lawn J, Kerber, K, BASICS eds. *Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), 2006.

Lawn J, Zupan J, Begkoyian G, Knippenberg R. Newborn survival. In: Jamison D, Breman J, Measham A, Alleyne G, Claeson M, Evans D, Jha P, Mills A, Musgrove P., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries 2<sup>nd</sup> edition*. Washington, D.C., The World Bank Group, 2006

Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? *The Lancet* 2005; 365:891-900.

Lawn, J. E., Manandhar, A., Haws, R. A., & Darmstadt, G. L. (2007). Reducing one million child deaths from birth asphyxia - a survey of health systems gaps and priorities. *Health Res Policy Syst*, 5, 4.

Martines J, Paul V, Bhutta Z, Koblinsky M, Soucat A, Walker N, Bahl R, Fogstad H, Costello A. Neonatal survival: a call for action. *Lancet* –Neonatal Survival. Marzo del 2005.

Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, y cols. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud. *Rev Panam Salud Pública* 8(1/2), 2000.

Obaid, T. A. (2007). Statement on the Occasion of World Population Day 2007: Men at work - men as partners for maternal health. Encontrado el 07/12/07 en <http://www.unfpa.org/wpd/>

OPS. (2003). Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros, *44 Consejo Directivo CD44.R6*. Washington, D.C., EUA: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2005). *Componente del hogar y la comunidad: Guía práctica y mensajes clave para actores sociales*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

OPS. (2006). Serie de Guías para los actores sociales de la Alianza regional de AIEPI Comunitario.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán. 2005.

Organización Panamericana de la Salud. 26.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana. *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas*. Washington, D.C., EUA. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. 44.<sup>o</sup> Consejo Directivo, 55.<sup>a</sup> Sesión del Comité Regional. *La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Washington, D.C., EUA. 2003.

Organización Panamericana de la Salud. 47.<sup>o</sup> Consejo Directivo. *La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, del recién nacido y del niño para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas*. Washington, D.C., EUA. Septiembre del 2006.

Pan American Health Organization (2007). *Declaration of the Americas on the Renewal of Primary Health Care (PHC)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Pan American Health Organization. (2001-2005). *Regional Community IMCI Project: Empowering Local Communities to Improve Children's Health in Ten Latin American Countries* Washington, DC: OPS – Cruz Roja Americana.

República de Nicaragua Ministerio de Salud. Evaluación de competencias en la atención del embarazo, parto, posparto, recién nacido y sus complicaciones. Junio del 2006.

Save the Children. *State of the World's Mothers 2006. Saving the Lives of Mothers and Newborns*. Mayo del 2006.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 Report*. Nueva York, EUA. 2005

Tinker A, Hoopé-Bender P, Azfar S, Bustreo F, Bell R. *A continuum of care to save newborn lives*. *The Lancet* 2005; 365:822-5.

Banco Mundial. Partos atendidos por personal médico calificado y su relación entre ricos y pobres en 9 países seleccionados de América Latina y el Caribe. World Bank online, 2007.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion; First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canadá: Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization. *Neonatal and perinatal mortality - Country, regional and global estimates*. 2006

World Health Organization. *Strategic Directions for Improving the Health and development of Children and Adolescents*. 2003.

World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Conceptual and Institutional Framework*. Ginebra, Suiza. 2006.

World Health Organization. *The Partnership for Maternal, Newborn, and Child Health: Ten-Year Strategy*. Ginebra, Suiza. 2006.

World Health Organization. *Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions: 58th World Health Assembly*. Ginebra, Suiza, 2005.

Anexos

**Taxas de mortalidade neonatal e materna, partos assistidos por pessoal qualificado e porcentagem de recém-nascidos de baixo peso ao nascer em países da Região das Américas**

País	Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nv) <sup>a</sup>	Taxa de mortalidade perinatal (x 1000 nv) <sup>b</sup>	Razão de mortalidade materna (por 100.000 nv) <sup>a,c,d</sup>	Porcentagem de partos assistidos por pessoal qualificado <sup>e</sup>	Porcentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer (<2.500 g) <sup>a</sup>
<b>Cenário 1: taxa de mortalidade neonatal de 20 ou superior</b>					
Haiti	34	54	630,0	23,8	21,0
Bolívia	27	31	230,0	60,8	7,0
Guiana	25	40	161,2	85,6	12,6
<b>Cenário 2: taxa de mortalidade neonatal entre 15 e 19</b>					
República Dominicana	19	28	80,0	98,7	10,8
Guatemala	19	23	148,8	41,4	6,8
Belize	18	20	68,4	83,8	14,1
Suriname	18	30	110,0	84,5	11,4
Honduras	18	28	108,0	55,7	10,0
Nicarágua	18	23	86,5	66,9	8,4
El Salvador	17	26	71,2	69,4	8,0
Equador	16	20	85,0	68,7	11,8
Peru	16	20	185,0	71,1	11,0
Paraguai	16	23	153,5	77,2	5,7
Brasil	15	20	76,1	87,6	8,2
México	15	22	63,4	85,5	8,8
<b>Cenário 3: taxa de mortalidade neonatal inferior a 15</b>					
Colômbia	14	23	72,7	90,7	6,2
Venezuela	12	18	59,9	94,0	9,5
Panamá	11	15	66,0	92,5	9,4
Argentina	10	14	39,2	98,7	7,3
Jamaica	10	17	95,0	94,6	11,6
Uruguai	7	14	11,1	99,4	8,6
Costa Rica	7	13	39,3	97,5	6,8
Chile	6	8	19,8	99,8	5,5
EUA	5	8	13,1	99,0	8,1
Cuba	4	14	49,4	99,9	5,4
Canadá	3	6	5,9	98,3	5,9
<b>Média</b>	<b>14,6</b>	<b>21,3</b>	<b>104,9</b>	<b>74,1</b>	<b>9,2</b>

Fontes:

<sup>a</sup> OPS/OMS, Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos, 2007.

<sup>b</sup> WHO. Neonatal and Perinatal Mortality 2006

<sup>c</sup> UNICEF. State of the world's children 2006.

<sup>d</sup> WHO. Maternal Mortality in 2007: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA.

<sup>e</sup> WHO. Factsheet. Skilled attendant at birth, 2006



### Competências dos profissionais de saúde comunitária e atividades para a família e a comunidade

Momento	Atividades para os profissionais de saúde comunitária	Atividades para a família e a comunidade
<b>Cuidado pré-natal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Aptidões adequadas de tratamento para a estabilização de complicações</li> <li>• Presença de um sistema comunitário de traslado em caso de urgências</li> <li>• Promoção dos preparativos com respeito ao parto</li> <li>• Promoção e provisão da vacina antitetânica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Conscientização da comunidade sensibilização quanto ao cuidado materno e neonatal</li> <li>• Promoção da vacinação antitetânica</li> <li>• Promoção da nutrição materna e da redução de sua carga de trabalho</li> <li>• Sistema de traslado comunitário em caso de complicações</li> </ul>
<b>Atenção durante o parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Aptidões adequadas de tratamento para a estabilização de complicações</li> <li>• Promoção do atendimento qualificado do parto</li> <li>• Derivação para o atendimento obstétrico de urgência caso necessário</li> <li>• Entrega de elementos para um parto higiênico no caso dos partos domiciliários</li> <li>• Promoção da prevenção da transmissão materno-infantil da infecção pelo HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Conscientização e sensibilização quanto à assistência institucional precoce em caso de complicações</li> <li>• Sistema de traslado comunitário em caso de complicações</li> </ul>
<b>Atenção do recém-nascido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados essenciais ao recém-nascido</li> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Aptidões adequadas de tratamento para a estabilização de complicações</li> <li>• Derivação do recém-nascido para receber atendimento de urgência caso necessário</li> <li>• Promoção da amamentação materna exclusiva</li> <li>• Promoção da higiene (cordão, olhos e pele) e da lavagem das mãos</li> <li>• Atenção em casa de bebê de baixo peso ao nascer</li> <li>• Promoção e provisão de vacinas</li> <li>• Promoção da prevenção da transmissão materno-infantil da infecção pelo HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Conscientização e sensibilização quanto à assistência institucional precoce em caso de complicações</li> <li>• Sistema de traslado comunitário em caso de complicações</li> <li>• Cuidados essenciais do recém-nascido</li> <li>• Manejo de casos a nível comunitário</li> <li>• Promoção da amamentação materna exclusiva</li> <li>• Promoção de vacinas</li> </ul>
<b>Atenção pós-parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Aptidões adequadas de tratamento para a estabilização de complicações</li> <li>• Promoção do uso dos serviços de planejamento familiar</li> <li>• Promoção da amamentação materna exclusiva</li> <li>• Promoção da prevenção da transmissão materno-infantil da infecção pelo HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Detecção precoce de todo sinal de perigo</li> <li>• Conscientização e sensibilização quanto à assistência institucional precoce em caso de complicações</li> <li>• Sistema de traslado comunitário em caso de complicações</li> </ul>

## Elementos chave para um processo contínuo e em funcionamento do sistema de atenção

Momento	Atividades
Atenção antes da gravidez para todas as mulheres em idade fértil <sup>2 3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso à assistência de saúde de boa qualidade para todos os adolescentes</li> <li>• Vacinação (por exemplo, vacina anti-rubeólica e a vacina contra a hepatite B)</li> <li>• Nutrição essencial para as meninas e mulheres, e luta contra os transtornos da alimentação (prevenção da obesidade), incluída a administração de suplementos de ácido fólico</li> <li>• Consultas médicas preventivas, avaliação de riscos e orientação psicológica (ex., prevenção do abuso de substâncias psicotrópicas, comportamentos de risco)</li> <li>• Planejamento familiar, inclusive promoção de gravidezes oportunas, com intervalo suficiente entre elas</li> <li>• Detecção e tratamento das infecções transmitidas sexualmente, em especial a infecção pelo HIV/AIDS</li> <li>• Tratamento das doenças crônicas (ex., diabetes, hipotireoidismo, malária, tuberculose e doença de Chagas)</li> </ul>
Cuidado pré-natal	<p>Cuidado pré-natal que abranja quatro consultas médicas e inclua:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese e exploração física, com avaliação da pressão arterial, o aumento de peso e altura do fundo uterino, análise de urina para detecção de proteínas (tira reagente múltipla)</li> <li>• Detecção de anemia (concentração de hemoglobina)</li> <li>• Grupo sanguíneo e fator RH</li> <li>• Duas doses da vacina antitetânica</li> <li>• Administração de suplementos de ferro e folato</li> <li>• Orientação e teste de detecção da infecção pelo HIV, abuso de drogas, detecção e tratamento da sífilis</li> <li>• Detecção e derivação de gravidezes múltiplas, posição fetal anormal, pré-eclampsia e eclampsia</li> <li>• Planejamento das gravidezes e preparativos para situações de urgência</li> <li>• Orientação pré-natal e sobre o parto sem riscos, e preparação para a amamentação materna</li> <li>• Orientação e informação de apoio para as mulheres em situação de violência doméstica</li> <li>• Mobilização e participação da comunidade</li> <li>• Detecção e tratamento de infecções maternas comuns (por exemplo, infecções urinárias)</li> </ul>
Atendimento do parto	<p>Atenção qualificada durante os diferentes períodos do parto, inclusive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção ativa do alumbramento</li> <li>• Uso do partograma</li> <li>• Monitorar o bem-estar materno e fetal, estimular a presença de um companheiro que preste apoio</li> <li>• Que sejam garantidas práticas de parto higiênicas e benéficas</li> <li>• Momento ótimo para pinçar o cordão umbilical, 2 minutos depois da expulsão da criança</li> <li>• Tratamento e derivação clínica em caso de complicações para a mãe ou o recém-nascido (atendimento obstétrica de urgência no primeiro nível), reanimação do recém-nascido, caso necessário</li> <li>• Conjunto de medidas de atendimento obstétrico de urgência (segundo e terceiro nível)</li> </ul>

<sup>2</sup> IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes (FCH/CA, PAHO/OMS, 2006). Encontrado em <http://www.paho.org/english/ad/fch/ca/sa-servicios.htm>

<sup>3</sup> Informe del CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55 (RR-6):1-23. Pode-se consultar em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/tr5506a1.htm>.

<b>Atenção puerperal e pós-natal</b>	<p>Os cuidados essenciais para todos os recém-nascidos devem garantir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nascimento em um ambiente isento de riscos e com acesso à atenção obstétrica e neonatal completa</li> <li>• laço de união com a mãe; que se evite a separação injustificada</li> <li>• amamentação materna precoce e exclusiva: sucção precoce, colocação e aderência do bebê à mama, alojamento conjunto da mãe e do bebê e alimentação sem restrições, os dez passos para uma amamentação materna boa, armazenamento adequado do leite materno</li> <li>• controle da temperatura corporal; evitar banho durante as primeiras 24 horas</li> <li>• controle das infecções, inclusive cuidado higiênico do cordão umbilical</li> <li>• depois do parto, administração de suplementos de vitamina A à mãe</li> <li>• profilaxia ocular para prevenir conjuntivite gonocócica</li> <li>• informação e orientação com relação aos cuidados em casa e aos preparativos para situações de urgência</li> </ul>
<b>Atenção suplementar para os bebês pequenos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas suplementares a domicílio, apoio à amamentação materna, controle da temperatura do recém-nascido e cuidado higiênico do cordão umbilical</li> <li>• Atenção suplementar com relação à temperatura, a alimentação e a detecção precoce de complicações, e seu tratamento.</li> <li>• Controle da temperatura do recém-nascido mediante contato pele a pele com a mãe (método da "mãe canguru")</li> <li>• Administração de um suplemento de vitamina K ao nascer</li> <li>• Atenção clínica em um estabelecimento de saúde para recém-nascidos doentes, em particular aqueles que padecem infecções, que são prematuros ou sofrem asfixia perinatal. Seguimento a curto e longo prazo.</li> <li>• Estimulação precoce do desenvolvimento neural</li> </ul>
<b>Conjunto de medidas antes da alta (no estabelecimento ou antes que a parteira deixe a mãe no caso de um parto domiciliar)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação cuidadosa dos fatores de alto risco ou sinais de perigo (tanto da mãe como do recém-nascido)</li> <li>• Orientação para a mãe e o resto da família com relação à atenção preventiva, o reconhecimento dos sinais de alerta, a prestação de assistência (que fazer e aonde ir)</li> <li>• Promoção e derivação precoce da atenção pós-natal</li> <li>• Acompanhamento da atenção, buscando o espaçamento dos nascimentos, a vacinação, a nutrição (amamentação materna), a vigilância do crescimento e desenvolvimento do bebê.</li> </ul>
<b>Garantia da atenção adequada em casa para a mãe e o recém-nascido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia, participação e estratégias de comunicação eficazes, inclusive participação comunitária no planejamento dos programas de saúde da mãe, do recém-nascido e da criança</li> <li>• Mobilização e participação comunitárias, e comunicações para a mudança do comportamento pré-natal e pós-natal em casa a fim de promover: práticas sanitárias baseadas em evidências (amamentação materna, controle da temperatura do recém-nascido e cuidado higiênico do cordão umbilical), busca de atenção e exigência de cuidado clínico de qualidade</li> </ul>
<b>Atenção integrada às doenças prevalentes da infância</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da implementação da Estratégia AIDPI, especialmente nas comunidades rurais e empobrecidas, inclusive na primeira semana de vida, que é fundamental</li> </ul>



**Diferentes tipos de atenção necessária antes, durante e depois da gravidez, e diferentes níveis de participação desde a família até o estabelecimento de saúde**

Fase	Intervenções	Cobertura situacional (naqueles casos em que prevalecem determinadas condições específicas)	Intervenções suplementares
<b>Conjunto de medidas de atenção familiar (atenção familiar e comunitária)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilização e participação comunitárias e comunicações para mudança de comportamento pré-natal e posterior ao nascimento em casa a fim de promover: práticas da atenção neonatal baseadas em evidências (amamentação materna, controle da temperatura do recém-nascido, cuidado higiênico do cordão umbilical), busca de atenção e da exigência de contar com cuidado clínico de qualidade.</li> <li>- Promoção e prática da higiene do parto e derivação das complicações (para partos domiciliários).</li> </ul>	Doença de Chagas, malária, sífilis e infecções transmitidas sexualmente (ITS), infecção por HIV/AIDS, TORCH	Promoção de comportamentos saudáveis em casa e de um entorno propício para as mulheres e os recém-nascidos, incluída a nutrição, higiene e sinais de perigo, bem como prevenção da violência doméstica
<b>Período anterior à concepção</b>	Suplementos de ácido fólico.		
<b>Pré-natal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultas de extensão, inclusive a anamnese e exploração física, que compreenda o controle da pressão arterial, do aumento de peso e da altura do fundo uterino; análise de urina para detecção de proteínas; detecção de anemia; duas doses da vacina antitetânica; detecção e tratamento da sífilis; orientação sobre o plano de parto, as urgências e a amamentação materna; derivação em caso de complicações.</li> <li>Detecção e tratamento da bacteriúria assintomática</li> <li>Prevenção da pré-eclampsia e eclampsia (administração de suplementos de cálcio)</li> </ul>	Tratamento presuntivo intermitente da malária	Vacina anti-rubeólica  Acesso universal a serviços de atenção à saúde de qualidade, inclusive orientação e provas de detecção das ITS e da infecção por HIV/AIDS e acesso ao planejamento familiar, inclusive programas especiais incluídos para adolescentes. Promoção do abandono do hábito de fumar e suspensão do consumo de drogas e álcool durante a gravidez. Detecção, tratamento e orientação contra infecções durante a gravidez, incluída a toxoplasmose, a tuberculose, as infecções de transmissão sexual (ITS) e a infecção por HIV/AIDS (incluída a prevenção da transmissão materno-infantil).

Fase	Intervenções	Cobertura situacional (naqueles casos em que prevalecem determinadas condições específicas)	Intervenções adicionais
<b>Durante o parto</b>	<p>Conjunto de medidas de atenção qualificada da mãe e de atenção neonatal imediata.</p> <p>- Atenção ativa e vigilância no primeiro período do parto (incluído o uso do partógrafo) para o diagnóstico precoce das complicações; assistente qualificado durante o parto; tratamento e derivação clínica em caso de complicações da mãe ou do recém-nascido (atendimento obstétrico de urgência em estabelecimento de primeiro nível); detecção precoce; detecção e tratamento do parto de nádegas; higiene no parto; estímulo alentador do companheiro; assistência do parto (incluída a vácuo-extração); antibióticos para a ruptura prematura das águas; administração de corticosteróides para o parto prematuro; reanimação do recém-nascido.</p> <p>Conjunto de medidas de atendimento obstétrico de urgência.</p> <p>- Detecção e tratamento clínico das complicações obstétricas (trabalho de parto obstruído, hemorragias, hipertensão, infecções), incluída a provisão do instrumental necessário para o parto, a cesárea e as transfusões de sangue.</p>		<p>Promover a participação masculina durante a gravidez e o parto</p> <p>Tratamento anti-retroviral para mães e bebês seropositivos.</p> <p>Garantir o transporte (por exemplo, ambulâncias) em caso de urgências por complicações obstétricas ou neonatais.</p> <p>Permitir às parturientes que bebam líquidos, movam-se e mudem de posição durante o parto.</p> <p>Atenção ativa do alumbramento.</p> <p>Atenção neonatal básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação imediata do recém-nascido.</li> <li>• Evitar separação entre mãe e recém-nascido</li> <li>• Iniciar amamentação materna na primeira hora</li> <li>• Aplicar as medidas profiláticas imediatamente após o contato pele a pele</li> <li>• Suplemento de vitamina K</li> <li>• Começar com vacinação, conforme calendário</li> <li>• Registro do recém-nascido</li> </ul>

Fase	Intervenções	Cobertura situacional (naqueles casos em que prevalecem determinadas condições específicas)	Intervenções adicionais
<b>Posterior ao parto</b>	<p>Atenção comunitária suplementar dos lactentes de baixo peso ao nascer (atenção familiar e comunitária).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas a domicílio suplementares; apoio à amamentação materna, controle da temperatura do recém-nascido e cuidado higiênico do cordão umbilical; reconhecimento precoce e busca de ajuda em caso de doenças.</li> <li>- Tratamento comunitário de casos de pneumonia (atenção familiar e comunitária).</li> <li>- Diagnóstico e tratamento baseados no algoritmo da pneumonia, incluído o tratamento com antibióticos por via oral.</li> <li>- Conjunto de medidas de atendimento neonatal de urgência.</li> <li>- Atenção clínica em estabelecimento de saúde para recém-nascidos doentes, em particular aqueles com infecções, prematuros (por exemplo, lactentes de muito baixo peso ao nascer), casos de asfíxia perinatal ou de icterícia.</li> </ul>	Método das "mães canguru" (lactentes de baixo peso ao nascer em estabelecimentos de saúde)	<p>Atenção básica do recém-nascido e da mãe depois do parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração física da mãe e do recém-nascido, derivação caso se encontrem sinais de perigo.</li> <li>• Orientação sobre aspectos básicos do cuidado e higiene neonatais, da nutrição e do reconhecimento de sinais de perigo na mãe e no bebê.</li> </ul>

Baseado em: Darmstadt, G. y cols. 2005, "Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save?" *The Lancet*, Vol. 365: 12 de marzo de 2005: 977-988.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD48/7 (Port.)  
Anexo E

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA  
A ÁREAS DA ORGANIZAÇÃO**

**1. Tema da Agenda:** 4.3

**2. Título na Agenda:** Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança

**3. Unidade Responsável:** Saúde familiar e comunitária

**4. Preparado por:** Yehuda Benguigui FCH/CA

**5. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da Agenda:**

- Ministérios da Saúde, ministérios da Família, Obras Sociais, secretarias estaduais e municipais da Saúde em nível nacional
- Sociedades nacionais de pediatria, neonatologia, perinatologia, enfermagem e saúde pública
- Institutos Nacionais de Saúde (NIH), Estados Unidos
- Hospital Infantil do Texas, Estados Unidos
- Hospital Infantil de Miami, Estados Unidos
- Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), Estados Unidos
- Grupo Core, Washington, D.C, Estados Unidos
- Save the Children/Saving Newborn Lives, Estados Unidos
- Plano Internacional, Estados Unidos
- Access Project, Estados Unidos
- Universidade Complutense de Madri, Espanha
- Associação Ibero-americana de Pediatria Social, Espanha
- Associação Americana de Pediatria, Estados Unidos
- Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI)
- Agência Espanhola de Cooperação Internacional (AECI)
- Associação Latino-americana de Pediatria (ALAPE)
- Associação Latino-americana de Docentes de Enfermagem (ALADEFE)
- Instituto Nacional de Doenças Respiratórias “Emílio Cony” (INER), Santa Fé, Argentina
- Escola de Medicina da Universidade Maimonides, Buenos Aires, Argentina
- Comitê de Educação Médica da Sociedade Argentina de Pediatria (COEME), Buenos Aires, Argentina
- Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP), Montevidéu, Uruguai
- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil
- Universidade de São Paulo (USP), Brasil
- Faculdade de Saúde Pública, USP, Brasil
- Instituto da Criança, São Paulo, Brasil
- Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, Brasil



- Instituto Materno-infantil de Pernambuco “Fernando Figueira” (IMIP), Recife, Brasil
- Universidade Federal do Ceará (UFCE), Brasil
- Universidade Federal do Pará (UFPA), Brasil
- Sociedade Ibero-americana de Neonatologia, México
- Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP), Guatemala
- Instituto Nacional de Saúde da Criança (INSN), Lima, Peru
- Escola de Medicina da Universidade de Antioquia (FMUA), Medellín, Colômbia

#### **6. Conexão entre o tema da Agenda e Agenda para Saúde das Américas:**

- Fortalece as autoridades sanitárias nacionais ao propor intervenções baseadas em dados comprovados, normas e instrumentos para a atenção das mulheres, recém-nascidos e crianças.
- Aborda os determinantes da saúde por meio do enfoque da saúde familiar e comunitária, ao melhorar a atenção primária de saúde e fortalecer tanto as intervenções comunitárias como as atividades de promoção da saúde entre os grupos vulneráveis.
- Aproveita o conhecimento, a ciência e a tecnologia ao propor e aplicar métodos de atenção à saúde baseados em dados científicos.
- Fortalece a solidariedade e a segurança sanitárias mediante a promoção da atenção primária de saúde e da participação comunitária.
- Diminui as desigualdades em termos de saúde internamente e entre os países, pois melhora o cuidado materno, neonatal e infantil e evita a discriminação por gênero e grupos étnicos.
- Reduz os riscos e a morbidade mediante a promoção da atenção integrada dentro do processo contínuo da atenção à saúde materna, neonatal e infantil.
- Aumenta a proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade pois a estratégia e o plano de ação propõem o acesso universal à assistência materna, neonatal e infantil, com igualdade e capacitação no país a fim de executar intervenções baseadas em dados comprovados para prevenir a mortalidade neonatal.
- Consolida a gestão e a formação do pessoal que trabalha no âmbito da saúde mediante o desenvolvimento e o fortalecimento das aptidões e das competências dos profissionais da saúde.

#### **7. Conexão entre o tema da Agenda e o Plano Estratégico 2008–2012:**

- **OE 4:** Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde em etapas-chave da vida como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todas as pessoas
- **OE 1:** Reduzir o ônus sanitário, social e econômico das doenças transmissíveis
- **OE 7:** Abordar os determinantes sociais e econômicos da saúde mediante políticas e programas que permitam melhorar a igualdade em saúde e integrem enfoques favoráveis às populações pobres, sensíveis às questões de gênero e baseados nos direitos humanos
- **OE 9:** Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de todo o ciclo de vida, e em apoio da saúde pública e do desenvolvimento sustentável
- **OE 10:** Melhorar a organização, a gestão e a prestação dos serviços de saúde
- **OE 13:** Assegurar a existência de profissionais de saúde disponíveis, competentes, produtivos e capazes de responder às necessidades, visando melhorar os resultados sanitários
- **OE 14:** Estender a proteção social mediante um financiamento equitativo, suficiente e sustentável

#### **8. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro do AMRO:**

- Foram identificadas 16 intervenções baseadas em dados científicos que são eficazes para prevenir e

reduzir a mortalidade infantil, em especial a mortalidade neonatal. Em um nível alto de cobertura, seria possível conseguir uma redução de 50% nas taxas de mortalidade neonatais se forem incorporadas estas intervenções nos procedimentos atualmente aplicados pelos provedores de serviços de saúde comunitária, nas práticas de saúde familiar e comunitária e no manejo clínico do recém-nascido. A estratégia foi examinada e discutida na maioria dos países da Região; Equador, Nicarágua, Paraguai e Venezuela já estão preparando planos nacionais de ação. Nove países elaboraram e executaram políticas ou programas nacionais para melhorar a saúde materna e neonatal. No entanto, ainda é necessário empreender iniciativas para executar e ampliar intervenções específicas em todo o processo contínuo de saúde materna, neonatal e infantil, visando reduzir a taxa de mortalidade neonatal.

- Com apoio de várias organizações não-governamentais, outros parceiros e organismos nacionais, a Região continua ampliando sua cobertura dos componentes clínicos e comunitários da AIDPI. A estratégia AIDPI comunitária se apoiou com êxito nos programas comunitários que funcionam em nível distrital, promoveu o acesso equitativo aos serviços, melhorou o acesso à assistência de saúde de qualidade no nível dos serviços de saúde, fortaleceu a capacidade e a liderança locais e utilizou recursos escassos de forma mais adequada e mais eficaz. O componente comunitário da estratégia de AIDPI foi levado até o nível nacional e transferiu os princípios básicos de atenção primária de saúde para contribuir com o cumprimento da Meta de Desenvolvimento do Milênio número 4. A ampliação da AIDPI abrange as áreas com populações vulneráveis e de alto risco, bem como grupos de população indígena. Muitos dos enfoques metodológicos da AIDPI comunitária foram mantidos e introduzidos em iniciativas nacionais na Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e Venezuela. Os países conseguiram avanços consideráveis ao executar atividades sustentadas nos níveis nacionais e comunitários (especialmente no nível domiciliar com a promoção de práticas familiares básicas), e melhoraram a capacitação no manejo de casos nos níveis clínico e da comunidade. As lições aprendidas com a execução da AIDPI serão um recurso valioso para aplicar a Estratégia e o Plano de Ação Regionais para a Saúde Neonatal.
- A administração de suplementos de ácido fólico antes da concepção ou fortificação da farinha de trigo com ferro e ácido fólico, a vacinação com toxóide tetânico e a prevenção da transmissão materno-fetal do HIV são procedimentos correntes na maioria dos países que contribuem para reduzir a taxa de mortalidade neonatal.

#### **9. Implicações financeiras do tema da Agenda:**

Valor de US\$ 10.020.000 para todo o ciclo (2008–2015) da Estratégia Regional, que cobre os custos das atividades e do pessoal.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junho de 2008

---

CD48/7 (Port.)  
Anexo F

ORIGINAL: ESPANHOL

## **RESOLUÇÃO**

### **CE142.R10**

#### **SAÚDE NEONATAL NO PROCESSO CONTÍNUO DE ATENÇÃO À MÃE, AO RECÉM-NASCIDO E À CRIANÇA: ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO REGIONAL**

##### ***A 142ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Saúde neonatal no processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: estratégia e plano de ação regional* (documento CE142/12);

##### **RESOLVE:**

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução nos seguintes termos:

##### ***O 48º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança* (documento CD48/\_\_);

Reconhecendo que a mortalidade neonatal continua tendo uma grande repercussão sobre a mortalidade infantil na Região, e que será necessário intensificar os esforços para atingir os objetivos da Declaração do Milênio relacionados com a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015;

Considerando a resolução CD47.R19 (2006) sobre a saúde neonatal no contexto da atenção à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança para atingir os objetivos da Declaração do Milênio, que recomenda a preparação de uma estratégia e um plano de ação para apoiar o cumprimento desses objetivos; e

Observando que o plano de ação regional aborda as iniquidades persistentes, concentrando-se nos grupos marginalizados, ao mesmo tempo em que propõe estratégias de cooperação técnica e métodos diferenciados para responder a situações diversas nos países,

***RESOLVE:***

1. Instar os Estados Membros:
  - a) a que apoiem a redução da mortalidade neonatal como uma prioridade dos programas de saúde mediante a ampliação, o fortalecimento ou a manutenção da aplicação da estratégia e plano de ação regional sobre a saúde neonatal do recém-nascido no processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança;
  - b) a que considerem o plano de ação regional mencionados ao formular os planos nacionais e incluam estratégias diferenciadas que respondam eficazmente a diversas situações entre os países e em cada país, com o fim de proteger os resultados recentes e alcançar os objetivos relacionados com a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos até 2015 incluídos na Declaração do Milênio;
  - c) a que considerem o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, para apoiar a aplicação de estratégias baseadas em dados científicos dirigidas a reduzir a mortalidade neonatal e melhorar a colaboração entre os programas e os diferentes níveis de atenção;
  - d) a que apoiem a participação decidida da comunidade e da sociedade civil para que estas incluam em suas atividades medidas dirigidas às mães, aos recém nascidos e às crianças, com critérios de equidade, gênero e grupo étnico;
  - e) a que considerem empreender, facilitar e apoiar atividades nacionais que promovam o acesso universal das mães, recém-nascidos e crianças aos serviços de saúde;
  - f) a que considerem o fortalecimento dos esquemas nacionais que protegem as mães, os recém-nascidos e as crianças;

- g) a que estabeleçam e mantenham sistemas adequados de vigilância e informação sobre a saúde do recém-nascido, discriminada por sexo, situação socioeconômica, grupo étnico e educação da mãe;
  - h) a que formem parcerias e associações com organizações não governamentais, comunidades, instituições religiosas, o setor acadêmico e de pesquisa e as repartições governamentais pertinentes, para fortalecer e ampliar as políticas e os programas sobre a saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apóie os Estados Membros na elaboração de planos nacionais destinados a reduzir a mortalidade neonatal no processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança, levando em conta a estratégia e o plano de ação regional e procurando corrigir as iniquidades e concentrar-se nos grupos vulneráveis e marginalizados;
  - b) que colabore nas avaliações dos países para que se apliquem medidas corretivas apropriadas e baseadas em dados fidedignos;
  - c) que facilite o intercâmbio de experiências frutíferas e promova a cooperação técnica horizontal pelos Estados Membros na implementação do plano regional de ação.

*(Nona reunião, 27 de junho de 2008)*



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 48º CONSELHO DIRETOR 60ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, de 29 de setembro a 3 de outubro de 2008

CD48/7 (Port.)

Anexo G

### Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas para o Secretariado das resoluções propostas para adoção pelo Conselho Diretor

<b>1. Resolução:</b> Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança	
<b>Vínculo com o orçamento para programas</b>	
<b>Área de trabalho</b>	<b>Resultados previstos</b>
▪ Objetivo estratégico 4.....	Resultados previstos no plano regional: 04.01, 4.01.01, 04.02, 04.02.02, 04.03, 04.03.01, 04.03.02, 04.04, 04.04.01 e 04.04.02
▪ Objetivo estratégico 1	Resultados previstos no plano regional: 1.01, 01.01.01, 01.01.02 e 01.01.02
▪ Objetivo estratégico 7	Resultados previstos no plano regional: 07.04, 07.04.01, 07.05 e 07.05.03
▪ Objetivo estratégico 9	Resultados previstos no plano regional: 09.03 e 09.03.01
▪ Objetivo estratégico 10	Resultados previstos no plano regional: 10.01 e 10.01.0
▪ Objetivo estratégico 13	Resultados previstos no plano regional: 13.04 e 13.04.01
▪ Objetivo estratégico 14	Resultados previstos no plano regional: 14.04 e 14.04.01

### **Implicações financeiras**

**Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência (arredondo para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades)**

Aproximadamente US\$ 10.020.000 (US\$ 7.980.000 em custos operacionais + US\$ 2.040.000 em salários).

**a) Custo estimado para o biênio 2006–2007 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos; inclui pessoal e atividades)**

Gastos operacionais em 2008–2009:		US\$ 1.720.000
Custos de pessoal em 2008–2009:	P6 50%	US\$ 190.000
	P5 30%	US\$ 100.000
	G4 120%	US\$ 150.000
<b>Total</b>		<b>US\$ 2.160.000</b>

**b) Do custo estimado em (b) o que pode ser incluído nas atividades já programadas?**

US\$ 1.940.000

Além disso, alguns aspectos orçamentários devem estar incluídos no plano de ação:

- 1) Em âmbito nacional, a execução dos planos nacionais de ação agregará outros custos relacionados com atividades nos serviços de saúde realizadas pelos ministérios da Saúde e outras instituições nacionais que não podemos calcular de maneira realista neste momento.
- 2) Outros parceiros: Os cálculos foram feitos estimando que evidentemente outros parceiros, incluídos os que participam da Aliança Regional Interinstitucional em prol da Saúde do Recém-nascido, contribuirão com aproximadamente US\$ 1.000.000 anuais e que 70% deste valor serão destinados aos países.

### **4. Implicações administrativas**

**a) Âmbito de implementação (indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado e identificar as regiões específicas, se for o caso)**

O plano de ação será executado nos seguintes níveis:

Regional: Liderança, articulação com a Aliança Regional, sede da OMS e outros parceiros para captação de recursos e promoção da causa; preparação de documentos técnicos, guias para a execução, módulos de capacitação e protocolos clínicos atualizados; cooperação técnica para a execução e seguimento; seguimento e avaliação do processo regional.

Sub-regional: Apoio de atividades entre os países, debate de problemas comuns e

intercâmbio de experiências, atividades conjuntas em regiões fronteiriças, captação coordenada de recursos.

Nacional e local: Aplicação de medidas sob a supervisão e a coordenação dos ministérios da Saúde com apoio interinstitucional, no nível dos serviços de saúde e da comunidade. Seguimento e avaliação nos níveis nacionais e locais.

Países e sub-regiões específicos:

- Países prioritários
- Países muito afetados: Os que têm taxas de mortalidade neonatais de, pelo menos, 20 por 1.000 nascidos vivos
- Zonas rurais: As que têm taxas de mortalidade neonatais mais altas, áreas de população indígena etc.

**b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias)**

Pelo menos mais um funcionário em tempo integral no nível regional; um pediatra. Seria aconselhável contar com um técnico com formação em epidemiologia para apoiar a melhoria da produção e da análise de dados epidemiológicos e do seguimento e avaliação dos resultados da execução.

**c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação)**

Execução do plano de ação: 2008–2015

Avaliação:       Parcial: 2011  
                      Final: 2016