

162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18 a 22 de junho de 2018

Tema 7.13 da agenda provisória

CE162/INF/13
16 de abril de 2018
Original: inglês

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA: RELATÓRIO FINAL

Antecedentes

1. Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância 2012-2017 durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em Washington, D.C., em setembro de 2012 (Resolução CSP28.R20) (1). A Estratégia e Plano de Ação propunham uma estrutura para promover um enfoque à saúde da criança eficaz, multissetorial, baseado no ciclo de vida e na equidade, visando contribuir para o cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4—reduzir a mortalidade infantil por dois terços de 1990 até 2015—e ajudar os países a impulsionarem a saúde e bem-estar infantil.
2. Este Relatório Final analisa o progresso rumo ao cumprimento dos objetivos e indicadores estabelecidos na Estratégia e no Plano de Ação, e também fornece uma visão geral do progresso em matéria do estado de saúde das crianças.

Atualização do progresso alcançado

3. Em termos gerais, a Região conseguiu avanços na implementação da Estratégia e Plano de Ação em múltiplas frentes, começando com um ambiente forte de política para apoiar à sobrevivência infantil e o desenvolvimento infantil. Em particular, os Estados Membros implementaram diretrizes e ferramentas técnicas para apoiar os profissionais da saúde; melhoraram a disponibilidade de dados sobre a cobertura de intervenções e mortalidade nas crianças menores de 5 anos; aumentaram o acesso à assistência mediante recrutamento de agentes comunitários de saúde ou visitantes domiciliários como parte dos serviços de atenção primária; e estabeleceram mecanismos multissetoriais para abordar várias prioridades de saúde da criança. Além disso, cabe notar que a Região está gradualmente implementando uma agenda renovada de saúde da criança que aborda o desenvolvimento, a aprendizagem e a saúde como desfecho indivisível.
 4. Durante o período de vigência da Estratégia e Plano de Ação, a Região continuou progredindo em matéria de sobrevivência infantil. Entre 1990 e 2016, a mortalidade de
-

menores de 5 anos caiu 68% no total, de 44 para 14 por 1.000 nascidos vivos (2). De 2000 a 2015, os países do menor quintil de renda apresentaram redução de 40% na mortalidade de crianças menores de 5 anos; nos países do maior quintil de renda, a redução foi de 52% (3). Essas reduções refletem principalmente a diminuição da diarreia, pneumonia, desnutrição e doenças imunopreveníveis como causas de mortalidade no período pós-neonatal. Em 2000, 7,9% das mortes em menores de 5 anos foram devidas a doenças diarreicas e 13,6% a infecções de vias aéreas inferiores; em 2016, esses percentuais foram de 3,6% e 10,3%, respectivamente (6). Em 2016, 53% dos óbitos de menores de 5 anos ocorreram no período neonatal (2). A sobrevivência infantil, especialmente neste período, continua a exigir ação urgente na Região.

5. A Estratégia e o Plano de Ação tinham como enfoque especial a equidade, mas a distribuição da carga de morbidade e da cobertura de intervenções permanece desigual, com grandes diferenças entre países. Por exemplo, enquanto a prevalência regional de déficit de estatura para a idade diminuiu de 11,0% em 2000 para 6,9% em 2015, o índice de país mais baixo foi de 1,8% e o mais alto foi de 48% (4). O excesso de peso em crianças com menos de 5 anos foi de 7,1% para a Região como um todo, mas os valores individuais dos países variaram de 3,6% a 12,2% (5). Em outro exemplo, o índice mediano de aleitamento materno exclusivo foi de 33%, mas a variação em nível nacional foi de 4,7% a 69,8% (4). O menor índice composto de cobertura¹ foi de 52,7% e o maior foi de 86,4% (6). Um quadro semelhante ocorre dentro dos países. Por exemplo, em 2015, a proporção de crianças menores de 5 anos com sintomas de pneumonia levadas a uma unidade de saúde foi de 68% entre os quintis mais ricos e 46% entre os mais pobres na Guatemala; 73% e 61% no Haiti; e 81% e 71% na República Dominicana (6). Eliminar as desigualdades dentro e entre os países continua sendo uma prioridade para a Região.

6. Para reduzir as desigualdades, é essencial contar com um sistema de informações robusto capaz de medir os efeitos das ações de saúde pública sobre grupos de crianças vulneráveis. As informações sobre a saúde de crianças indígenas, ciganas, afrodescendentes, migrantes, portadoras de deficiências, sobreviventes de violência e cujos pais têm problemas de saúde mental ou abuso de substâncias, entre outros, ainda são limitadas. É preciso redobrar os esforços para fortalecer a disponibilidade de informações necessárias para monitoramento.

7. A construção de competências na força de trabalho em saúde para incorporar as considerações de gênero à prestação de serviços de saúde infantil foi incluída como área estratégica. A transversalização do gênero mediante inclusão nas políticas, estratégias e serviços de saúde infantil, e também na capacitação da força de trabalho, permanece limitada. Ainda há necessidade de assessoria técnica da OPAS/OMS e de ferramentas para esta área específica.

¹ Registro de Metadados de Indicadores da OMS: O índice composto de cobertura é um escore ponderado que reflete cobertura em oito intervenções de saúde reprodutiva, materna, do recém-nascido e da criança ao longo do contínuo de atenção à saúde: planejamento familiar, atenção pré-natal, atenção qualificada ao parto, vacina BCG, vacina DTP3, vacina contra o sarampo, crianças com diarreia que recebe, terapia de reidratação oral e alimentação contínua, e crianças com sintomas de pneumonia que são levadas a um serviço de saúde. Os valores têm como base os dados de 12 países, período 2006-2015.

8. As crianças também são alvo de variadas estratégias que abordam doenças ou problemas relacionados à saúde, como doenças negligenciadas, HIV, tuberculose, lesões e violência, entre outros. Por exemplo, a cobertura do tratamento preventivo contra as geo-helmintíases entre crianças em idade escolar em 2016 foi de 51%, variando de 43,8% a 100% entre países (7). O número de crianças vivendo com HIV na América Latina e no Caribe (ALC) está diminuindo, mas os principais desafios são garantir a retenção e adesão ao tratamento e o sucesso virológico (8). Pelo menos 40% das crianças pequenas (12-23 meses e 2-4 anos) ainda sofrem alguma forma de disciplina violenta, mas apenas 10 países proibiram todas as formas de castigo corporal em casa e nas escolas e creches (9). Falta uma ação mais coordenada, e a OPAS/OMS está trabalhando para aumentar a coordenação interna entre unidades técnicas cujas áreas temáticas exercem impacto direto sobre as crianças.

9. A saúde das crianças de 5 a 9 anos tem recebido menos atenção que a das crianças menores de 5 anos. Na Região, a mortalidade dessa faixa etária é baixa (3 por 1.000 crianças de 5 anos) (2). As estimativas disponíveis para a Região indicam que os acidentes de trânsito são uma das principais causas de óbito nesta faixa etária (10). Em 2015, 22 países contavam com legislação obrigando o uso de cadeirinhas infantis, embora somente três desses países relatassem bom cumprimento da lei (11). Ações estratégicas para abordar as lesões não intencionais, problemas de saúde mental, riscos ambientais, deficiências, dificuldades de desenvolvimento, perda de audição e deficiência visual nesta faixa etária ainda são limitadas.

10. A Estratégia e o Plano de Ação ressaltaram a necessidade de elaborar uma abordagem intersetorial, harmonizada e integrada à saúde da criança. O progresso nessa área estratégica é visível nos 19 países com políticas ou estratégias que visam promover o desenvolvimento ideal da criança. Essas políticas se alinham com ações nas áreas da saúde, nutrição, educação, e proteção social, entre outras, e são projetados para apoiar as crianças pequenas e suas famílias—principalmente as mais vulneráveis—da gravidez até os quatro ou cinco primeiros anos de vida. As características comuns desses esforços são fortes lideranças políticas, decisões baseadas em evidências, maior investimento financeiro e um mecanismo coordenador multissetorial. As evidências indicam que a criança precisa não só de saúde e nutrição, como também de cuidados responsivos e oportunidades de aprendizagem segura (12). Conforme os países adquirem mais experiência, suas estratégias se tornam mais integrais. Tais estratégias incluem *Primeros Años* na Argentina, *Criança Feliz* no Brasil, *Chile Crece Contigo* no Chile, *De Cero a Siempre* na Colômbia, o Plano Estratégico Nacional para Desenvolvimento na Primeira Infância na Jamaica, *Amor por los más Chiquitos y Chiquitas* na Nicarágua e *Uruguay Crece Contigo* no Uruguai. Esta rica experiência subsidiou o marco de Cuidados de Criação para o Desenvolvimento na Primeira Infância, desenvolvido pela OMS, pelo Unicef e outros e lançado durante a Assembleia Mundial da Saúde em 2018 (12).

Linha estratégica de ação 1: Desenvolver políticas, planos e leis nacionais intersetoriais harmonizadas e interprogramáticas para proteger e melhorar a saúde, os direitos e o desenvolvimento da criança

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>1.1 Criar um contexto habilitador para a promoção, coordenação e formulação de políticas interprogramáticas e programas intersetoriais para a Saúde Integral na Infância (SIC) compatíveis com os instrumentos de direitos humanos das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos.</p>	<p>1.1.1 Número de países que estabeleceram uma política, estratégia ou plano nacional de SIC compatível com seus quadros normativos e regulamentares.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>23 países têm políticas ou estratégias de saúde infantil. Dezenove países têm políticas ou estratégias multissetoriais de desenvolvimento na primeira infância; 18 têm políticas ou estratégias de segurança alimentar ou nutrição, inclusive algumas específicas para crianças.</p>
	<p>1.1.2 Número de países com programas de SIC que tenham um plano de ação de médio a longo prazo, com recursos alocados e uma pessoa focal designada.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>Nem todos os elementos do indicador necessários para avaliação do progresso estavam disponíveis. Todos os países contam com uma ampla gama de políticas e estratégias para abordar variadas prioridades em saúde da criança. Os tradicionais programas verticais de saúde da criança estão sendo substituídos por estratégias integradas. Não foi possível categorizar os planos como sendo de médio ou longo prazo.</p>

Linha estratégica de ação 2: Fortalecer os sistemas e serviços de saúde integral e as intervenções comunitárias mediante estratégias alternativas de prestação de serviços, principalmente nas áreas marginalizadas.

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>2.1 Desenvolver e fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para gestão, planejamento e implementação das estratégias de SIC, com</p>	<p>2.1.1 Número de países que têm política, estratégia ou plano nacional para fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para expandir as intervenções efetivas de SIC.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>Nem todos os elementos do indicador necessários para avaliação do progresso estavam disponíveis. As metodologias para mensuração deste indicador estão sendo fortalecidas.</p>

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
ênfase na atenção de saúde primária.	2.1.2 Número de países com programas de SIC que desenvolveram diretrizes e normas técnicas baseadas em modelos da OPAS. Linha de base: 0 Meta: 12 países	Todos os países desenvolveram diretrizes técnicas, seja como parte de um manual de saúde familiar e infantil ou diretrizes para doenças específicas. Por exemplo, 16 países desenvolveram diretrizes sobre tratamento da pneumonia, e 12 sobre diarreia e uso de zinco.

Linha estratégica de ação 3: Aumentar as competências na força de trabalho em saúde, instituições acadêmicas e famílias e comunidades, usando um enfoque baseado em direitos que dê prioridade à atenção primária de saúde e leve em consideração o gênero e a etnia

Objetivos específicos	Indicador, linha de base e meta	Situação
3.1 Apoiar a elaboração e o fortalecimento de programas de formação de recursos humanos para SIC.	3.1.1 Número de países com programas de formação profissional de recursos humanos e gerenciais estabelecidos e operacionais para SIC. Linha de base: 0 Meta: 12 países	Nem todos os elementos do indicador necessários para avaliação do progresso estavam disponíveis. O indicador sobre avaliação dos recursos humanos será retrabalhado em 2019.
	3.1.2 Número de países que implementam intervenções com base científica de SIC usando ferramentas e materiais da OPAS. Linha de base: 0 Meta: 12 países	Todos os países estão implementando uma vasta gama de intervenções com base científica. O desafio é monitorar esta implementação.
3.2 Promover a mobilização social e a participação comunitária para execução e expansão de intervenções eficazes para melhorar a SIC e o bem-estar das crianças.	3.2.1 Número de países com os mecanismos e/ou estratégias estabelecidas para a promoção da participação comunitária para implementação dos programas de SIC baseados em intervenções. Linha de base: 0 Meta: 12 países	Não há dados disponíveis sobre o número de países com mecanismo ou estratégia estabelecida para promover a participação da comunidade. 15 países incluem agentes comunitários de saúde ou visitantes domiciliares na atenção básica. A atuação destes agentes às vezes inclui atividades com atores e famílias locais.

Linha estratégica de ação 3: Aumentar as competências na força de trabalho em saúde, instituições acadêmicas e famílias e comunidades, usando um enfoque baseado em direitos que dê prioridade à atenção primária de saúde e leve em consideração o gênero e a etnia

Objetivo específicos	Indicador, linha de base e meta	Situação
	<p>3.2.2 Número de países que têm um plano operacional para expandir e estender a novos distritos o componente familiar e comunitário, que promove aptidões paternas, mobilização social e participação comunitária em SIC.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>Nem todos os elementos do indicador necessários para avaliação do progresso estavam disponíveis. Os dados disponíveis indicam que 19 países têm estratégias de desenvolvimento na primeira infância que incluem ações destinadas a melhorar as aptidões dos pais.</p>

Linha estratégica de ação 4: Fortalecer o sistema de informação sanitária e melhorar a base de conhecimento da efetividade das intervenções

Objetivo específico	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>4.1 Fortalecer os sistemas de informação dos países e monitorar a capacidade da estrutura de SIC, e fortalecer a capacidade dos sistemas de informação e estatísticas vitais para gerar e usar informação de qualidade desglosada por sexo, idade, etnia e nível socioeconômico.</p>	<p>4.1.1 Número de países com sistemas nacionais de informação que forneçam informações anuais sobre os indicadores e dados de SIC.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>Todos os países produzem indicadores anuais de saúde sobre mortalidade e cobertura de várias intervenções para crianças menores de 5 anos como parte da publicação da OPAS sobre indicadores básicos. A informação disponível é insuficiente; os dados disponíveis sobre violência contra crianças e crianças com deficiência são limitados.</p> <p>A saúde das crianças de 5 a 9 anos não recebe atenção suficiente.</p>

Linha estratégica de ação 5: Mobilizar recursos, alianças estratégicas e parcerias

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
<p>5.1 Ocupar-se da promoção de causa para estabelecer e fortalecer alianças intersetoriais com parceiros estratégicos e mobilizar fundos internacionais e</p>	<p>5.1.1 Número de países que estabeleceram um comitê coordenador intersetorial para SIC.</p> <p>Linha de base: 0 Meta: 12 países</p>	<p>Nem todos os elementos do indicador necessários para avaliação do progresso estavam disponíveis. 16 países têm pelo menos um mecanismo intersetorial que aborda uma prioridade de saúde infantil. As</p>

Objetivo	Indicador, linha de base e meta	Situação
nacionais para manter a implementação e ampliação das atividades de SIC.		crianças também se beneficiam de mecanismos que abordam as prioridades de grupos etários mais amplos, como a prevenção da violência e a segurança alimentar.

Ação necessária para melhoria da situação

11. Considerando as conquistas e desafios descritos neste relatório, as seguintes ações são apresentadas para consideração pelos Estados Membros:

- a) Acelerar a redução da morbimortalidade infantil evitável, definindo como prioridade eliminar as mortes por doenças transmissíveis e desnutrição. O progresso significativo obtido até o momento mostra que é viável alcançar esta meta ambiciosa.
- b) Vincular as ações de sobrevivência infantil àquelas que aumentam as oportunidades para que cada criança cresça e se desenvolva. A experiência na Região mostra que essa integração é atingível. É preciso contar com políticas ou estratégias integradas para orientar tais esforços.
- c) Ampliar as ações estratégicas em saúde infantil e incluir crianças de 5 a 9 anos e de grupos vulneráveis, como comunidades indígenas, afrodescendentes ou ciganas, bem como crianças com deficiência ou outros desafios relevantes a cada país. Áreas que ainda carecem de atenção incluem saúde mental, prevenção da violência e prevenção ou mitigação de problemas de saúde devidos a riscos ambientais.
- d) Aumentar a coordenação dentro do setor saúde e com outros setores para garantir que as crianças e famílias tenham acesso a uma gama contínua de serviços e a um sistema integrado de apoio. A coordenação com o setor da educação é particularmente importante. Os ganhos em saúde na primeira infância devem ser aprimorados durante a idade escolar. Em caso de dificuldades de desenvolvimento, estas devem ser identificadas e abordadas o mais cedo possível.
- e) Melhorar o monitoramento das desigualdades e aumentar a qualidade, desagregação e cobertura dos dados em nível nacional e subnacional. Incorporar enfoques de gênero e etnia nas políticas e serviços de saúde infantil. Monitorar a saúde e o desenvolvimento na primeira infância — o período no qual as desigualdades começam.
- f) Considerar as linhas estratégicas de ação e atividades chave incluídas no *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030* (documento CE162/14). Este plano visa ajudar os países a fechar as lacunas de implementação descritas no presente relatório.

Ação pelo Comitê Executivo

12. Solicita-se que o Comitê Executivo tome nota deste relatório e ofereça as observações que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para a saúde integral na infância [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington (DC). Washington (DC): OPAS; 2012 (resolução CSP28.R20) [consultado em 27 de janeiro de 2018]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18433&Itemid=270&lang=pt
2. UNICEF, OMS, Banco Mundial, Divisão de População do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Levels and trends in child mortality report 2017. Genebra. Genebra: OMS; 2017.
3. UNICEF. Informe sobre Equidad en Salud 2016. [Internet]. Cidade do Panamá: UNICEF; 2016 [consultado em 20 de dezembro de 2017]. Disponível em: https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf
4. Organização Mundial da Saúde. Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health data portal [Internet]. Genebra: OMS [consultado em 20 de dezembro de 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>
5. UNICEF, OMS, Grupo do Banco Mundial. Levels and trends in child malnutrition; joint malnutrition estimates, May 2017 edition [Internet]. Genebra: OMS; 2017 [consultado em 10 de abril de 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2016/en/>
6. Organização Mundial da Saúde. Health equity monitor [Internet]. Genebra, Suíça: OMS [consultado em 10 de abril de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/gho/health_equity/services/rmnch_interventions_combined/en/
7. Organização Mundial da Saúde. Neglected tropical diseases: preventive chemotherapy and transmission control databank [Internet]. Genebra, Suíça: OMS [consultado em 10 de abril de 2018]. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/en/

8. Organização Pan-Americana da Saúde. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa [Internet]. La epidemia de la infección por el VIH y el proceso continuo de la atención en niños en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2016. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31160/9789275319079-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Bott S, Guedes A, Hege-Tobasía C, Adams Mendoza J. Violence against children in LAC: a review of population-based data available for measuring progress towards the Sustainable Development Goals. In: Lenzer G, ed. *Violence against children: making human rights real*. 1ª ed. Londres: Routledge; 2018:169-192.
10. Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde. Financing global health: all-cause spending. VizHub data visualization [Internet]. Seattle: University of Washington [consultado em 20 de dezembro de 2017]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Report on road safety in the Region of the Americas. Washington (DC): OPAS; 2015.
12. Organização Mundial da Saúde. Nurturing care for early childhood development: linking survive and thrive to transform health and human potential [Internet]. Genebra: OMS; 2018 [consultado em 10 de abril de 2018]. A publicação completa em inglês está disponível em inglês em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/ O resumo em espanhol está disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272605/WHO-FWC-MCA-18.02-spa.pdf?ua=1>
