

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

48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde  
60ª Sessão do Comitê Regional

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



**Organização  
Pan-Americana  
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde

São introduzidas no documento aprovado pelo 48º Conselho Diretor oito figuras elaboradas pela Área de Saúde do Recém-Nascido, da Criança e do Jovem e pela Área de Saúde Familiar e Comunitária (FCH/CH), bem como o prólogo da Diretora.

Esta publicação tornou-se possível graças ao apoio do Escritório Regional de Desenvolvimento Sustentável, Escritório para a América Latina e o Caribe da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, nos termos da doação n.o 002122. Os conceitos e opiniões expressas correspondem ao documento aprovado pelo 48º Conselho Diretor da OPAS e não refletem necessariamente o ponto de vista da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, USAID.



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

**48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde  
60ª Sessão do Comitê Regional**



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



**Saúde do Recém-Nascido, da Criança e do Jovem  
Área de Saúde Familiar e Comunitária**





# CONTEÚDO



Prólogo [7]

Introdução [8]

Mandatos e iniciativas globais [10]

Análise da situação na América Latina e Caribe [12]

Intervenções na região da América Latina e Caribe [15]

Enfoque contínuo do cuidado mãe, recém-nascido e criança [18]

Plano de ação [19]

O papel da Organização Pan-Americana da Saúde [29]

Referências [30]

## Anexos


Anexo A Taxas de mortalidade neonatal e materna, partos atendidos por pessoal qualificado e percentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer [32]

Anexo B Competências dos profissionais de saúde comunitária e atividades para a família e a comunidade [33]

Anexo C Elementos chave para um processo contínuo e atuante do sistema de atenção [34]

Anexo D Tipos diferentes de atenção necessária antes, durante e depois da gravidez, e diferentes níveis de participação, da família ao estabelecimento de saúde [36]

Resolução CD48.R4, rev. 1 [38]



Estima-se que, na Região das Américas,  
morrem mais de 20.000 mães durante  
a gravidez e o parto e mais de 200.000  
recém-nascidos morrem nos 28 dias  
seguintes ao nascimento.

# PRÓLOGO



Estima-se que, na Região das Américas, morrem mais de 20.000 mães durante a gravidez e o parto e mais de 200.000 recém-nascidos morrem nos 28 dias seguintes ao nascimento. A maioria destas mortes ocorre na primeira semana de vida, em populações rurais com acesso limitado aos serviços de saúde e em populações indígenas. 85% de todas as mortes neonatais estão associados ao baixo peso ao nascer e à prematuridade, bem como a causas evitáveis como asfíxia perinatal e infecções.



Embora os esforços envidados pelos países da Região hajam repercutido em melhores índices de saúde materna e infantil, pouco foi conseguido na redução das mortes neonatais que atualmente representam mais de 75% dos óbitos de menores de um ano, constituindo ainda uma grande dificuldade para que a maioria de países consiga atingir as Metas de Desenvolvimento do Milênio 4 e 5 até o ano 2015.

O 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde aprovou a resolução “*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*” e propõe apoiar os Estados Membros na elaboração de estratégias e planos de ação nacionais que visem reduzir a mortalidade materna e neonatal no contexto do processo contínuo do atenção de saúde materna, neonatal e infantil.

Este plano de ação que apresentamos nesta oportunidade aborda as desigualdades persistentes, concentrando-se nos grupos marginalizados, e propõe ao mesmo tempo estratégias de cooperação técnica e métodos diferenciados para responder a diferentes situações nos países, e constitui a base das estratégias e dos planos de ação futuros da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à saúde do recém-nascido.

## Mirta Roses Periago

Diretora

Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde

# INTRODUÇÃO

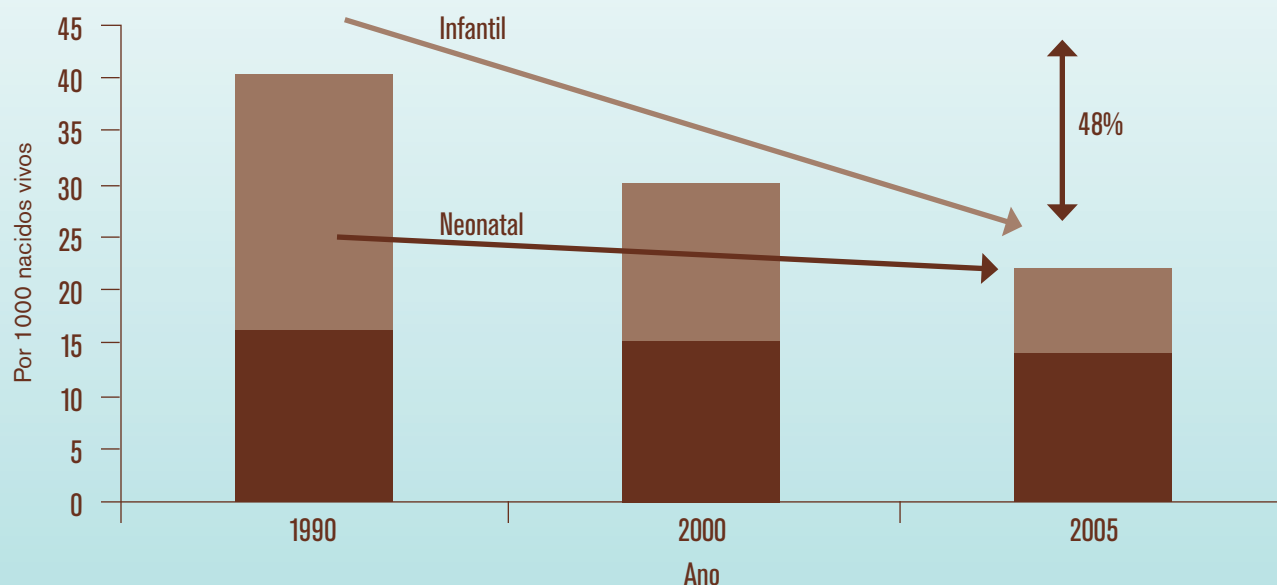


**D**urante os últimos dez anos, a Região da América Latina e Caribe (ALC) realizou avanços consideráveis na redução da mortalidade pós-neonatal (infantil e a de crianças menores de cinco anos); no entanto, a queda da mortalidade neonatal não acompanhou a velocidade desta tendência.

A Região da ALC caracteriza-se por apresentar grandes diferenças em termos de indicadores de saúde entre os países e enormes desigualdades internas.

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. A Figura 1 mostra que, de 1990 a 2005, a mortalidade infantil foi reduzida em 48% a expensas da mortalidade pós-neonatal, embora a tendência da mortalidade neonatal mostre que os avanços são lentos.

Figura 1 ◀ Evolução da mortalidade infantil e neonatal na Região das Américas por período de tempo



Fonte: Estimativas de FCH/CA com base de dados de HA-OPAS, 2006





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.

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.

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





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).

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.

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.

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 igualdad de género 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.

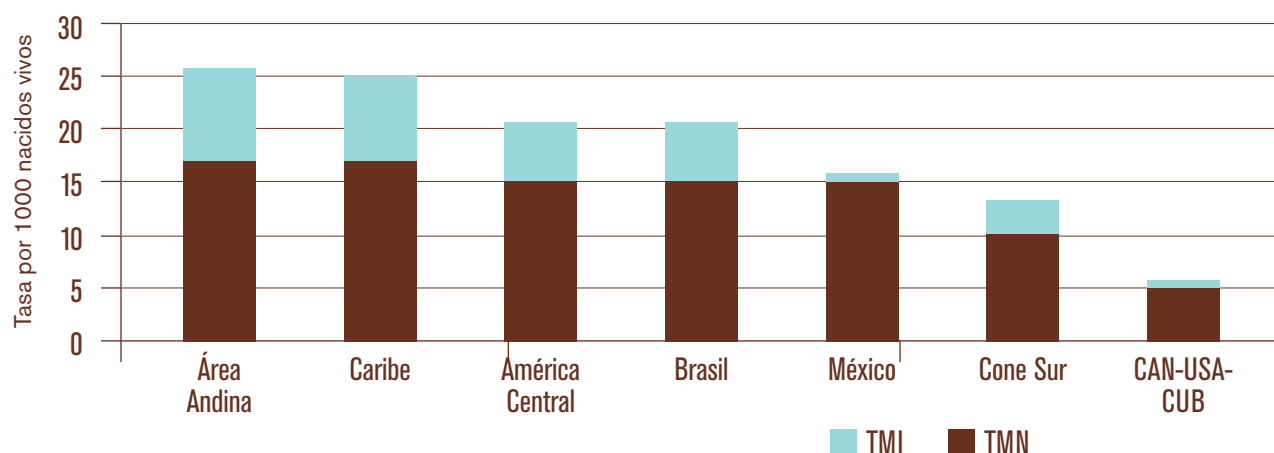


# ANÁLISE DA SITUAÇÃO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

## A magnitude da problemática neonatal

A cada ano, na Região da ALC, morrem mais de 200.000 bebês durante os primeiros 28 dias de vida. A média regional da taxa de mortalidade neonatal é 14 por cada mil nascidos vivos (OPS, 2008). 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 70% da mortalidade infantil e quase 40% da mortalidade dos menores de cinco anos de idade. A figura 2 mostra que, em algumas regiões, as mortes neonatais representam mais de 85% da mortalidade infantil.

Figura 2 ■ Taxas de mortalidade infantil e neonatal nas Américas distribuídas por regiões



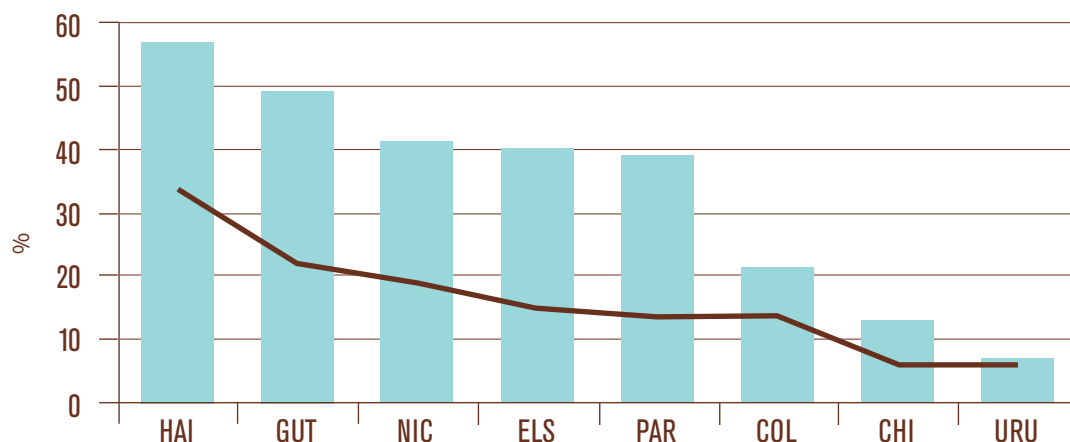
Fonte: Estimativas de FCH/CA com base de dados de HA-OPAS, 2008

## Causas da mortalidade neonatal

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. A Figura 3 mostra a relação entre a população feminina que vive em zonas rurais e a mortalidade neonatal.



**Figura 3** ■ Percentagem de população feminina em áreas rurais e sua relação com a mortalidade neonatal em países selecionados da América Latina e Caribe

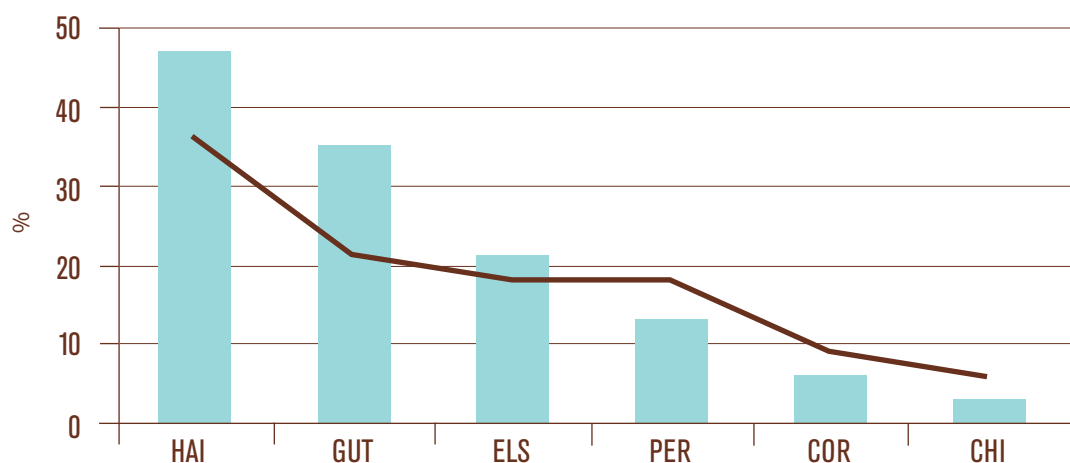


**Fonte:** Estimativas com base em CELADE, 2006, e D.POB.NU, 2007

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.

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. A Figura 4 mostra a relação entre a educação da mãe e a mortalidade neonatal em países selecionados da América Latina e Caribe.

**Figura 4** ■ Percentagem de analfabetismo entre mulheres de 15 anos ou mais e sua relação com a mortalidade neonatal em países selecionados da América Latina e Caribe

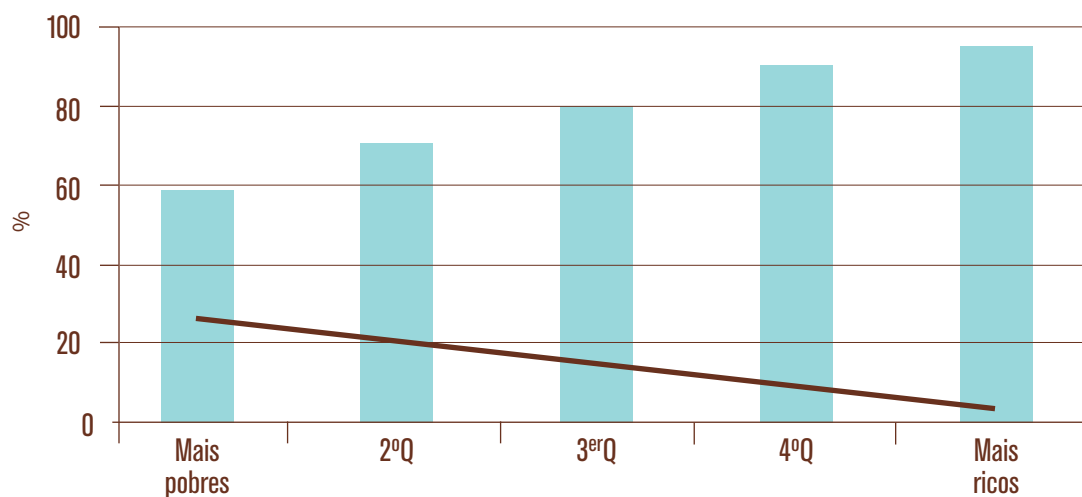


**Fonte:** Estimativas com base em dados de UNESCO-IEU, 2005



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 instruídos (OPS, 2007). A Figura 5 mostra as desigualdades entre os países mais pobres e mais ricos em relação à cobertura do controle pré-natal e sua repercussão na mortalidade neonatal.

**Figura 5** Percentagem de controle pré-natal entre ricos e pobres em países selecionados da América Latina e Caribe e sua relação com a mortalidade neonatal



**Fonte:** Estimativas de FCH/CA com base de dados de HA-OPAS, 2007, e Banco Mundial, 2007

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.

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

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

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.

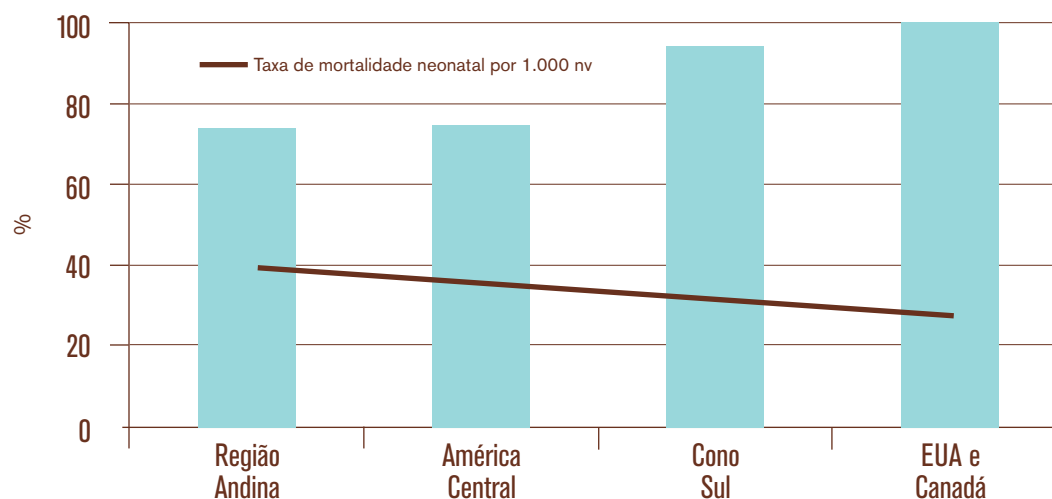
Alguns destes processos estão centrados na saúde da família, como ocorre no Brasil, outros no marco de uma cobertura de seguro público universal ou em programas de atenção gratuita da maternidade, como na Bolívia, Equador e Haiti.

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

Embora quase 80% dos partos na Região da ALC ocorra nos estabelecimentos de saúde, a qualidade da atenção nem sempre é ótima. A Figura 6 mostra que o atendimento qualificado do parto tem repercussão direta na mortalidade neonatal.

**Figura 6** Percentagem de partos atendidos por pessoal qualificado por regiões e sua relação com a mortalidade neonatal



Fonte: Estimativas de FCH/CA com base de dados de HA-OPAS, 2007

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.

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)

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.

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 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.

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

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

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

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





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

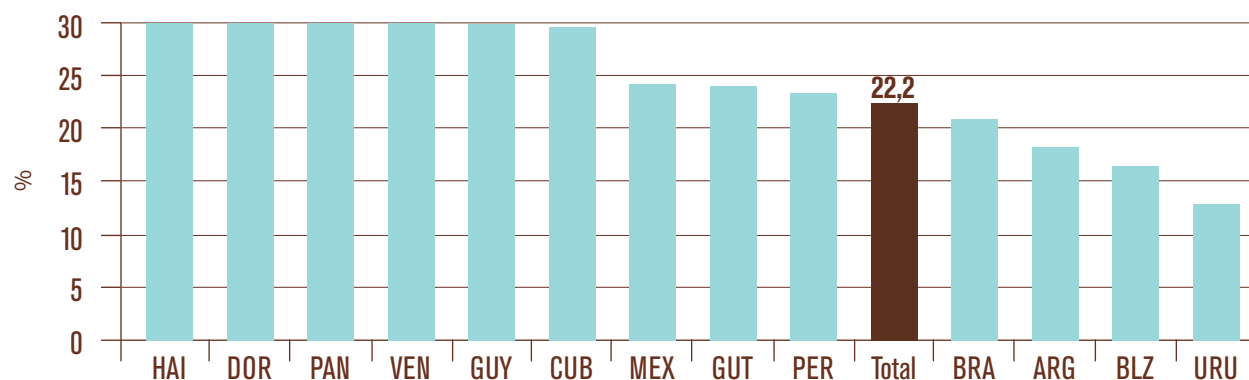
Começar a amamentação materna exclusiva na primeira hora é fundamental para a sobrevivência no período neonatal e dos primeiros anos de vida. Na América Latina e Caribe, calcula-se que 66% dos falecimentos de lactentes devidos a doença diarreica e infecções respiratórias agudas que ocorrem nos primeiros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

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

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. A Figura 7 mostra que, em média, 22,2% dos recém-nascidos são infectadas por suas mães positivas para HIV.

**Figura 7** ▲ Percentagem estimada de recém-nascidos infectados pelo HIV de mães positivas para HIV em países selecionados da América Latina e Caribe



**Fonte:** Estimativas de FCH/CA com base de dados de TEM-OPAS, 2007

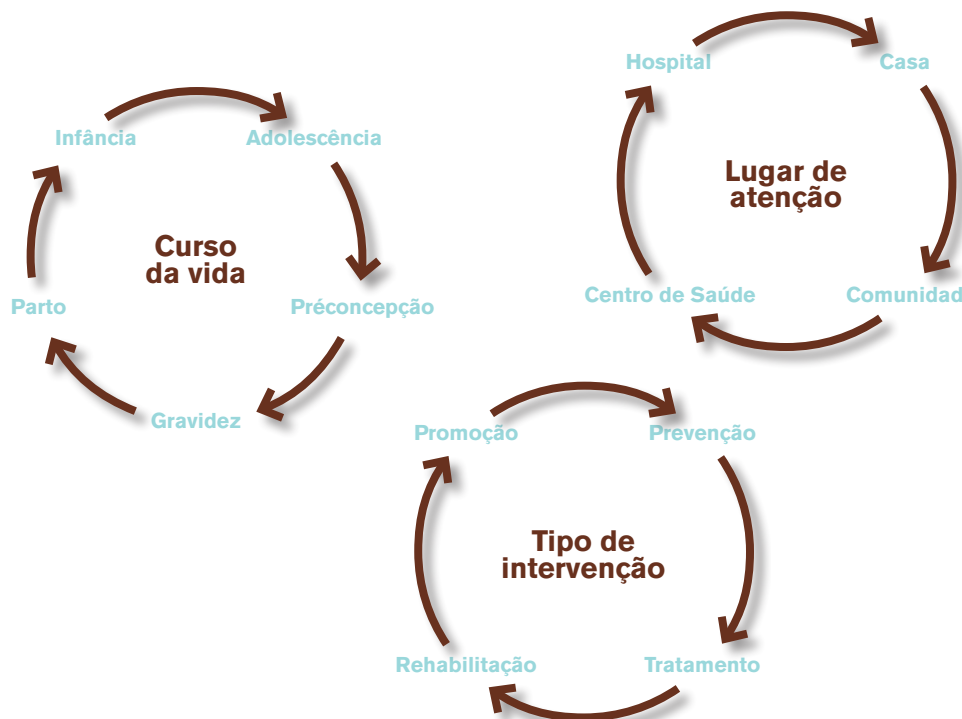


# ENFOQUE CONTÍNUO DO CUIDADO MÃE, RECÉM-NASCIDO E CRIANÇA

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.

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. A Figura 8 mostra que o marco de ação do contínuo de atenção está situado não somente no curso da vida, mas no lugar onde é proporcionada a atenção e o tipo de intervenção realizada

Figura 8 ◀ Marco de Ação no Contínuo de Atenção Mãe, Recém-Nascido e Criança



# PLANO DE AÇÃO

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.

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

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

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.

<b>Linha de ação 1.1</b>	<b>Promover o desenvolvimento de planos nacionais para melhorar o saúde perineonatal</b>
<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 recém-nascido e da criança</li> <li>▪ Revisar a estrutura legal para a proteção e o exercício dos direitos das mulheres e as crianças.</li> <li>▪ ( Países prioritários de impacto: Bolívia, Brasil, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana.)</li> </ul>
<b>Linha de ação 1.2</b>	<b>Criar e fortalecer alianças e associações</b>
<b>Objetivo</b>	Até 2010, os países prioritários e de impacto da América Latina e Caribe terão estabelecido alianças entre as organizações que apoiam a implementação dos planos nacionais.
<b>Atividades no plano regional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecimento da Aliança Regional Neonatal na América Latina e Caribe para desenvolver um plano de trabalho conjunto em apoio à iniciativa</li> <li>▪ Intercâmbio de ferramentas e experiências mediante boletins informativos ou outros</li> <li>▪ Promoção da cooperação sul-sul</li> </ul>
<b>Atividades em nível nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar os sócios potenciais e atores sociais para participar da aliança em apoio ao desenvolvimento do plano conjunto</li> <li>▪ Desenvolver e executar um plano de trabalho conjunto entre as diferentes instituições que apoiem o plano regional</li> </ul>

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

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.

<b>Linha de ação 2.1</b>	<b><i>Promover o acesso universal equitativo à atenção à saúde materna e neonatal privilegiando grupos vulneráveis</i></b>
<b>Objetivo</b>	Até 2012, os países prioritários terão alcançado pelo menos 80% de cobertura de atendimento do parto por pessoal qualificado
<b>Atividades no plano regional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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.</li><li>▪ Desenvolver, elaborar e promover propostas que apoiem a interculturalidade e o bom tratamento.</li><li>▪ Facilitar o intercâmbio de experiências entre países que tenham desenvolvido modelos de cobertura de seguro para o cuidado materno neonatal.</li></ul>
<b>Atividades em nível nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Explorar as distintas alternativas de financiamento do acesso universal à saúde materna e neonatal considerando a análise de custos.</li><li>▪ Reforçar e promover o bom tratamento e o enfoque de interculturalidade nos serviços materno neonatais.</li><li>▪ Fortalecer o sistema de referência e contra-referência.</li><li>▪ Fortalecer a participação de redes sociais no funcionamento do sistema de referência e contra-referência.</li></ul>
<b>Linha de ação 2.2</b>	<b><i>Atualizar, difundir e aplicar intervenções de atenção à saúde materna e neonatal</i></b>
<b>Objetivo</b>	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.
<b>Atividades em nível regional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Elaborar e divulgar documentos normativos genéricos para que se possam adaptar nacionalmente e nos diferentes níveis de atenção.</li><li>▪ Facilitar os processos de adaptação no âmbito do país.</li><li>▪ Promover o intercâmbio de experiências entre países.</li></ul>
<b>Atividades em nível nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Adaptar e aplicar os documentos normativos genéricos à realidade nacional.</li><li>▪ Melhorar as competências dos recursos humanos em saúde institucionais e comunitários.</li><li>▪ Reforçar os conteúdos nos programas de pré e pós-graduação nas escolas formadoras de recursos humanos em saúde.</li><li>▪ Seguimento e monitoramento da aplicação das normas por níveis de atenção.</li><li>▪ Garantir a existência e provisão de medicamentos, equipamento e insumos básicos para o cuidado materno e neonatal.</li><li>▪ Promover a aplicação do contínuo do cuidado no nível local.</li></ul>

### Área estratégica 3: Promover as intervenções comunitárias

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

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

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 promover o registro clínico perinatal e o Sistema de Informação Perinatal (SIP) como uma das ferramentas chave do trabalho pela saúde materna e perinatal.

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.

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

Em resposta à resolução do 47º Conselho Diretor da OPAS, a Tabela 1 propõe uma série de atividades diferenciadas para enfrentar as diferentes situações entre os países e dentro deles, bem como uma série de indicadores de processo, resultado e impacto.



**Tabela 1** Atividades diferenciadas segundo diferentes cenários epidemiológicos para a abordagem de situações específicas

Áreas estratégicas	Taxa de mortalidade neonatal 20 ou mais por 1000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade neonatal entre 15 e 19 por 1000 nascidos vivos	Taxa de mortalidade neonatal 15 ou menos por 1000 recém-nascidos vivos
<b>1) Criar um ambiente favorável à promoção da saúde neonatal</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> <li>▪ Garantir a igualdade</li> <li>▪ Promover a qualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar políticas específicas para abordar a atenção neonatal</li> <li>▪ Divulgar os manuais e normas em todos os níveis de atenção</li> <li>▪ Promoção intensiva dos cuidados essenciais ao recém-nascido e identificação de sinais de perigo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaborar políticas específicas para abordar a atenção neonatal</li> <li>▪ Divulgar os manuais e normas em todos os níveis de atenção</li> </ul>
<b>2) Fortalecer os sistemas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumentar a cobertura de atenção proporcionada por pessoal qualificado</li> <li>▪ Garantir a atenção das emergências obstétricas e neonatais em estabelecimentos de referência</li> <li>▪ Estabelecer serviços de atenção integral obstétrica e neonatal de qualidade nos hospitais de referência</li> <li>▪ Fortalecer o sistema de encaminhamento e as conexões entre as comunidades e dos estabelecimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lograr uma cobertura universal com pessoal qualificado, voltada para as populações a que estes serviços habitualmente não chegam</li> <li>▪ Garantir a atenção das emergências obstétricas e neonatais nos estabelecimentos de saúde</li> <li>▪ Melhorar a qualidade e a aceitabilidade cultural da atenção obstétrica e perinatal</li> <li>▪ Estabelecer serviços de atenção integral obstétrica e neonatal de qualidade nos hospitais de referência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lograr uma cobertura universal da atenção clínica, inclusive a atenção neonatal intensiva</li> <li>▪ Melhorar a qualidade clínica da atenção e promover a atenção favorável para toda a família.</li> <li>▪ Garantir o fornecimento de medicamentos para o manejo de patologias graves</li> <li>▪ Assegurar a continuidade do pessoal</li> </ul>
<b>3) Promover intervenções comunitárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuar promovendo a demanda de atenção</li> <li>▪ Fortalecer a atenção familiar e comunitária</li> <li>▪ Promover metas de conduta específicas (p. ex. aumento da amamentação materna exclusiva até os 6 meses de idade)</li> <li>▪ Considerar o tratamento comunitário para alguns problemas específicos do recém-nascido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Continuar promovendo comportamentos saudáveis no lar 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>4) Criar e fortalecer sistemas de monitoramento e avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantir a vigilância</li> <li>▪ Monitoramento e avaliação neonatal</li> <li>▪ Adequar os instrumentos genéricos aos diferentes níveis de atenção</li> <li>▪ Favorecer a incorporação de variáveis neonatais nas estatísticas e pesquisas nacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Garantir a qualidade, supervisão e seguimento do apoio, dando ênfase à boa comunicação e às aptidões para negociação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vigiar e melhorar os resultados a longo prazo em caso de complicações neonatais.</li> </ul>

Com base nas atividades diferenciadas segundo os diferentes cenários epidemiológicos na Tabela 2, propõe-se uma série de marcadores indicativos que todos os países devem compilar, assim como outros indicadores de processo, resultado e impacto que podem ser opcionais segundo as necessidades locais.

**Tabela 2** ◀ Marcadores indicativos comuns sugeridos de processo, resultado e impacto

Áreas estratégicas	Marcadores indicativos comuns	Indicadores de processo	Indicadores de resultado	Indicadores de impacto
<b>1) Criar um ambiente favorável à promoção da saúde neonatal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contar com um plano nacional que inclua a saúde materna e neonatal no marco do contínuo, aprovado, consensual, em curso e com orçamento apropriado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gasto em saúde consignado a programas maternos neonatais</li> <li>▪ Acesso a serviços de saúde</li> <li>▪ Acesso a medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de países que têm programas nacionais integrados de saúde da mãe, do recém-nascido e da criança</li> <li>▪ Proporção de estabelecimentos com programas implementados de saúde neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taxa de mortalidade perinatal x 1000 nascidos vivos</li> <li>▪ Taxa de mortalidade fetal por 1000 nascidos vivos</li> <li>▪ Letalidade hospitalar por causa neonatal</li> <li>▪ Taxa de mortalidade neonatal prematura (0-6 dias) por 1000 nascidos vivos</li> <li>▪ Taxa de mortalidade neonatal tardia (7-28 dias) por 1000 nascidos vivos</li> <li>▪ Taxa de mortalidade neonatal (0-28 dias) por 1000 nascidos vivos.</li> <li>▪ Mortalidade neonatal por causa específica</li> <li>▪ Mortalidade neonatal específica por peso ao nascer</li> <li>▪ Mortalidade neonatal por idade ao nascer</li> <li>▪ Prevalência de baixo peso ao nascer</li> </ul>
<b>2) Fortalecer os sistemas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de partos institucionais em áreas de maior risco</li> <li>▪ Proporção de partos atendidos por pessoal qualificado</li> <li>▪ Proporção de serviços que aplicam normas e protocolos de gestão neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de pessoal capacitado em cuidado neonatal essencial</li> <li>▪ Número de pessoal capacitado em reanimação neonatal básica</li> <li>▪ Proporção de serviços materno-infantis com normas ou protocolos para atenção neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de serviços materno-infantis nos quais é aplicada AIDPI neonatal</li> <li>▪ Proporção de pessoal dos serviços materno-infantis que aplica corretamente os cuidados neonatais essenciais</li> <li>▪ Proporção de pessoal dos serviços materno-infantis que tem conhecimento</li> </ul>	

Tabela 2  contínua

<b>2) contínua</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de serviços maternos infantis com um sistema estabelecido de referência e contra-referência</li> <li>▪ Partos por cesárea como proporção de todos os nascimentos na população</li> <li>▪ Proporção de recém-nascidos com complicações admitidos a um estabelecimento que vêm a falecer</li> </ul>	<p>de pelo menos 5 sinais de perigo neonatais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de partos institucionais</li> <li>▪ Proporção de partos atendidos por pessoal qualificado</li> <li>▪ Proporção de gestantes com 4 ou mais controles pré-natais</li> <li>▪ Proporção de recém-nascidos amamentados dentro da primeira hora</li> <li>▪ Proporção de bebês que recebem cuidado pós-natal ao 3º dia</li> <li>▪ Proporção de mulheres grávidas com prova VDRL</li> <li>▪ Proporção de mulheres grávidas vacinadas com toxóide tetânico</li> </ul>	
<b>3) Promover intervenções comunitárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de serviços que trabalham na comunidade com estratégias de IEC implementadas.</li> <li>▪ Proporção das comunidades onde se realizam visitas domiciliares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distância em tempo entre a residência e as instituições de primeiro nível e do nível de referência mais próximas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de comunidades que estabeleceram plano de transporte materno-neonatal</li> <li>▪ Proporção de mães que conhecem pelo menos 3 sinais de perigo neonatais</li> </ul>	
<b>4) Criar e fortalecer os sistemas de seguimento e avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de redução da mortalidade em &lt; 5 anos com base nas MDM</li> <li>▪ Proporção de redução da mortalidade neonatal prematura e tardia</li> <li>▪ Proporção de mães que reconhecem pelo menos dois sinais de perigo maternos e neonatais</li> <li>▪ Proporção de serviços com um sistema comunal implantado de vigilância neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de serviços materno-infantis com sistema estabelecido de vigilância, monitoramento e avaliação</li> <li>▪ Proporção de serviços materno-infantis com sistema estabelecido de informação perineonatal</li> <li>▪ Proporção de serviços que analisam rotineiramente a mortalidade e a morbidade neonatal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proporção de serviços materno-infantis que aumentaram sua cobertura de atenção neonatal</li> </ul>	

# O PAPEL DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

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.

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.

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

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.

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.

Assim, este documento é um chamado a favor de um acordo interagencial e multissetorial sobre o 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.

# 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
- 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). *Práticas 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, Hoop-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

## Anexo A 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>					
Rep. 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
Ecuador	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
Tri. y Tobago	13	-	45,0	-	11,1
Granada	13	-	-	-	9,4
Venezuela	12	18	59,9	94,0	9,5
SK y Nevis	12	-	-	-	9,0
Panamá	11	15	66,0	92,5	9,4
SV y Granad.	11	-	-	-	7,9
Argentina	10	14	39,2	98,7	7,3
Jamaica	10	17	95,0	94,6	11,6
Bahamas	10	-	16,0	-	10,6
Ant. y Barb.	8	-	-	-	5,3
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
Média	14,0	21,3	99,6	74,1	9,2

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> Estadísticas e indicadores sociales (BADEINSO), UNICEF-OMS, 2005



## Anexo B ■ 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>

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

Momento	Atividades
<b>Atenção antes da gravidez para todas as mulheres em idade fértil<sup>1,2</sup></b>	<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> <li>• Educação escolar em saúde reprodutiva, paternidade responsável e promoção da amamentação materna desde cedo (para ambos os sexos)</li> </ul>
<b>Cuidado pré-natal</b>	<p><b>Cuidado pré-natal que abranja quatro consultas médicas e inclui:</b></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, tratamento e seguimento da mulher com antecedentes de consumo de drogas</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> <li>• Detecção e tratamento de estreptococo para evitar infecção no recém-nascido</li> <li>• Educação sobre aspectos higiênico-dietéticos (alimentação, higiene, repouso, vestuário)</li> <li>• Educação sexual do casal nesta etapa da gravidez e planejamento sexual</li> </ul>
<b>Atendimento do parto</b>	<p><b>Atenção qualificada durante os diferentes períodos do parto, inclusive:</b></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> <li>• Controle e vigilância da parturiente e dos lóquios nas primeiras 24 horas</li> <li>• Promover a amamentação materna precoce (no período ativo do recém-nascido, dentro das primeiras duas horas após o nascimento, desde que o permitam as condições da mãe e do neonato)</li> <li>• Controle e vigilância da pressão arterial</li> </ul>

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

2 Informe del CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55 (RR-6):1-23. Se lo puede consultarse en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>.

Anexo C  contínua

Momento	Atividades
<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>• Ensino à mãe de extração manual de leite, para 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> <li>• Orientar a mãe para comparecimento ao 1º controle num centro de saúde antes de 5 dias após a alta</li> <li>• Educação da mãe para o autocontrole dos lóquios, para identificação de situações de risco e sua pronta assistência</li> <li>• Controle do recém-nascido que ao receber alta ou, antes de deixar a mãe no domicílio, haja recebido Vitamina K, profilaxia ocular, dando início ao esquema de vacinação contra hepatite B</li> <li>• Controle de apego mãe-filho</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> <li>• Estabelecer com a mãe um cronograma de visitas e comparecimentos ao centro de saúde com a mãe/família (especialmente com mães adolescentes)</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> <li>• Coleta de amostra para FEI</li> <li>• zAconselhar sobre o NÃO uso de infusões nos neonatos</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>

## Anexo D ▶ 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	<p>Vacina anti-rubéolica</p> <p>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.</p> <p>Promoção do abandono do hábito de fumar e suspensão do consumo de drogas e álcool durante a gravidez.</p> <p>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).</p>
<b>Durante ao parto</b>	<p>Conjunto de medidas de atenção qualificada da mãe e de atenção neonatal imediata.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> </ul>		<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>

Anexo D  contínua

Fase	Intervenções	Cobertura situacional (naqueles casos em que prevalecem determinadas condições específicas)	Intervenções suplementares
<b>Durante ao parto contínua</b>	<p>(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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>		<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>
<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 asfixia 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.

# RESOLUÇÃO CD48.R4, REV. I

## 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

### *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 CD48/7);

Reconhecendo que a mortalidade materna e 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 apóiem a redução da mortalidade materna e neonatal como uma prioridade dos programas de saúde mediante a ampliação, o fortalecimento ou a manutenção da aplicação da estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde neonatal do recém-nascido no processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança;
  - b) a que considerem a estratégia e o plano de ação 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 materna e neonatal e melhorar a colaboração entre os programas e os diferentes níveis de atenção;
- d) a que apóiem 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 materna e 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 exitosas e promova a cooperação técnica horizontal pelos Estados Membros na implementação do plano regional de ação.

*(Quinta reunião, 1o de outubro de 2008)*



# **Organização Pan-Americana da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da  
Organização Mundial da Saúde*

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, U.S.A.

[www.paho.org](http://www.paho.org)



# **USAID**

DO POVO AMERICANO