



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

55º CONSELHO DIRETOR

68ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016

Tema 7.11 da agenda provisória

CD55/INF/11
28 de julho de 2016
Original: espanhol

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

Antecedentes

1. Em 2008, o 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovou a *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* (1).
2. Em 2015, ao fim do período de implementação da estratégia e plano de ação, em virtude dos indicadores considerados na elaboração destes, foi iniciada a avaliação da implementação de determinadas atividades e dos resultados bem como das experiências bem-sucedidas. A análise final foi realizada segundo níveis de agregação regional e por países, sendo dada especial importância aos países definidos como prioritários na estratégia.¹ Os dados correspondentes à mortalidade neonatal e sua respectiva contribuição à mortalidade infantil foram obtidos de estimativas indiretas elaboradas pelo Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas, de 1990 a 2015 (considerando como ponto final o último ano disponível) (2) e de fontes secundárias (3). (Ver tabela 1 no Anexo.)

Atualização do progresso alcançado

3. No decorrer do período de implementação da estratégia e plano de ação regionais, foram observados avanços consideráveis na redução da mortalidade neonatal na Região das Américas e, especificamente, na América Latina e Caribe.
 - a) No período entre 1990, considerado o ano de partida para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), e a última estimativa disponível correspondente a 2014, houve uma queda no índice de mortalidade neonatal na

¹ Países definidos como prioritários: Bolívia, Brasil, Equador, El Salvador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e República Dominicana.

América Latina e Caribe, de 22,1 a 9,3 mortes neonatais por mil nascidos vivos. Esta queda representa uma redução de 12,8 mortes por mil nascidos vivos (57,9%). Entre 2008 e 2014, verificou-se uma redução de 1,5 morte por mil nascidos vivos (de 10,8 a 9,3/1.000 nascidos vivos), o que representa uma redução de 13,9% em relação a 2008. A variação observada implica em uma desaceleração na velocidade de redução do índice de mortalidade neonatal durante o período de implementação da estratégia. Embora tenha sido registrada entre 1990 e 2008 uma queda média anual de 3,9%, entre 2008 e 2014 a queda média foi de 2,4% ao ano. O comportamento observado nos países prioritários foi semelhante. Os níveis extremos do índice de mortalidade neonatal estimados nos países prioritários, que em 2008 foram de 10,3 e 28,5 por mil nascidos vivos, caíram para 8,6 e 26,0 por mil nascidos vivos, respectivamente (por volta de 2014). A mediana de queda corresponde a uma redução de 17% em relação a 2008 visto que, em 9 dos 12 países, a queda manteve-se próxima ou foi superior a 10% no mesmo período. (Ver a figura no Anexo.)

- b) A contribuição proporcional da mortalidade neonatal à mortalidade em menores de cinco anos aumentou. Em 1990, 40,7% da mortalidade em menores de cinco anos correspondia a mortes no período neonatal, aumentando a 49,2% em 2008 e 52% em 2014. Este aumento responde à maior queda registrada no componente pós-neonatal e no componente de 1 a 4 anos no mesmo período.
- c) As desigualdades na mortalidade neonatal merecem destaque. Em 2008, os índices de mortalidade neonatal nos países da Região variaram entre 2,9 e 28,5 por mil nascidos vivos. Esta diferença, que é de uma ordem estimada de 25,6, não teve diminuição considerável. Estas diferenças implicam que os países com os índices de mortalidade neonatais mais elevados apresentam níveis 10 vezes maiores em comparação aos países que registram os níveis mais baixos. (Ver tabela 2 no Anexo.)

4. ***Área estratégica 1: Criar um entorno favorável para a promoção da saúde perineonatal:*** a elaboração de planos nacionais específicos e a criação e o fortalecimento de alianças para a saúde do recém-nascido constituem linhas de ação específicas. Importantes avanços foram feitos na atualização dos perfis da situação neonatal e dos planos nacionais que visam dar visibilidade ao recém-nascido e contribuir para a redução da mortalidade e morbidade que podem ser prevenidas.

5. Ao fim do período de implementação da estratégia, 80% dos países têm um plano nacional estratégico sendo implementado. Todos os países prioritários de impacto da Região têm um plano nacional sendo implementado, o que possibilita o cumprimento do objetivo específico. De forma semelhante, a formação de alianças estratégicas tem sido o eixo central tanto ao nível regional quanto ao nacional. A Aliança em prol da saúde neonatal na América Latina e Caribe tem sido fundamental para o fortalecimento das atividades específicas e para a formação de alianças nacionais que dão apoio a estas atividades. Os países prioritários na estratégia, assim como outros países da Região, possuem alianças com características e níveis de formalização distintos. Em alguns

países, como Haiti, Paraguai e República Dominicana, onde não haviam sido formadas nem fortalecidas as alianças, elas estão em plena implementação atualmente.

6. **Área estratégica 2: Fortalecer os sistemas de saúde e melhorar o acesso aos serviços de atenção materna, do recém-nascido e da criança:** a estratégia propunha especificamente promover o acesso universal equitativo à atenção à saúde materna e neonatal privilegiando os grupos vulneráveis, com o objetivo de alcançar pelo menos 80% de cobertura de atenção qualificada ao parto. Na Região das Américas, três países ainda não alcançaram 80% de cobertura de atenção qualificada ao parto, e nos três casos se trata de países prioritários (Bolívia, Guatemala e Haiti) (3).

7. A atualização, difusão e implantação de intervenções de atenção à saúde materna e neonatal representa outra linha de ação neste sentido. A necessidade de instituir padrões com base científica na atenção neonatal como parte do processo contínuo de atenção é reconhecida pelos países da Região e, em particular, por todos os países prioritários. Este componente representa um progresso em relação ao objetivo definido na estratégia, que considera a implementação de padrões com base científica e procedimentos de atenção neonatal no processo contínuo da atenção em todos os países prioritários em 2009. No entanto, de acordo com a experiência dos países, conclui-se que o nível de cumprimento com os padrões é variável ou não existem informações quanto ao nível de cumprimento.

8. **Área estratégica 3: Promover intervenções comunitárias:** a implantação de intervenções comunitárias relacionadas ao recém-nascido tem variado bastante entre os países ou dentro de um único país. Com relação ao objetivo específico, que estabelecia a incorporação destas intervenções em 2010 nos países prioritários, pode-se dizer que foi parcialmente cumprido. Em seis dos países prioritários, a implementação das intervenções tem uma cobertura de mais de 80%, enquanto que no restante dos países a implementação ocorre apenas em áreas geográficas prioritárias. Os países reconhecem a necessidade da realização de visitas domiciliares, mas o nível de cobertura é variável. Nas áreas de maior risco, é de aproximadamente 50% nos países prioritários.

9. **Área estratégica 4: Criar e fortalecer os sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação:** com o objetivo de dispor de sistemas de informação de qualidade em saúde materna e perineonatal e de meios para a vigilância do desempenho dos profissionais da saúde, foram estabelecidas estratégias para o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e dos sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação, que os países prioritários deveriam adotar em 2010. As linhas estratégicas foram fortalecidas ao nível regional e nacional, embora com certa variabilidade ao nível nacional. Os sistemas com maior grau de implementação nos países são os sistemas de registro das estatísticas vitais² e os sistemas de informação sobre serviços de saúde.³ A partir do nível regional foi desenvolvida, atualizada e promovida a implementação de sistemas de vigilância de saúde neonatal (Sistema de Informação Perinatal, SIP) e de vigilância de malformações

² 11 de 12 países fornecem dados sobre mortalidade neonatal desagregados por área geográfica e outros aspectos.

³ 12 de 12 países prioritários.

congênitas. No entanto, os Estados Membros reconhecem a necessidade de fortalecer os sistemas de informação, tanto os vinculados ao mencionado anteriormente como os vinculados à vigilância das mortes neonatais e sistemas de informação da comunidade.

10. Na Região, existem várias experiências bem-sucedidas para a melhoria da atenção neonatal, fruto da implementação de intervenções promovidas como parte da estratégia e plano de ação regionais. Os pontos centrais comuns às experiências bem-sucedidas são a vigilância da morbidade e mortalidade neonatal, implantação de sistemas de vigilância e de programas de detecção precoce de malformações congênitas e de doenças metabólicas e de órgãos sensoriais ao nascimento, melhoria da qualidade da atenção e desenvolvimento de instrumentos de avaliação específicos e de atenção aos recém-nascidos de risco e atenção precoce no curso de vida. Muitas das experiências bem-sucedidas identificadas foram realizadas nos países prioritários e, em alguns casos, geraram ou promoveram mecanismos de cooperação sul-sul. Além disso, respondem claramente aos novos desafios da saúde neonatal na Região.

Conclusões

11. Foram observados progressos e avanços na saúde do recém-nascido, em particular em termos da implementação de planos específicos e da queda na mortalidade neonatal. No entanto, a desaceleração da redução da mortalidade neonatal, a persistente desigualdade na mortalidade neonatal e nas mortes por causas que podem ser prevenidas, além da necessidade de fortalecer as ações voltadas a alcançar a cobertura universal e atenção de saúde de qualidade, a abordagem comunitária e o fortalecimento dos sistemas de informação para monitoramento, avaliação e planejamento, continuam sendo os principais desafios para os países da Região e em particular para os países prioritários. Prematuridade, malformações congênitas, septicemia e asfixia continuam sendo problemas em que é essencial intervir nos determinantes. Neste sentido, cabe mencionar a carga de mortalidade e morbidade por malformações congênitas e a necessidade de intervir nos fatores modificáveis.

12. Os Estados Membros reconhecem a importância de intervir dentro do processo contínuo de atenção e concentrar as ações nos recém-nascido. Isso implica fortalecer as ações que visam reduzir a mortalidade por causas que podem ser prevenidas e as consideráveis desigualdades existentes relacionadas a aspectos geográficos, socioeconômicos, de origem étnica, entre outros. Mas, ao mesmo tempo reconhecem a necessidade de orientar as ações para abordar os aspectos que influem na morbidade e repercutem no curso de vida, ao influir nas capacidades individuais e no capital social.

13. A implementação de medidas por parte dos Estados Membros, além de outras peças-chave, no curso da implementação da estratégia e plano de ação regionais, os resultados alcançados e a participação no processo de avaliação demonstram o grande compromisso com o avanço para atingir cobertura universal de saúde, com intervenções de qualidade e voltadas a reduzir as desigualdades existentes, em particular nos recém-nascidos, no período 2008–2015.

Ação necessária para melhoria da situação

14. Diante dos resultados obtidos e dos desafios persistentes, é essencial manter o compromisso e os esforços, tanto por parte dos Estados Membros como da Repartição Sanitária Pan-Americana, para fazer progredir e aprofundar os êxitos alcançados, principalmente nos países prioritários, com intervenções orientadas à mãe e ao recém-nascido a fim de reduzir a mortalidade neonatal.

15. Recentemente foram aprovadas diversas iniciativas e estratégias regionais e globais em que é enfatizada a necessidade de concentrar as ações na saúde do recém-nascido, como o plano de ação *Todos os recém-nascidos* (4), a estratégia *Uma promessa renovada* (5) e a *Estratégia global de saúde da mulher, da criança e do adolescente (2016–2030)* (6), e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (7). Para que estejam em consonância com a estratégia que está sendo avaliada, recomenda-se adotar as linhas estratégicas e as metas ali definidas, adaptando-as à situação regional, além de estabelecer planos operacionais e mecanismos específicos de monitoramento e avaliação.

16. Diante dos desafios atuais demonstrados pela presente avaliação, propõe-se estabelecer mecanismos para a adoção dos objetivos estratégicos e metas propostos no plano de ação global *Todos os recém-nascidos*: fortalecer as ações voltadas à cobertura universal, com intervenções de qualidade, reduzir as desigualdades, fortalecer as ações com o envolvimento dos pais, famílias e comunidades e fortalecer os sistemas de informação.

Ação pelo Conselho Diretor

17. Solicita-se ao Conselho Diretor que tome nota do presente relatório, bem como dos resultados obtidos, e que faça as recomendações que julgar pertinentes.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo de atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança [internet]. 48º Conselho Diretor da OPAS, 60ª Reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2008; Washington, DC. Washington (DC): OPAS; 2008 (documento CD48/7) [consultado em 26 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48-07-p.pdf?ua=1>
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Grupo do Banco Mundial, Nações Unidas. The UN inter-agency group for child mortality estimation (IGME). Levels and trends in child mortality: Report 2015 [Internet].

Nova York. Nova York: UNICEF; setembro de 2015 [consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em:

http://www.childmortality.org/files_v20/download/IGME%20report%202015%20child%20mortality%20final.pdf

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Situación de la Salud en las Américas: Indicadores Básicos, 2015 [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2015. Disponível em espanhol em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2470&Itemid=2003&lang=es
4. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths [Internet]. Genebra: OMS; 2014. Disponível em inglês em:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/every-newborn-action-plan-draft.pdf
5. Banco Interamericano de Desenvolvimento, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e Banco Mundial. Una promesa renovada para las Américas [Internet]. 2015. Disponível em espanhol e inglês: <http://www.apromiserenewedamericas.org/>
6. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): Survive, thrive, transform. Nova York: Every Woman Every Child 2015. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>
7. Organização das Nações Unidas. Sustainable Development Knowledge Platform [Internet]. Nova York: ONU, 2016 [consultado em 16 de fevereiro de 2016]. Disponível em inglês em: <https://sustainabledevelopment.un.org>

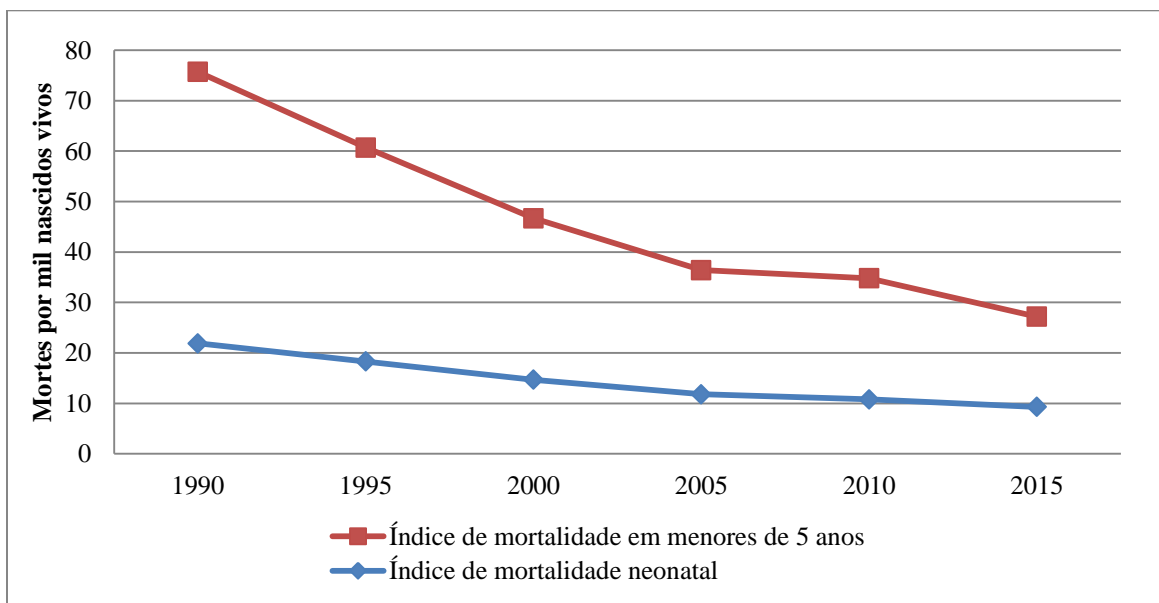
Anexo

Tabela 1. Índice de mortalidade neonatal por mil nascidos vivos, estimado e notificado, último ano disponível

País	Grupo Interinstitucional de Estimativas sobre Mortalidade Infantil das Nações Unidas	Dado notificado pelos países (OPAS)	Ano
Antígua e Barbuda	5,1 (3–8)	8,2	2014
Argentina	6,8 (5,9–7,5)	7,4	2013
Bahamas	7,3 (5,5–9,6)	14,4	2013
Barbados	8,4 (6,5–10,7)	8,4	2013
Belize	8,6 (5,4–11,7)	7,9	2014
Bolívia	24,4 (20–29,6)	27,0	2008
Brasil	10,3 (9,7–11)	9,9	2013
Canadá	3,6 (3,2–4)	3,6	2011
Chile	5,2 (4,1–6,3)	5,2	2013
Colômbia	8,8 (6,1–13,2)	7,7	2014
Costa Rica	6,3 (5–7,8)	6,2	2014
Cuba	2,4 (2,1–2,6)	2,3	2014
Dominica	15,6 (11,8–20,3)	15,0	2014
Equador	11,4 (7,2–18,4)	4,6	2013
El Salvador	8,6 (6–12,2)	6,4	2014
Estados Unidos da América	3,9 (3,4–4,5)	4,0	2012
Granada	6,2 (4,5–8,4)	10,9	2014
Guatemala	14,3 (9,7–21,2)	7,9	2013
Guiana	23,2 (16,9–32,3)	21,7	2014
Haiti	26,9 (20,2–35,1)	31,0	2012
Honduras	12,2 (9,6–15,5)	18,0	2012
Jamaica	12,4 (7,9–18,8)	16,1	2013
México	7,7 (6,8–8,7)	8,3	2013
Nicarágua	11,4 (7,8–16,5)	10,0	2011
Panamá	10,2 (5,7–16,8)	8,5	2013
Paraguai	11,8 (6,8–19,4)	10,6	2013
Peru	8,9 (7,4–11)	12,0	2013
República Dominicana	22,6 (18,4–29,1)	19,9	2013
São Cristóvão e Nevis	6,8 (4,6–9,7)	15,6	2014
Santa Lúcia	9,8 (7,5–12,4)	11,4	2013
São Vicente e Granadinas	11,8 (9,2–15)	14,1	2014
Suriname	13 (7,8–17,7)	11,2	2011
Trinidad e Tobago	14,5 (7,5–30,1)	8,6	2012
Uruguai	5,3 (4,5–6,1)	5,0	2014
Venezuela	9,7 (8–11,5)	11,0	2012

Fonte: Elaboração a partir de estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Grupo do Banco Mundial e Nações Unidas. Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil.

Figura. Evolução do índice de mortalidade neonatal e índice de mortalidade em menores de 5 anos na América Latina e Caribe, 1990–2015



Fonte: Elaboração a partir de estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Grupo do Banco Mundial e Nações Unidas. Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil.

Tabela 2. Evolução do índice de mortalidade neonatal nos países prioritários para ação segundo a *Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde neonatal*, 2008–2014

País	Índice de mortalidade neonatal (mediana)							Variação absoluta (2008–2014)	Variação percentual (2008–2014)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
Bolívia	24,4	23,4	22,6	21,9	21,2	20,7	20,1	4,3	17,6
Brasil	10,3	10,5	10,7	10,8	10,7	10,3	9,6	0,7	6,8
Equador	13,4	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	11,1	2,3	17,2
El Salvador	10,3	10,0	9,8	9,5	9,2	8,9	8,6	1,7	16,5
Guatemala	16,6	16,2	15,8	15,3	14,8	14,3	13,8	2,8	16,9
Guiana	24,1	24,0	23,9	23,8	23,7	23,5	23,2	0,9	3,7
Haiti	28,5	28,1	29,9	27,3	26,9	26,5	26,0	2,5	8,8
Honduras	14,3	13,7	13,1	12,6	12,2	11,8	11,4	2,9	20,3
Nicarágua	12,7	12,3	11,8	11,4	11,0	10,6	10,3	2,4	18,9
Paraguai	13,9	13,5	13,0	12,6	12,2	11,8	11,4	2,5	18,0
Peru	11,1	10,7	10,2	9,8	9,4	8,9	8,6	2,5	22,5
República Dominicana	23,8	23,7	23,5	23,3	23,0	22,6	22,1	1,7	7,1

Fonte: Elaboração a partir de estimativas do Fundo das Nações Unidas para a Infância, Organização Mundial da Saúde, Grupo do Banco Mundial e Nações Unidas. Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para a Estimativa da Mortalidade Infantil.