



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-sexta sessão

Addis Abeba, Etiópia, 28 de Agosto - 1 de Setembro de 2006

Ponto 8.7 da ordem do dia provisória

SOBREVIVÊNCIA INFANTIL: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. Os últimos 20 anos testemunharam progressos na sobrevivência infantil, graças a intervenções eficazes em saúde pública e a melhores desempenhos nos campos económico e social, em todo o mundo. Contudo, morrem anualmente cerca de 10,6 milhões de crianças, 4,6 milhões das quais na Região Africana. Cerca de um quarto dessas mortes ocorrem no primeiro mês de vida e mais de dois terços nos sete primeiros dias. Entre os menores de cinco anos, a maioria das mortes deve-se a um reduzido número de problemas comuns, evitáveis e tratáveis, como infecções, malnutrição e problemas neonatais, que se manifestam isoladamente ou em conjunto.
2. A redução na média da mortalidade infantil que se vem verificando no mundo ao longo dos anos é sobretudo atribuída à sua diminuição nos países desenvolvidos. A Região Africana necessita de aumentar a sua redução anual da taxa de mortalidade para 8,2% ao ano, caso se deseje alcançar, até 2015, a Meta de Desenvolvimento do Milénio nº 4. Foram identificadas e recomendadas diversas intervenções acessíveis, que podem evitar 63% da mortalidade actual.
3. A chave do progresso na consecução daquela meta até 2015 está em abranger todos os recém-nascidos e crianças de todos os distritos com algumas intervenções prioritárias. São necessários compromissos novos e firmes que dêem prioridade e acelerem os esforços de sobrevivência infantil no seio dos países.
4. Entre as intervenções prioritárias para a sobrevivência infantil a implementar e acelerar, contam-se os cuidados aos recém-nascidos com uma abordagem ao longo da vida e uma continuidade dos cuidados; a alimentação dos lactentes e crianças pequenas, incluindo o suplemento de micronutrientes e desparasitação; a administração de vacinação às mães e filhos e novas vacinas; a prevenção da transmissão vertical do VIH; e o uso da Atenção Integrada às Doenças da Infância no tratamento das doenças comuns da infância e nos cuidados às crianças expostas ao VIH, ou por ele infectadas.
5. Este documento apresenta uma estratégia para otimizar a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento das crianças com idades entre os 0-5 anos e para reduzir a mortalidade neonatal e infantil na Região Africana, em consonância com as Metas de Desenvolvimento do Milénio.
6. Os governos assumirão a liderança, para garantirem uma abordagem integrada e orientada no planeamento do programa e na prestação de serviços, visando acelerar as intervenções em saúde das crianças e recém-nascidos. A OMS e os parceiros apoiarão os países nos seus esforços.
7. Convida-se o Comité Regional a analisar a estratégia proposta pela OMS, UNICEF e Banco Mundial e a aprová-la, assim como a resolução em anexo, para ser usada pelos países da Região Africana.

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1–9
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO	10–19
A ESTRATÉGIA REGIONAL.....	20–32
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES	33–34
MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	35–36
CONCLUSÃO	37–40

INTRODUÇÃO

1. A sobrevivência infantil, entendida como a sobrevivência das crianças com idades entre 0–5 anos, é uma grande preocupação da saúde pública em muitos países africanos. Os últimos 20 anos testemunharam progressos na sobrevivência infantil, graças a intervenções eficazes em saúde pública e a melhores desempenhos nos campos económico e social, em todo o mundo. Contudo, morrem anualmente cerca de 10,6 milhões de crianças, 4,6 milhões das quais na Região Africana. Cerca de um quarto dessas mortes ocorrem no primeiro mês de vida e mais de dois terços nos sete primeiros dias. Entre os menores de cinco anos, a maioria das mortes deve-se a um reduzido número de problemas comuns, evitáveis e tratáveis.
2. Em 2000, as nações do mundo reuniram-se e acordaram nas Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM). Uma das metas (MDM 4) consiste em reduzir em dois terços a taxa de mortalidade dos menores de 5 anos, entre 1990 e 2015. Alguns países conseguiram progressos mas, no geral, os países da África Subsariana não estão em vias de alcançar a MDM 4. A Região Africana necessita de aumentar a redução da sua taxa anual de mortalidade para 8,2%, caso queira alcançar a MDM 4 até 2015.¹
3. Tratados e convenções internacionais, como a Convenção dos Direitos da Criança (1990), a Sessão Especial das Nações Unidas sobre as Crianças (2002) e a Consulta Mundial OMS/UNICEF sobre a Saúde e Desenvolvimento das Crianças e Adolescentes (2002), sublinham o direito inerente à vida e a urgência em reduzir a mortalidade infantil, com vista a um futuro próspero.
4. A Declaração do Milénio e as MDM proporcionam um enquadramento para combater as elevadas taxas de mortalidade na Região. As metas pertinentes apelam à redução da fome (MDM 1), à redução das taxas de mortalidade dos menores de 5 anos (MDM 4) à melhoria da saúde materna (MDM 5) e no combate ao VIH/SIDA, paludismo e outras doenças (MDM 6).
5. Foram identificadas e recomendadas várias intervenções acessíveis, que podem evitar 63% da mortalidade actual,² se forem implementadas com elevados níveis de cobertura. São necessários compromissos novos e firmes que dêem prioridade e acelerem os esforços de sobrevivência infantil no seio dos países.
6. Para alcançar as MDM, há uma necessidade crescente de parcerias, de recursos e de programas mais eficazes, em todos os níveis. Só um esforço bem coordenado e orientado e uma acção adequada por parte da comunidade internacional e dos Estados-Membros podem levar aos recém-nascidos e crianças os cuidados de saúde de que carecem, de modo mais eficaz.
7. Em África, a Carta da Organização da Unidade Africana sobre os Direitos e o Bem-Estar das Crianças (1990), a estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância, do Comité Regional da OMS (1999) e a Declaração da União Africana sobre a Sobrevivência Infantil (2005) reconhecem o dever de acelerar as intervenções com vista à sobrevivência infantil.
8. A União Africana apela aos Estados-Membros para que integrem a sobrevivência infantil nas suas políticas nacionais de saúde. A saúde e a sobrevivência infantil mereceram prioridade por parte da Nova Parceria para o Desenvolvimento Africano. A resolução da 58ª Assembleia Mundial da

¹ OMS, *Relatório da saúde no mundo, 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, OMS, 2005.

² Jones G et al, How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 362: 65–71, 2003.

Saúde³ e a consequente Declaração de Deli de 2005 sobre a saúde materna, dos recém-nascidos e infantil, reclamam o mais alto empenhamento político.

9. Este documento proporciona orientação estratégica aos Estados-Membros da Região Africana para enfrentarem os problemas da sobrevivência e desenvolvimento das crianças, reduzirem as elevadas taxas de mortalidade infantil e alcançarem a MDM 4.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO

10. Ao longo dos anos, houve a nível mundial, uma redução geral nas taxas de mortalidade infantil, mas ela é sobretudo atribuída à redução das taxas nos países com um rápido desenvolvimento económico.⁴

11. A situação permanece crítica para muitas crianças africanas, sendo agravada pela dimensão da pobreza no continente. Vários factores contribuem para a lenta redução na média anual da taxa de mortalidade e para as grandes disparidades na sobrevivência infantil entre os países em desenvolvimento, e no seio de cada um. Mencionam-se circunstâncias sócio-económicas, culturais, tradicionais e referentes ao desenvolvimento, além de catástrofes naturais, conflitos armados, exploração e fome. A pobreza é o principal factor responsável pela baixa cobertura das intervenções eficazes.

12. Na Região Africana, as infecções são a principal causa directa da mortalidade infantil. Embora a importância relativa das infecções varie de país para país, mais de 70% das mortes de crianças são atribuídas a umas quantas causas evitáveis, nomeadamente infecções respiratórias agudas, diarreia, paludismo, sarampo, malnutrição e problemas neonatais (asfixia, parto prematuro, insuficiência ponderal à nascença e infecções), isoladas ou combinadas. O VIH/SIDA será responsável por 57% das mortes entre os menores de cinco anos nos países com maior prevalência de VIH.

13. A pandemia do VIH contribuiu para a pobreza crescente, a erosão das famílias e do apoio comunitário essencial à sobrevivência infantil, e também para a crise de recursos humanos na saúde e em outros sectores. Embora se saiba que o tratamento do VIH nas crianças pode reduzir a mortalidade e aumentar a qualidade de vida, são muito poucos os países com abordagens abrangentes aos cuidados e apoio pediátricos para o VIH.

14. Os factores que influenciam indirectamente a saúde podem variar entre os países; no entanto, a malnutrição é um factor de risco crítico em muitos países e a segurança dos alimentos e da nutrição continuam a ser desafios fundamentais para a sobrevivência infantil.⁵ Falta de água e de saneamento, más condições de vida e espaçamento inadequado entre os filhos estão associados a uma mortalidade elevada. Na África, é raro que a água, o saneamento e a higiene venham associados às estratégias nacionais de sobrevivência infantil.

³ Resolução WHA58.31, Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Volume 1: Resolutions and decisions, and list of participants*. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHA59/2005/REC/1), pp. 118–121.

⁴ Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M, The decline in child mortality: a re-appraisal, *Bulletin of the World Health Organization* 78(10): 1175-1191, 2000.

⁵ Resolução WHA58.32, Infant and young child nutrition. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Volume 1: Resolutions and decisions, and list of participants*. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005 (WHA59/2005/REC/1), pp. 121–124.

15. Há algumas intervenções de boa relação custo-eficácia que poderão reduzir significativamente a mortalidade, as quais variam grandemente entre os países e no seio de cada um. Em alguns países, os progressos alcançados no início dos anos 80 e na década de 90 não foram sustentados e as taxas de cobertura acabaram por regredir. Por exemplo, o uso de redes tratadas com insecticida pode reduzir em cerca de 17% a mortalidade infantil devida ao paludismo⁶ mas, em África, a cobertura permanece baixa em 15% dos países.⁷ Intervenções como a terapia de re-hidratação oral e o tratamento de infecções respiratórias agudas perderam aparentemente a sua dinâmica. Intervenções mais recentes, como as que melhoram a saúde dos recém-nascidos, têm merecido pouca atenção, devido a ideias falsas quanto à sua complexidade e custo.⁸

16. Há, nos sistemas de saúde, múltiplos obstáculos que impedem uma aceleração eficaz das intervenções. Recursos humanos, financeiros e materiais insuficientes, a par de limitada capacidade de gestão, pagamentos por parte dos utentes e mecanismos desajustados para que as famílias tenham acesso aos cuidados de saúde, são alguns dos factores que resultam numa má prestação de serviços e em baixa cobertura das intervenções. A deficiente disponibilidade de medicamentos essenciais e suprimentos, bem como uma supervisão inadequada dos prestadores de cuidados de saúde encontram-se entre os problemas que persistem nos sistemas de saúde de muitos países.

17. Os recursos financeiros para os programas de sobrevivência infantil estão longe de serem os necessários para fazer chegar intervenções de baixo custo a todas as comunidades de todos os distritos. A nível mundial, são necessários 52,4 mil milhões de dólares americanos, além das despesas correntes, para alcançar a cobertura universal. Isso corresponde inicialmente a 0,47 dólares por pessoa, aumentando para 1,48 dólares no 10º ano, quando 95% da população infantil for abrangida.⁹

18. Em 1999, o Comité Regional Africano da OMS aprovou a Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) como principal estratégia para a sobrevivência das crianças e a redução da elevada taxa de mortalidade infantil na Região.¹⁰ Concluiu-se que a AIDI é uma estratégia de prestação de serviços eficaz em várias intervenções para a sobrevivência infantil, tendo contribuído para uma redução de 13% na mortalidade num período de 2 anos, nos distritos da Tanzânia onde foi implementada.¹¹

19. Contudo, para conseguir um impacto maior é imperioso implementar a estratégia da AIDI recorrendo a uma abordagem para o decurso da vida. O crescimento e o desenvolvimento durante a gravidez são essenciais para garantir um período neonatal saudável. Por outro lado, a redução da morbilidade neonatal é essencial para um crescimento e desenvolvimento saudáveis durante a infância, a adolescência e a idade adulta. Isso exige uma abordagem holística com uma estratégia abrangente de sobrevivência infantil, com estratégias de erradicação da pobreza extrema e da fome, melhoramento da saúde materna e de combate ao VIH/SIDA, paludismo e outras doenças.

⁶ Schellenberg JRA et al, Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania, *Lancet* 357: 1241–1247, 2001.

⁷ OMS/UNICEF, *World malaria report 2005*, Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2005.

⁸ Schellenberg JRA et al, Effect of large-scale social marketing of insecticide-treated nets on child survival in rural Tanzania, *Lancet* 357: 1241–1247, 2001.

⁹ OMS, *Relatório da Saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, OMS, 2005.

¹⁰ Resolução AFR/RC49/R4, Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI): Plano estratégico para 2000–2005. In: *49ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS, Windhoek, Namíbia 30 Agosto–3 Setembro 1999, Relatório Final*. Harare, Escritório Regional Africano da Organização Mundial de Saúde, 1999 (AFR/RC49/18), pp. 9–10.

¹¹ Armstrong Schellenberg, J et al, The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania, *Health Policy and Planning* 19(1): 1–10, 2004.

A ESTRATÉGIA REGIONAL

Objectivo

20. O objectivo da estratégia consiste em acelerar a redução da mortalidade neonatal e infantil, em linha com as Metas de Desenvolvimento do Milénio, graças à obtenção de uma cobertura elevada para um conjunto definido de intervenções eficazes.

Princípios orientadores

21. A estratégia assenta nos seguintes princípios:

- a) *Abordagem para o decurso da vida:* Serão feitos esforços para apoiar o crescimento e desenvolvimento do feto e de todo o grupo etário dos 0 aos 5 anos, de modo a preparar cada indivíduo para uma vida adulta saudável, bem ajustada e produtiva, através da implementação coordenada com outras estratégias com vista à consecução das MDM e à promoção da saúde.
- b) *Equidade:* Será privilegiada a garantia de acesso igual por parte de todas as crianças às intervenções viradas para sobrevivência infantil.
- c) *Direitos das crianças:* Um planeamento com base nos direitos da criança será incorporado nas intervenções em saúde das crianças, para assegurar a protecção das mais vulneráveis.
- d) *Integração:* Serão envidados todos os esforços para implementar as intervenções prioritárias propostas nos vários níveis do sistema de saúde, de modo coerente, eficaz e que responda às necessidades das crianças.
- e) *Colaboração multisectorial:* Considerando que os problemas da saúde são problemas do desenvolvimento, a consecução dos produtos da saúde requer contributos de outros sectores.
- f) *Parcerias:* Será privilegiada a criação de novas parcerias e o reforço das existentes, para garantir que as intervenções de sobrevivência infantil sejam plenamente integradas nos sistemas de saúde nacionais e distritais, de forma sustentável.

Abordagens estratégicas

22. As abordagens estratégicas são as seguintes:

- a) *Advocacia em favor da harmonização dos objectivos e da agenda da sobrevivência infantil,* a fim de promover, implementar, acelerar e afectar recursos com vista a alcançar os objectivos e metas acordados internacionalmente.
- b) *Reforço dos sistemas de saúde* aumentando as capacidades em todos os níveis do sector da saúde e garantindo a prestação de serviços de qualidade, para alcançar uma elevada cobertura da população com as intervenções de sobrevivência infantil, de modo integrado.
- c) *Maior intervenção das famílias e comunidades,* em especial as pobres e marginalizadas, para melhorar as práticas fundamentais de cuidados das crianças e disponibilizar, no seio da comunidade, o tratamento do paludismo, pneumonia, diarreia e do VIH/SIDA.

- d) *Criação de parcerias operacionais* para implementar intervenções promissoras sob a liderança do governo, com doadores, ONG, sector privado e outros parceiros empenhados na planificação conjunta e no co-financiamento das actividades e das revisões técnicas.
- e) *Mobilização de recursos* para a sobrevivência das crianças nos níveis internacional, regional e governamental, para acelerar intervenções com provas dadas.

Pacote de serviços essenciais

23. **A Atenção Integrada às Doenças da Infância** continuará a ser um importante *mecanismo de prestação* das mais importantes intervenções prioritárias indicadas a seguir. Serão também promovidas ligações mais sólidas com os serviços do Roteiro para acelerar a consecução da MDM nº 5 e com os serviços da estratégia Tornar a Gravidez mais Segura, em especial para os cuidados aos recém-nascidos e a Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PMTCT).

24. **Cuidados aos Recém-nascidos.** Tendo em conta a abordagem de cuidados continuados e no decurso da vida, as intervenções neonatais que necessitam de ser aceleradas incluem o acesso a cuidados especializados durante a gravidez, o parto e o período imediatamente após o nascimento, a nível de comunidade e de unidade de saúde. O reforço das capacidades do pessoal profissionalizado ou não profissionalizado contemplará a optimização das práticas de cuidados de ressuscitação do recém-nascido, aleitamento materno desde o início e em exclusividade, e meios de evitar a hipotermia; cuidados de higiene com o cordão e a pele e medidas adequadas e em tempo oportuno de detecção de infecções e de lactentes nascidos com insuficiência ponderal. A iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura oferece, através da AIDI, oportunidades para cuidar desde cedo da saúde dos recém-nascidos. A Atenção Integrada às Doenças da Infância será também expandida, para abranger os recém-nascidos nos seus primeiros sete dias de vida.

25. **Alimentação dos lactentes e crianças pequenas, incluindo, o suplemento de micronutrientes e desparasitação.** As intervenções fundamentais a destacar são o aleitamento materno em exclusividade nos primeiros 6 meses de vida, incluindo o colostro, suplementos alimentares adequados em devido tempo e ingestão adequada de micronutrientes (particularmente vitamina A, ferro e iodo). Será dada ênfase especial à prevenção e tratamento da malnutrição. A integração da Alimentação dos Lactentes e Crianças Pequenas em outros serviços de saúde das crianças, como a Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés, AIDI, PMTCT e Promoção da Monitorização do Crescimento e Referência oferece uma oportunidade fulcral para acelerar estas intervenções.

26. **Prevenção do paludismo pelo uso de redes tratadas com insecticida e pelo tratamento preventivo intermitente do paludismo.** O uso de redes tratadas com insecticida (ITN), quer para os menores de cinco anos, quer para as mães grávidas, integrando o tratamento preventivo intermitente do paludismo (IPT) durante a gravidez nas zonas onde o paludismo é endémico, são intervenções prioritárias para reduzir a insuficiência ponderal à nascença, bem como a morbilidade e mortalidade infantis. Um mecanismo para assegurar o acesso universal às ITN consiste em distribuir ITN gratuitas ou subsidiadas, de modo regular ou através de campanhas. As ITN e o IPT devem estar integrados no Programa Alargado de Vacinação (PAV), cuidados pré-natais e actividades da AIDI, para um rápido aumento da cobertura.

27. **Vacinação das mães e crianças.** Graças a serviços fixos e serviços na periferia, serão promovidas a administração de toxóide de tétano às mulheres grávidas, nas clínicas pré-natais, e das vacinas da infância, incluindo vacinas novas, a nível de comunidade e de unidade de saúde. Entre os meios comprovados para melhorar o acesso e a cobertura dos serviços, mencionam-se campanhas na

periferia para serviços às populações remotas, bem como a integração do PAV em outras campanhas de sobrevivência infantil, como a vitamina A, mebendazol para desparasitação e distribuição de ITN. A implementação desta estratégia de sobrevivência infantil efectuar-se-á em estreita coordenação com a implementação da Iniciativa Visão e Estratégia Global de Vacinação da OMS/UNICEF.

28. **Prevenção da Transmissão Vertical do VIH.** A solução para garantir um começo de vida livre do VIH está em evitar a sua transmissão às crianças, prevenindo a infecção nas mães. Outras intervenções incluem o planeamento familiar, terapia anti-retroviral, aconselhamento sobre a alimentação do lactente e apoio às mães infectadas pelo VIH e aos seus bebés, nos países onde a prevalência do VIH é elevada. A integração de intervenções de PMTCT nos cuidados pré-natais, programas de nutrição, AIDI e outros serviços de VIH/SIDA reforça a oportunidade de reduzir o VIH pediátrico e os óbitos a ele associados.

29. **Tratamento das doenças comuns da infância e cuidados às crianças expostas ao VIH ou infectadas por ele.** Estas intervenções incluem a terapia de re-hidratação oral e suplemento de zinco para tratar a diarreia; tratamento eficaz e adequado com antibiótico para a pneumonia, disenteria e infecções neonatais; e tratamento imediato e eficaz do paludismo a nível de comunidade e de unidade de saúde. Os cuidados às crianças expostas ao VIH ou infectadas por ele é a chave para uma melhor qualidade de vida. A AIDI proporciona uma abordagem para tratar todas estas doenças comuns de modo integrado.

Quadro de Implementação

30. Por forma a conseguir-se alcançar a cobertura universal através destas intervenções, esta estratégia propõe que os países baseiem os seus sistemas de saúde numa combinação adequada de mecanismos com base nos seguintes métodos de prestação de serviços:

- a) **Serviços de base comunitária** direccionados para as famílias podem ser prestados diariamente por promotores nutricionais ou técnicos formados em saúde comunitária, com supervisão periódica por parte de pessoal de saúde mais qualificado;
- b) **Serviços programados direccionados para as populações**, que requerem pessoal de saúde com qualificações mínimas (enfermeiras auxiliares, parteiras e outros funcionários paramédicos) e que podem ser prestados através de acções de assistência social no local ou em unidades de saúde, de forma programada;
- c) **Serviços clínicos direccionados para o indivíduo**, que requerem profissionais de saúde com qualificações superiores (enfermeiras, parteiras e médicos diplomados) disponíveis em permanência.

31. Actualmente, nem todos os países conseguem garantir a cobertura total de uma vasta gama de intervenções. Os obstáculos à implementação integral do conceito de cuidados continuados nos métodos de prestação de serviços terão de ser abordados a médio e longo prazo. Para facilitar a planificação a longo prazo, a estratégia identifica uma abordagem faseada que permite que cada país defina e implemente um pacote de intervenções de serviços essenciais que, com o tempo e com o aumento da cobertura, podem então ser alargados para se tornarem num pacote de intervenções optimizadas (ou maximizadas). Os pacotes essenciais incluem:

- a) Um *pacote mínimo*, de intervenções de alto impacto e baixo custo que precisam ser implementadas a uma escala imediata. O pacote mínimo pode incluir redes tratadas com insecticida para grávidas e crianças; cuidados pré-natais; a promoção do aleitamento materno inicial, exclusivo e prolongado; cuidados neonatais; vacinação de rotina das mães e das crianças; suplemento de vitamina A; desparasitação; a alimentação complementar das crianças; terapia de reidratação oral e suplementação de zinco para a diarreia; tratamento do paludismo, incluindo a terapia à base de artemisinina; gestão da pneumonia em recém-nascidos; medicamentos anti-retrovirais para a gestão da SIDA em pediatria; e o espaçamento das gravidezes.
- b) Um *pacote alargado*, equivalente ao pacote mínimo, acrescido de intervenções de base factual como os cuidados neonatais, a vacina da *Haemophilus influenza* tipo B e anti-retrovirais adicionais para a gestão da SIDA em pediatria.
- c) Um *pacote máximo*, equivalente ao pacote alargado acrescido de novas implementações planeadas, tais como rotavirus e vacina pneumocócica, suplemento preventivo de zinco e tratamento preventivo intermitente do paludismo em crianças.

32. O total dos recursos necessários para a implementação da estratégia através dos vários métodos de prestação de serviços para cada um dos pacotes propostos está indicado num documento à parte, que está em vias de finalização.

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Países

33. Os governos assumirão a liderança para garantir uma abordagem integrada e dirigida ao planeamento do programa e à prestação de serviços que acelerem as intervenções em saúde dos recém-nascidos e crianças. Serão garantidas certas intervenções prioritárias com vista ao acesso universal e a uma cobertura elevada entre os menores de 5 anos, incluindo os recém-nascidos. O papel específico dos países consistirá em:

- a) *Desenvolvimento de políticas*: concretizar as políticas necessárias a uma implementação eficaz da estratégia de sobrevivência infantil e à intensificação de intervenções;
- b) *Criação de capacidades*: reforçar a capacidade nacional de planeamento e de actividades de implementação e monitorização eficazes, incluindo a implementação de políticas orientadas para a sobrevivência infantil e para os obstáculos no sistema de saúde com ela relacionados;
- c) *Comunicação e mobilização social*: formular uma estratégia nacional de comunicações que apoie actividades integradas de promoção da saúde, viradas para o reforço da participação de famílias, lares e comunidades, garantindo ligações claras com uma real prestação de serviços essenciais por parte dos vários sectores, instituições e intervenientes;
- d) *Advogacia e desenvolvimento de parcerias*: advogar em favor de parcerias a celebrar no quadro da Parceria para a Saúde Materna, dos Recém-Nascidos e das Crianças, garantindo a obtenção de consensos, a harmonia nas intervenções e a mobilização de recursos dentro e fora do país; incluem-se aqui as intervenções em sobrevivência infantil das diversas iniciativas mundiais e nacionais para o desenvolvimento, como os Documentos da Estratégia de Redução da Pobreza, abordagens de âmbito sectorial e o Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo, assim como uma

íntima colaboração com os parceiros no sector da saúde e as associações com outros programas, como o controlo do paludismo, VIH/SIDA, Saúde Materna e Neonatal, PAV, Vigilância e Resposta Integrada às Doenças e Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde;

- e) *Investigação Operacional*: proceder a investigação operacional em áreas prioritárias, para melhoria das políticas e do planeamento e da implementação e aceleração de intervenções em sobrevivência infantil com boa relação custo-eficácia;
- f) *Documentação*: avaliar, documentar e partilhar as experiências e esforços sobre o programa para alcançar os objectivos definidos e recorrer às lições aprendidas durante a fase de expansão, e para fins de advocacia;
- g) *Desenvolvimento de um quadro de monitorização e avaliação*: conceber um quadro de monitorização e avaliação que inclua a recolha de dados de base, acompanhe os progressos e documente e partilhe as experiências com os países e regiões.

OMS, UNICEF, Banco Mundial e parceiros

34. A OMS, a UNICEF, o Banco Mundial e os parceiros deverão:

- a) fazer advocacia em favor das intervenções prioritárias e da mobilização de recursos;
- b) apoiar tecnicamente os países na aceleração das intervenções de sobrevivência infantil, reforçando a capacidade nacional e interpaíses com mecanismos de monitorização e avaliação e informações sobre gestão sanitária;
- c) apoiar os países na identificação, documentação e divulgação das melhores práticas para a implementação destas intervenções;
- d) apoiar os países no desenvolvimento das suas capacidades de investigação operacional;
- e) facilitar a coordenação e a colaboração.

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

35. Acordar-se-á, com os parceiros e outros intervenientes, num conjunto mínimo de processos e indicadores de impacto, para acompanhar os progressos.

36. O processo de monitorização estará em conformidade com os princípios dos direitos da criança. As informações e resultados serão estratificados por vários grupos, para que se possa proceder a comparações sobre o impacto das diversas medidas da política e do programa. A avaliação será efectuada de 2 em 2 anos.

CONCLUSÃO

37. As crianças representam o futuro da África. Por isso, investir na saúde das crianças é imperioso para assegurar futuras gerações mais saudáveis e mais produtivas, que assumirão o desenvolvimento sócio-económico do continente.

38. Esta estratégia reflecte uma abordagem abrangente, ao longo da vida, aos problemas de saúde das crianças e à prestação de serviços de cuidados de saúde. Ela destaca a necessidade de implementar intervenções de boa relação custo-eficácia para a saúde dos recém-nascidos e das crianças, a fim de reduzir em três quartos a mortalidade dos recém-nascidos e em dois terços as mortes de crianças, num máximo possível de grupos populacionais.

39. A chave dos progressos na via da consecução da MDM 4 até 2015 consiste em levar umas quantas intervenções prioritárias até cada recém-nascido e cada criança, em todos os distritos. As intervenções descritas acima não são novas; no entanto, esta estratégia exige um forte empenhamento na concessão de prioridades, no financiamento e na aceleração das intervenções em sobrevivência infantil conhecidas, de boa relação custo-eficácia, com vista à sua implementação em níveis elevados de cobertura populacional.

40. Solicita-se ao Comité Regional que analise a estratégia proposta pela OMS, UNICEF e Banco Mundial para a sobrevivência infantil e a aprove, assim como a resolução em anexo, a fim de ser usada pelos países da Região Africana.