



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC59/INF.DOC/2
29 de Junho de 2009

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima nona sessão

Kigali, Rwanda, 31 de Agosto – 4 de de Setembro de 2009

Ponto 9.2 da ordem do dia provisória

**RELATÓRIO DOS PROGRESSOS SOBRE “SOBREVIVÊNCIA INFANTIL:
UMA ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA”**

Documento de Informação

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
ANTECEDENTES	1–4
PROGRESSOS ALCANÇADOS	5–11
PASSOS SEGUINTEs	12

ANTECEDENTES

1. Na África Subsariana, morrem anualmente cerca de 4,7 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade devido a doenças evitáveis e tratáveis, nomeadamente infecções, malnutrição e complicações neonatais.¹ Estes óbitos são responsáveis por 51% da mortalidade dos menores de 5 anos, a nível global.¹ Na Região Africana da OMS, somente cinco países² estão em vias de atingir o 4.º Objectivo do Milénio para o Desenvolvimento, que pretende, até 2015, reduzir em dois terços os níveis dos óbitos infantis de 1990.
2. O documento “Sobrevivência Infantil: Estratégia para a Região Africana”³, foi elaborado pela OMS, UNICEF e Banco Mundial e adoptado pela 56ª sessão do Comité Regional Africano da OMS, em 2006. Esta Estratégia visa intensificar um conjunto definido de intervenções eficazes para a sobrevivência infantil, nomeadamente cuidados pré-natais, cuidados aos recém-nascidos, alimentação adequada dos lactentes, vacinação, tratamento das doenças comuns da infância e uso de redes tratadas com insecticida (ITN).
3. A Quinquagésima sexta sessão do Comité Regional Africano da OMS³ apelou aos Estados-Membros para que elaborassem políticas visando uma eficaz intensificação dessas intervenções; reforçassem as capacidades de planear, implementar e monitorizar as actividades da sobrevivência infantil; concebessem estratégias de comunicação; celebrassem parcerias eficazes; procedessem a investigação sobre as operações; documentassem experiências e preparassem quadros de monitorização e avaliação. Entre os papéis da OMS e dos parceiros, no âmbito desta estratégia, menciona-se o apoio aos países na intensificação, documentação e investigação operacional, assim como na facilitação da coordenação e da colaboração.
4. Este relatório apresenta um resumo dos progressos alcançados na implementação da Estratégia e propõe os próximos passos na actuação.

PROGRESSOS ALCANÇADOS

5. **Formulação da política, da estratégia e do plano:** No período em análise, 21 países produziram estratégias e planos abrangentes para intensificar a sobrevivência das crianças e 24 países adoptaram o uso de sais de rehidratação oral de baixa osmolaridade e do zinco, no tratamento da diarreia infantil. Além disso, 17 países adoptaram políticas para o tratamento, na comunidade, dos casos de pneumonia e de outras doenças da infância.
6. **Reforço das capacidades:** Desde 2006, foram reforçadas as competências de 27 gestores de 12 países⁴ na gestão do programa de saúde das crianças. Desde a adopção desta estratégia, 31 países reforçaram as capacidades para as actividades de sobrevivência dos recém-nascidos.

¹ UNICEF, *Situação das Crianças no Mundo 2009*, UNICEF, 2008

² Argélia, Cabo Verde, Eritreia, Maurícias e Seychelles (UNICEF, *Contagem decrescente para 2015, Sobrevivência das Mães, Recém-Nascidos e Crianças – Acompanhar os Progressos na Sobrevivência das Mães, Recém-Nascidos e Crianças. Relatório de 2008*. UNICEF, 2008).

³ OMS, *Sobrevivência das Crianças: Estratégia para a Região Africana*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional Africano, 2006 (AFR/RC56/13).

⁴ Burkina Faso, Etiópia, Gana, Quênia, Libéria, Malawi, Nigéria, Serra Leoa, Tanzânia, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe.

7. **Parcerias e mobilização social:** Desde 2006, criaram-se parcerias para a Saúde Materna, dos Recém-Nascidos e das Crianças (MNCH) em sete países⁵. Foram traçados os perfis dos países para a sobrevivência das mães e das crianças, graças ao acompanhamento conjunto, a nível mundial, dos progressos na consecução dos 4º e 5º ODM. Além disso, onze países⁶ promoveram práticas familiares e comunitárias essenciais, através da comunicação e da mobilização social.

8. **Investigação operacional, documentação, monitorização e avaliação:** Desde a adopção da estratégia da sobrevivência infantil, sete países⁷ realizaram inquéritos às Unidades de Saúde das Crianças, para avaliar a qualidade dos cuidados prestados às crianças doentes nas unidades de saúde do nível primário. Procedeu-se também a investigação para a saúde das crianças em alguns países, como o Gana, Quênia e Uganda.

9. **Intensificação das intervenções para a sobrevivência das crianças:** Desde a adopção da estratégia, 13 países⁸ celebraram Semanas da Saúde Integrada das Crianças. Durante essas semanas, além dos serviços de rotina ocorreram intervenções essenciais, como vacinas, suplementos de vitamina A, oferta de medicamentos de desparasitação e distribuição de ITN. O reforço da cobertura da vacinação do sarampo contribuiu para reduzir em 89% os óbitos por sarampo na Região, entre 2000 e 2007⁹. Em 2005, a estimativa regional das crianças que dormiam protegidas por ITN era de 4%. Dados recentes de 18 países mostram que a estimativa do uso de ITN para crianças era de 23% em 2007¹⁰. A administração de anti-retrovirais para prevenir a infecção vertical do VIH aumentou de 31% em 2006 para 43% em 2007, na África Oriental e Austral, e de 7% para 11% na África Ocidental e Central¹¹. As crianças com menos de 15 anos de idade sob terapia anti-retroviral aumentaram de 55 000 em 2005 para 158 000 em 2008.¹²

10. Apesar destes sucessos em certas áreas, continua a ser baixa a cobertura de algumas intervenções eficazes. A cobertura do suplemento de vitamina A, o aleitamento materno em exclusividade nos primeiros seis meses de vida e a procura de cuidados adequados para as infecções respiratórias agudas não aumentaram entre 2005 e 2007. No mesmo período¹², houve uma redução nas taxas do tratamento adequado da diarreia e da febre.

11. Vários desafios colocados aos sistemas de saúde impedem os progressos nas intervenções para a sobrevivência das crianças. Mencionam-se, entre eles, o financiamento desajustado da intensificação de intervenções eficazes, a nível de país; a inadequada monitorização da cobertura das intervenções; e as limitações nos recursos humanos. As infecções por VIH e as situações de conflito são as principais razões para alguns países progredirem mais lentamente na redução da mortalidade infantil. A consecução das metas definidas exigirá esforços acelerados.

⁵ Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, Tanzânia e Zâmbia.

⁶ Burkina Faso, República Democrática do Congo, Eritreia, Etiópia, Gana, Guiné-Bissau, Quênia, Madágarcar, Malawi, Mali e Zâmbia.

⁷ Etiópia, Gana, Quênia, Níger, Senegal, Zâmbia e Zimbabue.

⁸ Benim, Côte d'Ivoire, Gana, Quênia, Madagáscar, Malawi, Mali, Moçambique, Senegal, Serra Leoa, Togo, Zâmbia e Zimbabue.

⁹ Organização Mundial da Saúde, *Região Africana, Reunião da 16.ª Equipa de Trabalho para a Vacinação*, Dezembro de 2008.

¹⁰ OMS, *Relatório do Paludismo no Mundo*, Genebra, 2008.

¹¹ UNICEF, *Crianças e SIDA – Terceiro Relatório de Avaliação*, UNICEF, Dezembro de 2008.

¹² UNICEF, *Situação das Crianças no Mundo em 2009*, UNICEF, 2008.

PASSOS SEGUINTEs

12. De modo a aumentar a cobertura de intervenções eficazes para a sobrevivência das crianças e acelerar os progressos na implementação da estratégia regional de sobrevivência infantil, os países deverão, com o apoio de parceiros:

- a) aproveitar as oportunidades disponíveis para melhorar a cobertura de intervenções chave para a sobrevivência das crianças, como Semanas/Dias da Saúde das Crianças, campanhas de vacinação, etc.;
- b) mobilizar e afectar recursos adequados à implementação de estratégias e planos que intensifiquem a sobrevivência das crianças, usando os recursos internos e as oportunidades de financiamento externo, oferecidas pelo Fundo Mundial de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Paludismo (GFATm) e a Aliança Mundial para as Vacinas e a Vacinação (GAVI);
- c) conceber e/ou implementar quadros de monitorização periódica dos progressos na cobertura das intervenções para a sobrevivência das crianças, a fim de facilitar acções de remediação, a nível distrital;
- d) facilitar e/ou proporcionar, aos profissionais de saúde da comunidade, formação no tratamento das doenças e complicações comuns da infância, como o paludismo, diarreia e pneumonia, nos locais com limitações no acesso às unidades de saúde e/ou nos recursos humanos.