



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 150ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18-22 de junho de 2012

---

*Tema 4.5 da Agenda Provisória*

CE150/15 (Port.)  
6 de abril de 2012  
ORIGINAL: INGLÊS

### **ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA**

#### **Introdução**

1. As crianças da Região das Américas são o seu maior recurso, e o reconhecimento e proteção de suas necessidades e direitos humanos diferenciados são essenciais para um efetivo desenvolvimento. A Região progrediu muito na redução da mortalidade e da morbidade infantil, usando intervenções com base científica e novos conhecimentos e tecnologia. O investimento na saúde da criança está na agenda de política pública há mais de 40 anos, e os Estados Membros estão logrando melhores níveis de integração dos serviços de saúde infantil nos serviços de saúde. Contudo, para tornar essa integração ainda mais eficaz, as políticas, estratégias e planos nacionais de saúde, assim como a legislação e os regulamentos, exigem atenção renovada, usando um enfoque do caráter intersetorial, interprogramático e vital de uma forma compatível com os mandatos internacionais.

2. A exclusão social persistente, as desigualdades de gênero, classe e etnia, bem como as desigualdades generalizadas, têm efeitos prejudiciais sobre o desenvolvimento infantil e constituem um dos maiores desafios na Região. As crianças que se atrasam no desenvolvimento nos seus primeiros cinco anos podem nunca alcançar as que tiveram um começo de vida melhor (1). As intervenções que protegem a criança e promovem a máxima realização de seu potencial podem melhorar o desenvolvimento cognitivo e emocional e impulsionar o avanço educacional, o que, por sua vez, facilita o acesso a empregos produtivos, maior mobilidade social e redução de desigualdades no futuro. Novas pesquisas demonstram que algumas patologias e estados clínicos dos adultos resultam de caminhos anteriores às doenças, que têm início já no útero ou no período neonatal, e que as intervenções precoces podem ter impacto sobre a prevalência de doenças não transmissíveis (DNT) em etapa posterior. Além disso, segundo Heckman, a educação pré-escolar é um investimento eficiente e efetivo no fortalecimento do

desenvolvimento econômico e da força de trabalho. Quanto mais cedo forem feitos os investimentos, mais rápidos serão os rendimentos (2).

3. Esta Estratégia e Plano da Ação propõe uma estrutura coerente com os compromissos dos Estados Membros para com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos internacionais de direitos humanos e seus princípios (3–7) e apoia outras resoluções da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Ela ampliará e fortalecerá o processo contínuo de atenção para promover o desenvolvimento ótimo da criança (ver Anexo A); prevenirá e reduzirá a morbidade de crianças menores de 5 anos; melhorará a nutrição e o estado de nutricional da criança; melhorará a qualidade da atenção dada a todas as crianças; fortalecerá a capacidade do pessoal de atenção de saúde; habilitará pais, famílias e comunidades a apoiar os esforços de atenção à criança; criará ambientes sociais e físicos que promovam a segurança e a boa saúde; e fortalecerá a colaboração entre diversas instituições e setores, permitindo que trabalhem mais eficazmente.

#### **Antecedentes**

4. Esta estratégia se alinha com a Declaração do Milênio das Nações Unidas, a Agenda de Saúde para as Américas (2008–2017), o Plano Estratégico de OPAS (2008–2012), a Estratégia Global das Nações Unidas para a Saúde da Mulher e da Criança (2010), a Política de Igualdade de Gênero da OPAS, a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), a Aliança Pan-Americana para o Desenvolvimento Nutricional e outras iniciativas e resoluções da OPAS e das organizações internacionais que contribuam para o bem-estar da mulher, da criança e dos prestadores de cuidados e o afetem diretamente, proporcionando também importantes recursos, planejamento estratégico e orientação técnica e normativa ao pessoal de saúde (8–21).

5. Os países enfrentam na expansão das estratégias de prestação de serviços de saúde desafios tanto clínicos como de base comunitária para atingir os objetivos de saúde, assim como na estimativa dos recursos necessários e das implicações financeiras dessas estratégias, especialmente para populações excluídas. Em muitos países, os esforços para fortalecer os sistemas de saúde estão profundamente subfinanciados, com recursos insuficientes para apoiar a retenção de pessoal de saúde, o melhoramento dos sistemas de informação sanitária, o acesso universal a medicamentos essenciais, vacinas e tecnologias e a manutenção de uma boa governança no setor. É amplamente reconhecido que uma forte estrutura de políticas, estratégias e planejamento para o setor da saúde, juntamente com um plano nacional de saúde forte e bem provisionado, são os fundamentos de uma implementação efetiva.

6. O progresso na busca dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) tem sido inconsistente entre os países dentro deles, com frequente descaso dos grupos mais pobres (frequentemente, meninas e populações indígenas) e dos que não têm acesso à educação (muitas vezes, populações que vivem em áreas remotas). Os programas de desenvolvimento da criança na primeira infância têm baixa cobertura, e muitas estratégias de sobrevivência infantil ainda usam um enfoque vertical que não leva em consideração as condições ambientais e outros determinantes sociais da saúde.

7. Essas limitações são grandes obstáculos ao atendimento das necessidades da criança, ao melhoramento de suas condições de vida e à proteção de seus direitos fundamentais, bem como ao estabelecimento de maior igualdade entre diferentes setores sociais no que se refere à saúde da criança.

### **Análise Situacional**

8. Embora sejam uma região de renda média, a América Latina e Caribe (ALC) são, com respeito à renda, a região mais desigual no mundo. Os países da América Latina enfrentam crescentes desafios em matéria de pobreza. Segundo estimativas baseadas na renda familiar, cerca de 33% de população da Região em 2008 viviam na pobreza e cerca de 13% viviam em domicílios com renda insuficiente para satisfazer suas necessidades nutricionais básicas. A cada uma de três crianças que vivem na pobreza extrema é negado mais de um dos direitos fundamentais cuja ausência define a pobreza. A par da privação material, esse enfoque à pobreza das crianças se concentra no acesso aos serviços básicos de saúde e em outros fatores associados à sobrevivência, discriminação e exclusão, que afetam o desenvolvimento psicossocial da criança (22).

9. O *Relatório do Desenvolvimento Humano* de 2010, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, destaca o progresso nacional a longo prazo medido pelo Índice de Desenvolvimento Humano. Entre os países na ALC, a Guatemala, a Bolívia e o Brasil obtiveram os maiores ganhos; em outros países da Região, verificaram-se uma matrícula escolar quase total e uma expectativa média de vida de 80 anos (23). A Região também logrou êxito na expressivamente crescente cobertura de vacinação efetiva durante o primeiro ano de vida (93% imunizados contra sarampo em 2009) (24) e na erradicação de muitas doenças da infância. A proteção social foi ampliada. Esse resultado foi obtido apesar dos altos níveis de desigualdade observados na Região.

10. A Região está enfrentando desafios novos e emergentes, devido a mudanças sociais, à crescente prevalência das DNT—que deverão continuar crescendo substancialmente nas próximas décadas—e a variações demográficas vinculadas ao envelhecimento, à urbanização, ao crescimento da população e à mobilidade. Na América Latina e no Caribe, cerca de 50% de todos os anos de vida perdidos estão relacionados com as DNT, enquanto que somente 30% são decorrentes de doenças transmissíveis e

20%, de lesões (25). Em 2010, uma proporção estimada em 77,7% da população da ALC vivia em áreas urbanas, e essa cifra deverá crescer para 86,9% até 2040 (24). A taxa bruta de matrícula na educação terciária, de 22,3% em 2000, subiu somente a 37,9% (24). A expectativa de vida nos países da ALC aumentou de 63,4 anos em 1975-1980 para 72,2 em 2000-2005, e a percentagem da população de 65 anos de idade ou mais deverá quase duplicar, de 5,5% para 9,8% entre 2000 e 2025 (24). As intervenções e programas de bem-estar para prevenir as DNT podem começar na infância e continuar até a velhice, e podem ser aumentadas até alcançar uma grande parte da população.

11. Entre 1990 e 2010, a taxa média de mortalidade de menores de 5 anos na América Latina e no Caribe foi reduzida de 54 para 23 mortos por 1.000 nascidos vivos (26). Isso representou para a Região uma diminuição média anual de 4,3% na mortalidade de menores de 5 anos. Em 2010, a ALC contribuiu com somente 3,3% das mortes de menores de 5 anos em todo o mundo, proporção bem inferior à da África ao Sul do Saara (48,7%) e à do Sudeste Asiático (33,2%) (26). Esse índice de redução indica que a Região como um todo foi bem sucedida na diminuição da mortalidade infantil. A persistir essa tendência, a Região alcançará a Meta 4.A dos ODM, com uma redução de dois terços da mortalidade de menores de 5 anos até 2015. Entretanto, as médias regionais para a mortalidade de menores de 5 anos ocultam grandes disparidades entre os países e dentro de cada um deles. Por exemplo, em 2011, estimou-se que o Haiti e a Bolívia tinham taxas de mortalidade de menores de 5 anos de, respectivamente, 87 e 51 por 1.000 nascidos vivos, em comparação com taxas anunciadas de mortalidade de menores de 5 anos de 19 na Colômbia, 8 no Chile e 6 em Cuba (26). Essas diferenças mostram a importância de abordar os determinantes socioambientais da saúde e as desigualdades persistentes no acesso e utilização dos serviços básicos de saúde. Os grupos populacionais que vivem em focos da pobreza, em zonas de fronteira e em lugares geograficamente remotos, assim como os grupos populacionais indígenas, têm uma ampla gama das necessidades de saúde não atendidas que exigem mais atenção e investimento.

12. Essas desigualdades de acesso devem-se em parte à proporção variável da população que vive com menos de US\$1,25 por dia (54,9% no Haiti em comparação com 3,5% na Venezuela em 2007). Outro fator é o baixo gasto nacional em saúde em vários países (em 2008, por exemplo, o gasto em saúde como proporção do PIB foi de 11,5% nas Antilhas Holandesas em comparação com 1,8% na República Dominicana) (22).

13. Na ALC em 2010, quase a metade (47%) da mortalidade de menores de 5 anos ocorreu na faixa etária neonatal. Dessas mortes neonatais, 31% foram causados por infecções e 29% por asfixia. As mortes na faixa pós-neonatal (de 1 mês a 1 ano de idade) representaram 29% da mortalidade total de menores de 5 anos; as principais causas são as infecções respiratórias agudas (48%), as doenças diarreicas (36%) e a desnutrição (9%) (24). Nas Américas, a asfixia foi a principal causa de morte entre menores de um ano, e o

afogamento, entre crianças de 1 a 4 anos (29). A maioria das mortes na infância é evitável. Em países com mortalidade elevada, determinadas intervenções de grande impacto e baixo custo (27) poderiam reduzir o número de mortes em mais de 50%, mas os níveis de cobertura para essas intervenções estão ainda inaceitavelmente baixos na maioria dos países de renda baixa e média.

14. Já se indicou que a mortalidade de crianças menores de 5 anos está associada a sevícias de menores e à violência contra a mulher por um parceiro íntimo. Em tais situações, o abuso do álcool e das drogas são fatores de risco comuns geralmente presentes em um ou ambos os pais. Há na literatura científica evidência suficiente para declarar que os maus-tratos de crianças podem ser evitados (28). As crianças que sofrem violência diretamente ou observam violência entre seus pais correm maior risco de certos resultados de saúde negativos, inclusive efeitos psicológicos e comportamentais. A violência afeta as comunidades e sociedades, conduzindo a perdas nos setores empresariais e aumento da carga imposta à atenção de saúde e aos sistemas de justiça. Depois que a criança atinge a idade de 5 anos, as ameaças mais significativas à sua sobrevivência são lesões tanto intencionais (homicídio, sevícias contra menores ou violência coletiva como uma guerra) como não intencionais (lesões causadas por acidentes de trânsito, queimaduras, intoxicação e quedas). Finalmente, a depressão de um dos pais, principalmente a mãe, pode também afetar o desenvolvimento da criança. Assim, é essencial o diagnóstico e tratamento adequado de problemas de saúde mental nos pais.

15. A prevalência da desnutrição infantil na Região é baixa, com 4,5% (30). A desnutrição crônica, porém, ainda é um dos transtornos do crescimento mais comuns na ALC, com quase 9 milhões de menores de 5 anos sofrendo essa condição (31). As taxas de amamentação e práticas de alimentação complementares, essenciais para o crescimento e desenvolvimento saudável, estão longe do ideal. Na ALC, somente 58% dos recém-nascidos são amamentados na primeira hora após o nascimento, e somente 44% dos lactentes de menos de 6 meses se beneficiam da amamentação exclusiva (32). A promoção de práticas de amamentação exclusiva e práticas adequadas de alimentação complementar poderiam prevenir, segundo se estima, 19% da mortalidade de menores de 5 anos (32). Além disso, a obesidade na infância é um dos mais graves desafios de saúde pública que afetam os países da Região, particularmente nos meios urbanos. Tão grave é o problema da obesidade na infância nas Américas que, em 2009, o governo dos Estados Unidos da América o declarou uma epidemia nacional. No México, em 2010, o Presidente Calderón anunciou uma estratégia nacional para combater a obesidade no país. Além disso, 7% a 12% das crianças menores de 5 anos na ALC são obesas, o que representa seis vezes a percentagem atual de subnutrição para o mesmo grupo etário (33). As deficiências de micronutrientes têm significativo impacto no desenvolvimento humano e na produtividade econômica. Na ALC, a prevalência de anemia é de 44,5% em

crianças pequenas (22,5 milhões), 30,9% em gestantes (3,5 milhões) e 22,5% em mulheres em idade reprodutiva (31,7 milhões) (34).

16. As crianças da Região morrem também de várias causas ambientais, em grande parte evitáveis. A evidência indica cada vez mais que a deterioração ambiental, os produtos químicos nocivos, os metais tóxicos como o chumbo e o mercúrio, a radiação, a poluição do ar e da água, o asbesto e a exposição passiva à fumaça do cigarro constituem grandes ameaças à saúde, ao desenvolvimento e à sobrevivência das crianças do mundo. Esses problemas são agravados pelo aumento da urbanização e pelos efeitos da mudança climática. As condições ambientais afetam a qualidade e a disponibilidade de alimentos, assim como os níveis da atividade física (35). A poluição do ar pelo uso de combustíveis sólidos em lugares fechados é um problema negligenciado que requer ação urgente. Em sete países da Região, mais de 50% da população usam combustíveis sólidos (35, 37).

17. A cobertura estimada de medicamentos antirretrovirais para prevenir a transmissão materno-fetal de HIV foi de 54% na ALC em 2008 (36). Essa cifra, contudo, oculta variações significativas nos países, com baixa cobertura em certos grupos populacionais. O acesso a serviços de diagnóstico de lactentes ainda é limitado e o seguimento perde muitos lactentes antes que seu estado de HIV seja confirmado. Um total de 19 países comunicou dados sobre o número de lactentes diagnosticados com sífilis congênita em 2009, variando de 5.117 no Brasil a 1 em Barbados. Os peritos suspeitam de importantes graus de subnotificação em muitos dos países (37).

18. Os helmintos transmitidos por contato com o solo infectam milhões de crianças pequenas na América Latina e no Caribe. As doenças causadas por esses parasitas intestinais, como anemia, carência de vitamina A, atrofia do crescimento e desnutrição, entre outros, retardam o crescimento mental e físico da criança e têm efeitos de longo prazo sobre o aproveitamento educacional e a produtividade econômica (38). Os vermes afetam desproporcionalmente os grupos mais desfavorecidos, particularmente nas áreas rurais e nas favelas urbanas, e contribuem para manter as pessoas vulneráveis presas num ciclo de pobreza. Felizmente, há intervenções altamente econômicas e comprovadas para tratar os parasitas intestinais. Intervenções de desverminação podem facilmente ser integradas em diversos programas existentes que muitos países e seus parceiros já estão executando nas áreas da saúde, nutrição, imunização, educação, água e saneamento e apoio à renda.

19. A Região das Américas certificou a interrupção da poliomielite em 1994. A Região está isenta de vírus de sarampo e rubéola endêmicos desde que as doenças autóctones foram eliminadas em 2002 e 2009, respectivamente, e os esforços para eliminar o tétano neonatal e a síndrome de rubéola congênita como problemas de saúde pública estão avançando. A difteria e coqueluche estão atualmente sob controle: a cobertura de vacinação com DPT3 para menores de 1 ano foi de 90% em 2009 (39). Estão sendo introduzidas novas vacinas, como as contra os rotavírus e pneumococos.

20. As crianças com incapacidades estão entre os grupos mais excluídos e enfrentam graves barreiras ao desfrute completo de seus direitos humanos (40). Oitenta por cento da capacidade cerebral se desenvolve antes dos 3 anos de idade. O período de desenvolvimento do nascimento à escola primária oferece numerosas oportunidades para pôr em prática programas de prevenção que permitem às crianças com incapacidades realizar plenamente seu potencial (40).

21. O descaso das necessidades de desenvolvimento das crianças menores pode ter graves consequências para o seu crescimento e desenvolvimento mental e físico. Isso é de especial interesse por ocasião de emergências ou desastres, quando as populações são dispersas e os serviços básicos, interrompidos. A Região das Américas logrou avanços no planejamento e implementação de programas de desenvolvimento na primeira infância, como *Primeros Años*, na Argentina, *Chile Crece Contigo*, *De Cero a Siempre*, na Colômbia, *Arranque Parejo*, no México, e outros. Esses programas tiveram êxito, ajudando as crianças a crescer e prosperar física, mental, emocional e socialmente, desde o nascimento. O programa do Chile proporciona às crianças acesso precoce a serviços e benefícios para atender a suas necessidades, juntamente com apoio constante em cada etapa do crescimento. O objetivo é formar uma sociedade mais equitativa, proporcionando oportunidades iguais desde o nascimento. Em 2009, a promulgação da Lei 20.379, o Sistema Intersetorial de Proteção Social, elevou o programa à condição de instituição.

22. Os modelos de serviços e políticas de saúde integrados na Região vêm aumentando, embora poucos tenham sido estudados e avaliados a fundo. Alguns usam a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Na Guiana, a Estratégia Nacional Integrada de Saúde da Criança (2011-2015) integra as ações sobre saúde da criança. Em Honduras, a AIDPI está incluída no *Programa de Atención Integral a la Niñez*. No Peru, o *Modelo de Atención Integral en Salud* é um grande programa de intervenções para combater os problemas de desnutrição do país, e CRECER é o plano nacional de combate à desnutrição e à pobreza. A Nicarágua, de acordo com a Lei Nacional 423, Artigo 38, determinou a criação de um *Modelo de Salud Familiar y Comunitario* que proporciona um pacote básico dos serviços. E na Bolívia, o programa *Desnutrición Cero* é uma mobilização maciça de saúde pública nacional usando a estratégia AIDPI para fortalecer atividades de nutrição e crescimento em múltiplos setores.

23. A estratégia AIDPI tornou-se, após rigorosas avaliações internacionais, o elemento fundamental das intervenções para melhorar a saúde da criança nas Américas, principalmente nos centros de saúde (41–46). Programas de AIDPI de base comunitária também mostraram sucesso na promoção da saúde da criança (47–50). Na ALC, a AIDPI abordou a prevenção, controle e tratamento das doenças e condições que afetam a

mulher, o feto, o recém-nascido e a criança, tais como: desnutrição; carência periconcepcional de ácido fólico e deficiência de cálcio durante a gravidez; tuberculose; cárie dentária; doença de Chagas; transtornos perinatais e neonatais; acidentes, maus-tratos e violência familiares; transtornos da saúde mental; asma e síndrome bronco-obstrutiva; problemas de desenvolvimento da criança na primeira infância; e infecção por HIV/AIDS. Ademais, ampliou a estratégia para melhorar a saúde das comunidades indígenas.

### **Estratégia Proposta**

24. A Estratégia e Plano da Ação para a Saúde Integral na Infância baseia-se nas realizações e experiências dos Estados Membros e em iniciativas executadas por uma ampla gama de parceiros no desenvolvimento. Será encorajada a cooperação horizontal e um enfoque Sul-Sul. A implementação exigirá a participação das alianças existentes, que estão trabalhando para atingir os ODM e melhorar a saúde e o desenvolvimento da criança, e seguirá a estrutura de responsabilidade e os indicadores propostos pela Comissão de Informação e Responsabilidade para a Saúde da Mulher e da Criança e pela Convenção sobre os Direitos da Criança.

25. A estrutura conceitual da Estratégia baseia-se no modelo ecológico que considera a saúde da criança como resultado da interação entre fatores relacionados com os sistemas de saúde em diferentes níveis e com os determinantes sociais da saúde. Esse trabalho exigirá coordenação entre diversos setores sociais e governamentais, inclusive os ramos executivo, legislativo e judiciário, para garantir uma governança forte do setor da saúde, prestação equitativa de serviços, financiamento suficiente do sistema de saúde, uma massa crítica de profissionais de saúde bem preparados, sistemas de informação em funcionamento e disponibilidade de medicamentos e tecnologias.

26. Propõe-se um Plano de Ação para orientar os países na elaboração de políticas e programas para ajudar as famílias e comunidades a obter acesso a um conjunto oportuno, adequado e integrado de serviços para proteger os direitos da criança e promover o seu desenvolvimento. Esse conjunto de serviços constituiria uma carteira de direitos composta de intervenções econômicas e de base científica, usando uma estratégia de atenção de saúde primária e um enfoque sexual, intercultural e de direito à saúde. O Plano de Ação apoiará e promoverá a preparação de políticas, planos e leis nacionais para proteção social e contribuirá para o fortalecimento de sistemas de saúde que atendam às necessidades da mulher, da família e da criança e que garantam o acesso sem barreiras financeiras, geográficas ou sociais.

27. Para atingir esse grau de apoio, será necessária cooperação de muitas entidades nos setores tanto públicos como privados. Isso inclui autoridades nacionais e locais, legislativos, líderes de governos e comunidades municipais, organizações não

governamentais (ONG), organizações de caráter religioso (FBO), associações profissionais, repartições para mulheres e os setores da educação, do meio ambiente, das finanças, da agricultura, da habitação, da energia e da água e saneamento. Queremos propor que a OPAS coordene a resposta regional, com liderança direta dos ministérios da saúde e outros interessados. Como parte do plano será executada no período pós-ODM, ou seja, após 2015, serão feitos ajustes considerando quaisquer novos acordos globais para saúde e desenvolvimento que possam ser formulados pelos governos nacionais.

28. A proposta prevê o estabelecimento de uma Aliança Regional para a Saúde Integral da Criança, para fortalecer as parcerias e a colaboração com organismos das Nações Unidas, organizações nacionais e internacionais, ONGs, FBOs, organizações da sociedade civil, e assim por diante, para promover intervenções na saúde integral da criança (SIC) e captar recursos com parceiros nacionais. Será formado em cada país um Grupo de Trabalho Intersetorial Nacional para SIC o qual formulará uma definição prática nacional de “Saúde Integral na Infância”, compatível com as políticas, leis, perfil epidemiológico e requisitos do sistema de saúde do país. Os grupos de trabalho proporcionarão também planejamento e cooperação técnica.

29. O objetivo geral é assegurar que as crianças menores de 5 anos sobrevivam, prosperem e tenham vidas saudáveis e felizes. Isso significa a tomada de medidas para assegurar uma alta qualidade de vida, isenta de doenças evitáveis, incapacidade, violência sexual, descaso, lesões e morte prematura, e trabalho para melhorar a saúde da criança, eliminar desigualdades e realizar a igualdade em saúde, de uma forma compatível com a Convenção sobre os Direitos da Criança. Já temos os meios e a tecnologia; o que falta agora é o compromisso de um segmento maior de interessados diretos e aumento do financiamento para a Saúde Integral na Infância.

### **Plano de Ação Proposto para 2012–2017**

30. O Plano de Ação proposto abordará cinco áreas estratégicas na América Latina e no Caribe. Para todos os indicadores, a linha de base é 0 e o alvo são 12 países.

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

**Objetivo 1.1:** Criar um contexto habilitador para a promoção, coordenação e formulação de políticas interprogramáticas e programas intersetoriais para a Saúde Integral na Infância (SIC) compatíveis com os instrumentos de direitos humanos das Nações Unidas e da Organização dos Estados Americanos.

*Indicadores:*

- Número de países que estabeleceram uma política, estratégia ou plano nacional de SIC compatível com seus quadros normativos e regulamentares.
- Número de países com programas de SIC que tenham uma plano de ação de médio a longo prazo, com recursos alocados e uma pessoa focal designada.

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

**Objetivo 2.1:** Desenvolver e fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para gestão, planejamento e implementação das estratégias de SIC, com ênfase na atenção de saúde primária.

*Indicadores:*

- Número de países que têm política, estratégia ou plano nacional para fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para expandir as intervenções efetivas de SIC.
- Número de países com programas de SIC que desenvolveram diretrizes e normas técnicas baseadas em modelos da OPAS/OMS.

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

**Objetivo 3.1:** Apoiar a elaboração e o fortalecimento de programas de formação de recursos humanos para SIC.

*Indicadores:*

- Número de países com programas de formação profissional de recursos humanos e gerenciais estabelecidos e operacionais para SIC.
- O número de países que implementam intervenções com base científica de SIC usando ferramentas e materiais da OPAS/OMS.

**Objetivo 3.2:** Promover a mobilização social e a participação comunitária para execução e expansão de intervenções eficazes para melhorar a SIC e o bem-estar das crianças.

*Indicadores:*

- Número de países com os mecanismos e/ou estratégias estabelecidas para a promoção da participação comunitária para implementação dos programas de SIC baseados em intervenções.
- Número de países que têm um plano operacional para expandir e estender a novos distritos o componente familiar e comunitário, que promove aptidões paternas, mobilização social e participação comunitária em SIC.

**Área estratégica 4:** Fortalecer o sistema de informação sanitária e melhorar a base de conhecimento da efetividade das intervenções.

**Objetivo 4.1:** Fortalecer os sistemas de informação dos países e monitorar a capacidade da estrutura de SIC, e fortalecer a capacidade dos sistemas de informação e estatísticas vitais para gerar e usar informação de qualidade desglosada por sexo, idade, etnia e nível socioeconômico.

*Indicador:*

- Número de países com sistemas nacionais de informação que forneçam informações anuais sobre os indicadores e dados de SIC.

**Área estratégica 5:** Mobilizar recursos, alianças estratégicas e parcerias.

**Objetivo 5.1:** Ocupar-se da promoção de causa para estabelecer e fortalecer alianças intersetoriais com parceiros estratégicos e mobilizar fundos internacionais e nacionais para manter a implementação e ampliação das atividades de SIC.

*Indicador*

- Número de países que estabeleceram um comitê coordenador intersetorial para SIC.

**Monitoramento e Avaliação**

31. Este Plano de Ação contribui para o avanço dos Objetivos Estratégicos (OE) 4,<sup>1</sup> 7,<sup>2</sup> e 9<sup>3</sup> do Plano Estratégico da OPAS. Outros OE, assim como os Resultados Esperados

---

<sup>1</sup> **OE4:** Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas-chave da vida, como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos.

<sup>2</sup> **OE7:** Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais da saúde através de políticas e programas que melhorem a igualdade em saúde e integrem uma abordagem receptiva quanto ao gênero e a favor dos pobres, baseada em direitos humanos.

específicos a Nível Regional (RER) para os quais este Plano de Ação contribui, são detalhados no Anexo C. O monitoramento, avaliação e verificação desta Estratégia e Plano de Ação seguirá as diretrizes estabelecidas pela Organização. Assim, incluirá ações para vigiar e avaliar os indicadores identificados, e serão entregues relatórios de progresso em meados do Plano de Ação e na sua conclusão. Os países trabalharão com todos os setores para chegar a um acordo quanto a uma lista de indicadores básicos padronizados para SIC e os dados serão compartilhados com outros organismos internacionais, usando websites, observatórios regionais, SharePoint, sistemas de portais e outras redes.

32. A OPAS e os Estados Membros porão em uso instrumentos selecionados de planejamento, monitoramento e avaliação para o acompanhamento ativo das políticas, estratégias e planos dos países, empregando indicadores de processos e impacto, relatórios de país e as observações finais do Comitê de Direitos da Criança. As informações coligidas serão desdobradas por idade, sexo e grupo étnico, para permitir aos governos e provedores de serviços dirigirem-se às populações mais vulneráveis ou excluídas. Será feita uma avaliação final ao término do plano, em 2017.

#### **Ação do Comitê Executivo**

33. Convida-se o Comitê Executivo a examinar as informações contidas neste documento e considerar a possibilidade de aprovar o projeto de resolução no Anexo B.

Anexos

#### **Referências**

1. Jolly, R. Early Childhood development: the global challenge. *The Lancet* [Internet]. Janeiro de 2007 [citado em 12 de janeiro de 2012]; 369(9555):8-9. Disponível em: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/pdfs/lancet\\_child\\_dev\\_series\\_commentary.pdf](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/lancet_child_dev_series_commentary.pdf).
2. Heckman, J. The Heckman equation. Heckman: The Economics of Human Potential. [citado em 21 de janeiro de 2012] Disponível em: <http://www.heckmanequation.org/heckman-equation>.

---

<sup>3</sup> **OE9:** Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar em todo o ciclo de vida, e apoiar a saúde pública e o desenvolvimento sustentável.

3. Organização Pan-Americana da Saúde. A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados. 47º Conselho Diretor da OPAS, 58ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de setembro de 2006; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2006 (Documento CD47/15) [citado em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47-15-p.pdf>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde e direitos humanos [Internet]. 47º Conselho Diretor da OPAS, 47ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro-1 de outubro de 2010; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2010 (Documento CD50/12) [citado em 13 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-p.pdf>.
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Plan Estratégico 2008-2012, Modificado (Proyecto) [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (Documento oficial No. 328) [citado em 12 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde infantil [Internet]. 42º Conselho Diretor da OPAS, 52ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de setembro de 2000; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2000 (Documento CD42/FR) [citado em 11 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd42\\_fr-p.pdf](http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd42_fr-p.pdf).
7. Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos: Artigo 25 [Internet]. Terceira Sessão da Assembleia Geral da Nações Unidas; dezembro de 1948; Paris, França. Nova York (NY): Nações Unidas; 1948 [citado em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a25>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde [Internet]. 42º Conselho Diretor da OPAS, 52ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro-1 de outubro de 2004; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2004 (Resolução CD45.R3) [citado em 15 de January de 2012]. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd45.r3-p.pdf>.
9. World Health Organization. Working towards universal coverage of maternal, newborn, and child health interventions [Internet]. 58th World Health Assembly, Ninth Plenary Committee; 2005 May 16-25; Geneva (Suíça). Geneva: OMS; 2005

(Documento WHA58.31) [citado em 2011 January 15]. Disponível em:  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_31-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_31-en.pdf).

10. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de Igualdade de Gênero [Internet]. 46º Conselho Diretor da OPAS, 57ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26-30 de setembro de 2005; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2005 (Resolução CD46.R16) [citado em 15 janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD46.r16-p.pdf>.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição na saúde e no desenvolvimento [Internet]. 138ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS; 19-23 de junho de 2006; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2006 (Resolução CE138.R2) [citado em 15 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/ce/ce138.r2-p.pdf>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) [Internet]. 26th Conferência Sanitária Pan-Americana, 54th Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 2002 Sep 23-27; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2002 (Resolução CSP26.R10) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp26.r10-p.pdf>.
13. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde familiar e comunitária [Internet]. 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OPAS para as Américas; 28 de setembro-2 de outubro de 2009; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CD49.R13) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R13%20\(Port.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R13%20(Port.).pdf).
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Família e Saúde [Internet]. 44º Conselho Diretor, 55ª Sessão do Comitê Regional da OPAS para as Américas; 22-26 de setembro de 2003; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2003 (Resolução CD44.R12) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-r12-p.pdf>.
15. 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 Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro-3 de outubro de 2008; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2008 (Resolução CD 48.R4, Rev.1) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD48.r4-p.pdf>.

16. Organização Pan-Americana da Saúde. 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. 47º Conselho Diretor da OPAS, 58ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de set de 2006; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2006 (Resolução CD47.R19) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47.r19-p.pdf>.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza [Internet]. 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de set-2 de out de 2009; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CD49.R19) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20\(Port.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R19%20(Port.).pdf).
18. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia Regional para Manutenção de Programas Nacionais de Imunização nas Américas. 47º Conselho Diretor da OPAS, 58ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de set de 2006; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2006 (Resolução CD47.R10) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47.r10-p.pdf>.
19. Organização Pan-Americana da Saúde. Vacinas e Imunização [Internet]. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23-27 de set 2002; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2002 (Resolução CSP26.R9) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/csp/csp26.r9-p.pdf>.
20. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015 [Internet]. 47º Conselho Diretor da OPAS, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de setembro de 2006; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2006 (Resolução CD47.R8) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/CD47.r8-p.pdf>.
21. Declaração de Alma-Ata [Internet]. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de setembro de 1978; Alma-Ata (Cazaquistão) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
[http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (CEPAL-UNICEF). La pobreza

- infantil: un desafío prioritario. *Desafíos* [Internet]. 2010 [citado em 25 de janeiro de 2012]; (10):5-9. Disponível em:  
[www.cepal.org/dds/noticias/desafios](http://www.cepal.org/dds/noticias/desafios).
23. United Nations Development Programme. Human Development Report 2010. [Internet]. New York (NY): UNDP; 2010. [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/chapters/>.
24. Bárcena A (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo de Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad [Internet]. Santiago (Chile): Naciones Unidas; 2010 June [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/39991/portada-indice-intro.pdf>.
25. Anderson GF, Waters H, Pittman P, Herbert R, Chu E, Das K (John Hopkins University Bloomberg School of Public Health). Non-communicable chronic diseases in Latin America and the Caribbean [Internet]. Baltimore (MD): U.S. Agency for International Development (USAID); 2009 Feb. [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
<http://www.healthycaribbean.org/publications/documents/NCD-in-LAC-USAID.pdf>.
26. World Health Organization. World Health Statistics 2011 [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [citado em 2012 April 24]. Disponível em:  
<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>
27. Jones G, Steketee R, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet* [Internet]. 2003 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 362:65-71. Disponível em:  
[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/pdfs/lancet\\_child\\_survival\\_prevent\\_deaths.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf).
28. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fourniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Geneva (Suíça): World Health Organization, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect; 2006 [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf).
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas. (Publicação Científica 622). Edição de 2007. 2 vols. Washington, DC: OPAS; 2007 [citado em 25 de janeiro de 2012].

30. World Bank. The World Bank Annual Report 2010: year in review. Washington (DC): World Bank; 2010. [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP2010/0,,menuPK:7074184~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:7074179,00.html>.
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia e plano de ação para redução da desnutrição crônica [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de set-1 de out de 2010; Washington (DC), US. Washington (DC): OPAS; 2010 (Documento CD50/13) [citado em 13 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-13-p.pdf>.
32. Lutter CK, Daelmans B, de Onis M, Kothari M, Ruel MT, Arimond M, Deitchler M, Dewey KG, Blössner M, Borghi, E. Undernutrition, poor feeding practices and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* [Internet]. 2011 Dec [citado em 25 de janeiro de 2012]; 128(6):e1418-27. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/11/04/peds.2011-1392.abstract>.
33. Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2011 Jan; [citado em 25 de janeiro de 2012]; 89(1):22-30. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3040018/>.
34. Mora JO, Boy E, Lutter C, Grajeda R. Anemia in Latin America and the Caribbean, 2009. Situation analysis, trends, and implications for public health programming. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2009 (Documento OPS/FCH/HL/11.3.E) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [www.new.paho.org/hq/index.php?gid=15148&option.com](http://www.new.paho.org/hq/index.php?gid=15148&option.com).
35. World Health Organization. Indoor air pollution: National burden of disease estimates. [Internet]. Genebra (Suíça): WHO; 2007 (Documento WHO/SDE/PHE/7.01rev) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/indoorair/publications/indoor\\_air\\_national\\_burden\\_estimate\\_revised.pdf](http://www.who.int/indoorair/publications/indoor_air_national_burden_estimate_revised.pdf).
36. World Health Organization. WHO PMTCT strategic vision 2010–2015: preventing mother-to child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. Genebra (Suíça): WHO; 2010 [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic\\_vision.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf).

37. Organização Pan-Americana da Saúde. 2010 Análise de situação, Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita nas Américas. OPAS [Internet]. 2011 [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=blogcategory&id=987&Itemid=904&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=987&Itemid=904&lang=en).
38. Ault S, Santiago Nicholls R, Idali Saboya M, Gyorkos T. Workshop on integrated deworming intervention into preschool child packages in the Americas – Report; 24-25 de março de 2011; Washington (DC), Estados Unidos [Internet]. Washington (DC): OPAS e McGill University; 2011 [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15254&Itemid](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15254&Itemid).
39. Organização Pan-Americana da Saúde. Expanded Immunization Program Reporting data. Washington (DC): OPAS; 2009.
40. Child Development: The Child with a Disability, Concept Note, WHO/UNICEF, September 14, 2011.
41. Fundo das Nações Unidas para a Infância. The State of the World's Children 2008. Child Survival [Internet]. Nova York: UNICEF; 2007 [citado em 25 de janeiro de 2012]; p:34-35. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08.pdf>.
42. Bryce J, Victora CG, Habicht JP, Vaughan JP, Black RE. The multi-country evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness strategy: lessons for the evaluation of public health interventions. *American Journal of Public Health* [Internet]. 2004 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 94:406-415. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.94.3.406>.
43. Organização Mundial da Saúde. The Multi-Country Evaluation of IMCI Effectiveness, Cost and Impact (MCE): Progress Report, May 2001 – April 2002. Genebra: OMS; 2002 (Documento WHO/FCH/CAH/02.16) [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/imci-mce/Publications/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.16.pdf](http://www.who.int/imci-mce/Publications/WHO_FCH_CAH_02.16.pdf).
44. Huicho L, Davila M, Campos M, Drasbek C, Bryce J, Victora C. Scaling up Integrated Management of Childhood Illness to the national level: achievements and challenges in Peru. *Health Policy and Planning* [Internet]. 2005 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 20(1): 14–24. Disponível em: [http://csiunmsm.bravehost.com/publi\\_indexa/health\\_v20\\_1\\_14.pdf](http://csiunmsm.bravehost.com/publi_indexa/health_v20_1_14.pdf).

45. Victora CG, Huicho L, Amaral J, Armstrong-Schellenberg J, Manzi F, Mason E, et al. Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2006 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 84:792-801. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/10/06-030502.pdf>.
46. Cordero, D., R. Salgado & C. Drasbek. An analysis of IMCI implementation process in four countries in Latin America [Internet]. Edited by Tina G. Sanghvi and Mireille Mather. Arlington (Virginia), Estados Unidos: BASICS II for the United States Agency for International Development and the Pan American Health Organization; 2004 [citado em 25 de janeiro de 2012]. Disponível em: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNADC631.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADC631.pdf).
47. Bhutta Z, Darmstadt G, Hasan B, Haws, R. (2005). Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* [Internet]. 2005 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 115:519-617. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15866863>.
48. Harkins T, Drasbek C, Arroyo J, McQuestion M. (2008). The health benefits of social mobilization: experiences with community-based Integrated Management of Childhood Illness in Chao, Peru and San Luis, Honduras. *Promot Educ* [Internet]. 2004 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 15(2): 15-20). Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/sde/resources/cid-60716>.
49. McQuestion, MJ, Quijano Calle A, Drasbek C, Harkins T, Sagastume LJ. Social integration and health behavioral change in San Luis, Honduras. *Health Educ Behav* [Internet]. 2010 [citado em 25 de janeiro de 2012]; 37(5):694-708. Disponível em: <http://heb.sagepub.com/content/37/5/694.abstract?rss=1&patientinform-links=yes&legid=spheb;37/5/694>.
50. Velásquez A. Avaliação do Componente AIDPI do Projeto PCPCD-OPS/CIDA. Washington(DC): Organização Pan-Americana da Saúde (document não publicado).

**ALGUNS EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES PARA  
SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA  
(Crianças menores de 5 anos de idade por Nível de Influência)**

<b>Indivíduo</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Paternidade/maternidade positiva</li><li>- Aumentar o acesso a serviços de atenção pré-natal e pós-natal</li><li>- Programas de desenvolvimento na primeira infância</li><li>- Sexo sem risco</li></ul>
<b>Família e Comunidade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ambiente limpo e sem risco</li><li>- Reconhecimento precoce de sinais de perigo e encaminhamento</li><li>- Limpar os fogões para ter ar interior mais limpo *</li><li>- Eliminar do interior a fumaça de tabaco e os ácaros</li><li>- Programas de comunicação de riscos *</li><li>- Participação ativa dos agentes sociais, desenvolvendo práticas familiares essenciais *</li><li>- Consultas pré-natais e pós-natais para reduzir o abuso de menores</li></ul>
<b>Prevenção *</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amamentação exclusiva até 6 meses de idade</li><li>- Alimentação complementar</li><li>- Material tratado com inseticida</li><li>- Água, saneamento e higiene</li><li>- Vacina contra o Hib</li><li>- Zinco</li><li>- Vitamina A</li><li>- Vacina contra o sarampo</li><li>- Toxoide tetânico</li><li>- Visitas a domicílio durante gravidez</li></ul>
<b>Tratamento *</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Vitamina A</li><li>- Antibióticos para pneumonia</li><li>- Antibióticos para disenteria</li><li>- Antimaláricos</li><li>- Terapia de reidratação oral (TRO)</li><li>- Antibióticos para sepsia</li><li>- Reanimação de recém-nascidos</li><li>- Zinco (em diarreia aguda e desnutrição grave da criança)</li></ul>
<b>Social</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Converter a Convenção sobre os Direitos da Criança em as leis nacionais</li><li>- Promover os direitos sociais, econômicos e culturais</li><li>- Proporcionar educação e atenção na primeira infância</li><li>- Assegurar educação primária e secundária universal</li><li>- Reduzir a disponibilidade de álcool</li><li>- Monitorar os níveis do chumbo, mercúrio, pesticidas, etc., e remover as toxinas do meio ambiente</li><li>- Controlar de poluição urbana do ar*</li></ul>

\*Intervenção com base científica.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 150<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 18-22 de junho de 2012

---

CE150/15 (Port.)  
Anexo B  
ORIGINAL: INGLÊS

### **PROJETO DE RESOLUÇÃO**

#### **ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE INTEGRAL NA INFÂNCIA**

##### ***A 150<sup>a</sup> SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado a *Estratégia e Plano da Ação para a Saúde Integral na Infância* (Documento CE150/15);

##### ***RESOLVE:***

Recomendar que a 28<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução nos seguintes termos:

##### ***A 28<sup>a</sup> CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Tendo examinado a *Estratégia e Plano da Ação para a Saúde Integral na Infância* (Documento CSP28/\_\_);

Recordando o direito das crianças de desfrutar do mais alto padrão de saúde atingível, como se estabelece na Constituição de Organização Mundial da Saúde, na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e noutros instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos;

Consciente dos mandatos internacionais procedentes da Assembleia Mundial da Saúde, particularmente na Resolução WHA56.21 (2003), *Estratégia para Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente*, e na Resolução WHA58.31 (2005), *Trabalhar rumo à Cobertura Universal de Intervenções de Saúde da Mãe, do Recém-Nascido e da Criança*; do compromisso dos Estados Membros da Região das

Américas de atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM); e de outras Resoluções da OPAS que contribuem e afetam diretamente o bem-estar das mulheres, crianças e cuidadores;

Reconhecendo que as crianças da Região das Américas são o seu maior recurso e que o reconhecimento e proteção de suas diferentes necessidades e direitos humanos é essencial para desenvolvimento efetivo, e observando que as políticas, estratégias, planos, e leis nacionais de saúde requerem atenção renovada para promover a integração eficaz da atenção de saúde infantil nos serviços de saúde, usando um enfoque intersetorial e vital baseado nos determinantes sociais da saúde e compatível com os mandatos internacionais;

Levando em conta que esta Estratégia e Plano da Ação propõe aproveitar o processo da atenção contínua para promover o desenvolvimento ótimo da criança; prevenir e reduzir a morbidade de menores de 5 anos; melhorar a nutrição da criança; habilitar os pais, famílias e comunidades a apoiar os esforços de atenção à criança; criar ambientes sociais e físicos que promovam a segurança e a boa saúde; e fortalecer a colaboração entre diversas instituições no setor da saúde e outros setores, permitindo-lhes trabalhar mais efetivamente,

***RESOLVE:***

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância, e promover sua consideração na formulação de políticas, planos, programas e projetos de desenvolvimento, bem como na discussão de orçamentos nacionais, visando criar condições para fortalecer as intervenções de saúde da integral na infância.
2. Instar os Estados Membros a:
  - (a) priorizar e defender nos níveis mais altos a implementação de intervenções efetivas com base científica para evitar a morbidade e a mortalidade de crianças;
  - (b) apoiar a formulação de políticas, estratégias e planos de saúde integral na infância como parte de planos nacionais gerais de saúde, fortalecer a capacidade de serviços de saúde integral na infância de alta qualidade e garantir acesso universal a esses serviços;
  - (c) promover o diálogo e a coordenação entre ministérios e outras instituições públicas e acadêmicas, assim como entre os setores privado e público e a sociedade civil, visando obter consenso nacional para a implementação dos serviços de saúde integral na infância com base nos determinantes sociais e nos enfoques do curso da vida;

- (d) formar capacidade gerencial nacional e local para efetivo planejamento de programas e gestão de profissionais de saúde em serviços do primeiro nível e de encaminhamento, a fim de prestar serviços de qualidade para a saúde integral da criança;
  - (e) apoiar os cuidadores trabalhando nos níveis familiar, comunitário e individual para melhorar o comportamento na busca de atenção, promoção da saúde e atenção no lar e na comunidade, com base em práticas de atenção de saúde primária;
  - (f) fortalecer os sistemas e serviços de saúde para apoiar a implementação da atenção de qualidade de uma forma compatível com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e aplicação de novos processos de treinamento, inclusive educação à distância e outros modelos inovadores;
  - (g) promover a coleta, compartilhamento e uso de dados sobre a saúde integral na infância desdobrada por idade, sexo e etnia;
  - (h) estabelecer um sistema integrado de monitoramento, avaliação e responsabilidade por políticas, planos, programas, legislação e intervenções que permitam determinar os impactos de serviços de saúde integral na infância;
  - (i) assegurar que sejam estabelecidos processos para fazer análises e revisões externas da implementação do Plano, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
- (a) estabeleça um Grupo Técnico Assessor para dar orientação sobre temas relacionados com a Saúde Integral na Infância;
  - (b) dar apoio aos Estados Membros, em colaboração com outros organismos e setores internacionais, a fim de ajudá-los a trabalhar coletivamente para apoiar e fortalecer os planos nacionais e a execução de atividades de Saúde Integral na Infância no nível nacional;
  - (c) promover a implementação e coordenação da Estratégia e Plano da Ação, a fim de assegurar que as atividades tenham alcance intersetorial em todas as diversas áreas de programa da Organização e em diferentes contextos regionais e nacionais;
  - (d) promover e consolidar a cooperação técnica horizontal (Sul-Sul) e a partilha de experiências bem sucedidas e lições aprendidas pelos Estados Membros;

- (e) apoiar e maximizar o desenvolvimento de recursos humanos, o fortalecimento da capacitação e a prestação de serviços de qualidade;
- (f) apoiar a formulação das diretrizes técnicas e ferramentas integradas para facilitar a execução da Estratégia e Plano da Ação;
- (g) promover o estabelecimento de parcerias nacionais, municipais e locais com outros organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, instituições acadêmicas, organizações não-governamentais, a sociedade civil organizada, o setor privado, o Comitê dos Direitos da Criança, das Nações Unidas, e outros, para executar os serviços de saúde integral na infância;
- (h) realizar as avaliações a meio termo e final e apresentar esses resultados aos Órgãos Diretivos.



## Relatório sobre as Implicações Financeiras e Administrativas do Projeto de Resolução para a Secretaria

1. Tema da agenda: 4.5: Estratégia e Plano de Ação para Saúde Integral na Infância

2. Vinculação ao Orçamento-Programa 2012-2013:

(a) Área de trabalho:

**Objetivo estratégico 1:** Reduzir o ônus socioeconômico e de saúde das doenças transmissíveis.

RER 1.1

RER 1.4

**Objetivo estratégico 2:** Combater a infecção pelo HIV/AIDS, a tuberculose e a malária.

RER 2.1

RER 2.2

**Objetivo estratégico 3:** Prevenir e reduzir as doenças, a incapacidade e a morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões.

RER 3.1

RER 3.2

RER 3.5

**Objetivo estratégico 4:** Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante etapas-chave da vida, como a gravidez, o parto, o período neonatal, a infância e a adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos.

RER 4.1

RER 4.2

RER 4.3

RER 4.4

RER 4.5

**Objetivo estratégico 7:** A abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais da saúde através de políticas e programas que melhorem a igualdade em saúde e integrem enfoques favoráveis aos pobres, receptivos quanto ao gênero e baseados em direitos humanos.

RER 7.1

RER 7.2

RER 7.4

RER 7.5

RER 7.6

**Objetivo estratégico 8:** A promover um ambiente mais sadio, intensificar a prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os setores, visando as causas fundamentais das ameaças ambientais a saúde.

RER 8.2

RER 8.5

**Objetivo estratégico 9:** A melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar em todo o ciclo de vida, em apoio à saúde pública e ao desenvolvimento sustentável.

RER 9.1

RER 9.2

RER 9.3

RER 9.4

**Objetivo estratégico 10:** A melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde.

RER 10.1

RER 10.2

**(b) Resultado esperado:**

Entre 2012-2017, o Plano terá alcançado os objetivos estratégicos para: (a) fortalecer a cobertura efetiva dos recém-nascidas, a SIC e intervenções no desenvolvimento da criança na primeira infância; (b) criar ambientes sociais e físicos e promover a saúde e o desenvolvimento e comportamentos saudáveis usando enfoque de direitos dentro de estruturas intersetoriais, interculturais e de gênero; e (c) fortalecer a resposta dos sistemas de saúde com estratégias alternativas para alcançar populações subatendidas.

**3. Implicações financeiras:**

**(a) Custo total estimado para execução durante o ciclo de vida da resolução (estimado para os US\$10.000 mais próximos, incluindo pessoal e atividades):**

A cooperação técnica e financeira com outros organismos das Nações Unidas e outros interessados diretos, multinacionais, fundações, organizações de caráter religioso, setores privados, organizações bilaterais e internacionais é essencial para a bem sucedida implementação deste Plano. De 2012 a 2017, estimam-se gastos de US\$30,0 milhões com pessoal e atividades necessárias para executar o Plano com êxito. Isso inclui manutenção do pessoal atual, contratação de pessoal adicional e implementação de atividades nos níveis regional, sub-regional e nacional.

**(b) Custo estimado para o biênio 2012–2013 (estimado para os US\$10.000 mais próximos, incluindo pessoal e atividades):**

Custo estimado por ano = US\$6,0 milhões

**(c) Do custo estimado assinalado em (b), o que pode ser incluído nas atividades programadas existentes?**

O financiamento atual usando fundos regulares da OPAS, extraorçamentários da OMS e recursos de doadores é escasso. Será necessário um esforço extraordinário de captação de recursos. O melhoramento da coordenação e utilização do financiamento entre os OE da OPAS nos níveis regional e nacional acima esboçados exigirá fortalecimento. Será também identificado financiamento adicional de outras fontes no nível nacional e utilizado de maneira apropriada

**4. Implicações administrativas**

**(a) Indicar os níveis da Organização nas quais será executado o trabalho:**

Áreas regionais, sub-regionais, nacionais e especialmente áreas locais de mais alta vulnerabilidade e difícil acesso. As intervenções de país serão integradas com programas de outras organizações e ministérios.

**(b) Requisitos adicionais de pessoal (indicar necessidades equivalentes de pessoal adicional de tempo integral, anotando o perfil de aptidões exigidas):**

Requisitos adicionais de pessoal (indicar necessidades equivalentes de pessoal adicional em regime de tempo integral, anotando o perfil de aptidões exigidas):

- Continuação do cargo de Assessor para Saúde Integral na Infância em FCH/HL
- Estabelecimento de um posto de Desenvolvimento da Criança na Primeira Infância P4 em FCH/HL em regime de tempo integral
- Estabelecimento de um posto de Oficial do Programa P3 em FCH/HL em regime de tempo integral
- Continuação dos cargos de oficiais de país da OPAS com profissionais nacionais em tempo integral em países prioritários
- Fortalecimento e melhoramento da utilização e coordenação do pessoal da OPAS que trabalha atualmente na Organização
- As Representações nos países trabalharão em forma integrada e maximizarão os recursos humanos

**(c) Cronologia (indicar prazos amplos para a execução e avaliação):**

- Setembro de 2012: o Conselho Diretor da OPAS aprova a Estratégia e Plano da Ação.
- Novembro-dezembro de 2012: Reuniões de planejamento nacionais e sub-regionais realizadas com todos os parceiros interessados.
- Dezembro de 2012: Disseminação da Estratégia e Plano da Ação em quatro idiomas.
- Janeiro-julho de 2013: Promoção, manifestação de interesse dos países, preparação do diagnóstico inicial e desenvolvimento de planos nacionais estratégicos integrados.
- Março de 2013: Realização da reunião de parceiros.

- 2013-2014: Execução, vigilância e desenvolvimento em países prioritários.
- 2013: Reunião de boas práticas e avaliação de atividades de país.
- 2013-2016: Execução, vigilância e desenvolvimento em países prioritários.
- 2017: Avaliação de atividades de país.
- 2017: Avaliação final da execução da Estratégia e Plano da Ação.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CE150/15 (Port.)  
Anexo D

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR O TEMA DA AGENDA COM  
MANDATOS DA ORGANIZAÇÃO**

- 1. Tema da Agenda:** 4.5: Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância
- 2. Unidade responsável:** Saúde Familiar e Comunitária (FCH), projeto Curso de Vida Saudável (HL)
- 3. Preparado por:** Cristopher Drasbek
- 4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais ligados a este tema da Agenda:**
  - Associações e organizações profissionais trabalhando em de saúde e desenvolvimento
  - Instituto Nacional de Saúde da Criança (Peru)
  - Faculdade da Medicina, Universidade Javeriana (Colômbia)
  - Hospital Infantil do Texas, Houston, EUA
  - Ministérios ou Secretarias de Saúde
  - Ministérios ou Secretarias Sociais
  - Ministérios de Desenvolvimento
  - Ministérios da Fazenda
  - Ministérios do Planejamento
  - Ministérios da Proteção Social
  - Ministérios da Educação
  - Ministérios da Habitação
  - Ministérios do Meio Ambiente
  - Ministérios do Comércio
  - Junior Chamber International (JCI)
  - Centros Colaboradores de OPAS/OMS para Saúde Familiar e Comunitária e outros centros de saúde relacionados com a criança
  - Instituições de previdência social, forças armadas, polícia, empresas estatais e outras instituições com serviços de saúde.
  - Organizações de caráter religioso (Igreja Adventista de Sétimo Dia, Igreja dos Santos dos Últimos Dias, Igrejas Católicas) e outras
  - Escolas e universidades de ciências da saúde, medicina, enfermagem, nutrição, saúde pública
  - Outras instituições e fundações nacionais e internacionais associadas a serviços de saúde de crianças menores de cinco anos de idade

**5. Conexão entre o Tema da Agenda e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017:**

O tema proposto *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integral na Infância* (SIC) é um esforço progressivo para apoiar e ampliar o conceito de integração de ações buscando o bem-estar e o potencial de desenvolvimento humano da criança em sistemas e serviços de saúde e nos níveis familiar e comunitário nos Estados Membros. A *Estratégia e Plano da Ação* propõe aproveitar o processo contínuo da atenção para promover o desenvolvimento ótimo da criança; prevenir e reduzir a morbidade de crianças menores de 5 anos; melhorar a nutrição da criança; habilitar os pais, as famílias e as comunidades a apoiar os esforços de atenção à criança; criar ambientes sociais e físicos que promovam a segurança e a boa saúde; e fortalecer a colaboração entre diversas instituições no setor da saúde e em outros setores para que trabalhem mais eficientemente.

A estratégia proposta tem em vista orientar os países na elaboração de políticas e programas para apoiar as famílias e comunidades no acesso a um conjunto oportuno, adequado e integrado de serviços para proteger os direitos da criança e promover seu desenvolvimento e seus direitos humanos fundamentais. Apoiará e incentivará Estados Membros na elaboração de políticas, planos e leis nacionais de proteção social para crianças, mulheres e famílias. Contribuirá para fortalecer um sistema de saúde receptivo às necessidades da família e da criança, que garanta o acesso progressivo, sem barreiras financeiras, geográficas ou sociais, a um pacote integrado de serviços de saúde e sociais que inclua nutrição, saúde física, mental e ambiental, e outras intervenções críticas. Esse conjunto de serviços constituiria uma carteira de direitos da criança, composta de intervenções econômicas e de base científica relacionadas com a estratégia de atenção de saúde primária usando um enfoque sexual, intercultural e de direito à saúde.

Esse trabalho requererá ações para garantir uma governança forte do setor público, prestação equitativa de serviços, financiamento suficiente do sistema de saúde, uma massa crítica de profissionais de saúde bem preparados e coordenação entre os diversos setores sociais e governamentais, inclusive os ramos executivo, legislativo e judiciário. No núcleo desta estratégia está a redução de desigualdades na saúde infantil. A visão geral assegurará que os recém-nascidos e as crianças sobrevivam, prosperem e tenham vidas saudáveis e felizes. A meta é lograr alta qualidade de vida, isenta de doenças evitáveis, incapacidade, violência sexual, descaso, lesões e morte prematura, e contribuir para o melhoramento da saúde infantil, a eliminação de disparidades e o avanço da igualdade em saúde de uma forma compatível com o CRC.

**6. Ligação entre o tema da Agenda e o Plano Estratégico 2008 –2012:**

**SO1:** Reduzir o ônus sanitário, social e econômico das doenças transmissíveis.

**SO2:** Combater a infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose e malária.

**SO3** Prevenir e reduzir a morbidade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões.

**SO4:** Reduzir a morbidade e a mortalidade e melhorar a saúde durante as etapas fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos.

**SO7:** Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero.

**SO8:** Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde.

**SO9:** Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar ao longo do ciclo de vida, e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável.

**SO10:** Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde.

#### **7. Boas práticas nesta área e exemplos de países na Região das Américas:**

- Ao longo dos anos, foi documentada uma extensa coleção de boas práticas, com base em provas, em apoio à execução de pacotes de serviços de saúde integral da criança nos países das Américas. A experiência com modelos integrados de serviços e políticas de saúde na Região está crescendo mas poucos têm sido estudados e avaliados a fundo.

Na Bolívia, o *Programa Zero contra Desnutrição* é um grande esforço de mobilização da saúde pública nacional usando a estratégia de AIDPI como uma das plataformas para fortalecer a nutrição e as atividades de crescimento usando um enfoque multissetorial.

A Guiana elaborou uma *Estratégia Nacional de Saúde Integral da Criança 2011-2015*, que inclui ações integradas de saúde infantil.

Em Honduras, a Estratégia de AIDPI está incluída no *Programa de Atención Integral a la Niñez*.

Na Nicarágua, em julho de 2008, Lei Nacional 423, Artigo 38, ditou a criação de um *Modelo de Salud Familiar y Comunitario* (MOSFC), proporcionando um pacote básico de serviços no país.

No Peru, o *Modelo Atención Integral del Niño* é um grande programa de intervenções para combater os problemas de desnutrição e o *CRECER* é o plano nacional para desnutrição e pobreza.

- Um bom exemplo de integração de efetivas intervenções de saúde infantil pode ser observado durante a Semana de Vacinação Nacional de 2010 para as Américas. Em muitos países, foram fornecidas e aplicadas imunizações a famílias e comunidades:
  - Vitamina A na Bolívia, México e Honduras.
  - Tratamento de parasitas intestinais na Bolívia, Haiti, México e Nicarágua.
  - Distribuição de pacotes de SRO, vitaminas e outros suplementos minerais no México.
  - Na Guiana, feiras de vacinação comunitárias proporcionaram educação sobre nutrição e saúde, bem como informação sobre abuso de drogas.
  - No Panamá, aqueles que apresentaram sintomas de desnutrição foram encaminhados para tratamento a centros locais de reabilitação nutricional.
- Ao longo dos anos, a estratégia de AIDPI nas Américas respondeu ao perfil epidemiológico em evolução nos países, relacionados com as doenças prevalentes, ao incorporar ações adicionais para cobrir outros problemas que prejudicam a saúde das crianças e incidem negativamente no

crescimento e desenvolvimento saudável. Programas e planos nacionais de saúde infantil foram modificados para refletir essas mudanças. Desde 2000, os Estados membros implementaram com êxito as Práticas Familiares Chave (PFC) da OMS/UNICEF para a prevenção de doenças comuns da infância, como a intervenção primária para modificar comportamentos e melhorar o crescimento e o desenvolvimento no nível da família e da comunidade. Esse trabalho apoiou os esforços integrados de mobilização social postos em prática pelos Ministérios da Saúde, juntamente com líderes comunitários e redes, trabalhadores em saúde comunitária (TSC), organizações não-governamentais (ONG), famílias e outros agentes e instituições sociais.

- Mais recentemente, no *Programa sobre a Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis Prioritárias na América do Sul*, da ACIDI/OPAS, e no *Programa de Subvenções: Melhoria da Saúde e Aumento na Proteção contra as Doenças Transmissíveis, para Mulheres, Crianças e Populações Excluídas na América Latina e no Caribe*, da ACIDI/OPAS, foram implementadas com êxito atividades de saúde infantil integradas com outros programas nos níveis nacional e local, destinados a populações vulneráveis, para prevenção e controle de doenças infantis prevalentes; e programas nacionais de controle e prevenção de doenças estão projetando intervenções para cobrir lacunas na prestação de serviços de saúde, nos sistemas de informação sanitária, liderança, governança e finanças e no monitoramento e avaliação.
- A atenção e o desenvolvimento das crianças pequenas devem ser a base das relações sociais e o ponto de partida das estratégias de desenvolvimento de recursos humanos, do nível comunitário ao nacional. A Região das Américas progrediu na elaboração e implementação dos programas de desenvolvimento infantil (por exemplo: Argentina – *Primeiros Anos*; Chile – *Crece Contigo*; Colômbia – *De Cero a Siempre*; México – *Arranque Parejo*; e outros). Esses programas demonstraram com êxito processos pelos quais, desde o nascimento, as crianças crescem e prosperam física, mental, emocional e socialmente.

#### **8. Implicações financeiras deste tema da Agenda:**

A região da América Latina e Caribe está passando por uma crise financeira de natureza sem precedentes. Nas Américas, a ODM 4 foi priorizada, mas com financiamento mínimo alocado pela OMS, OPAS e doadores internacionais. Isso terá impacto especialmente nos países de baixa renda e levará os governos a possivelmente reduzir o gasto social em saúde, educação e proteção social. Muitos países lograram êxito na obtenção de apoio bilateral para atividades integradas (Nicarágua-Luxemburgo, Bolívia-ACIDI, Haiti-Governo francês, etc.). Contudo, a cooperação técnica e financeira com outros organismos das Nações Unidas e outros interessados diretos, organizações multinacionais, entidades de caráter religioso, fundações, setores privados e organizações internacionais bilaterais é essencial para a execução com êxito deste Plano. De 2012-2017, as despesas de pessoal e de atividades necessárias para pôr em prática o Plano com êxito são estimadas em US\$30,0 milhões. Isso inclui manutenção do pessoal atual, contratação de pessoal adicional e implementação das atividades nos níveis regional, sub-regional e nacional.