



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



42º CONSELHO DIRETOR 52ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 25 a 29 de setembro de 2000

Tema 4.10 da Agenda Provisória

CD42/14 (Port.)

18 julho 2000

ORIGINAL: INGLÊS

SAÚDE INFANTIL

A saúde infantil nas Américas representa um sério desafio. Dez anos após a realização da Cúpula Mundial em Prol da Infância, pode-se constatar um progresso contínuo em áreas como o controle de doenças infecciosas, a cobertura de vacinação, aspectos nutricionais, cobertura do controle pré-natal e cuidados profissionais especializados durante o parto. A saúde, em sua concepção integral e positiva, é um produto social que constitui um fator determinante do desenvolvimento humano e, portanto, do progresso. É fato reconhecido que políticas e estratégias apropriadas podem contribuir de maneira positiva para mudar a realidade e gerar expectativas de desenvolvimento humano mediante o desenvolvimento da criança. Este é o elemento-chave para se alcançar o progresso no sentido da equidade e do desenvolvimento global da Região.

Muitos países encontram-se, atualmente, em um estágio de transição epidemiológica e demográfica, enfrentando novos desafios enquanto tentam atacar velhos problemas ainda não completamente resolvidos, assim como o surgimento de novas doenças e desafios na área social que têm um impacto direto na saúde. Ao mesmo tempo, estes países devem continuar atentos e estabelecer as bases para que suas crianças possam desfrutar de boa saúde por toda a vida. Há razões humanas, éticas, sociais, e econômicas para tornar a saúde infantil uma prioridade tanto para ações eficazes como para investimentos diretos. O novo milênio oferece uma oportunidade para se avaliar a situação, disseminar os sucessos obtidos, e designar estratégias adequadas para essa fase de transição da Região.

O presente documento, produto de discussão interna em várias unidades da Repartição Sanitária Pan-Americana da Saúde, com responsabilidades no campo da saúde infantil, é apresentado à consideração do Conselho Diretor. Reconhecendo que tanto uma abordagem multidisciplinar como ações multisectoriais são necessárias para se promover um desenvolvimento integral da criança, o documento se concentra, tanto quanto possível, no setor da saúde e sua contribuição para atingir esse esforço integrado. Partindo de uma análise da situação atual, desenvolve-se um ponto de referência para a reorientação dos esforços para se alcançar a saúde da infância (com base em evidências de diferentes disciplinas). Apresentam-se sugestões para estratégias e linhas de ação, acompanhadas de projeções de resultados esperados. Finalmente, define-se o papel da OPAS, juntamente com estimativas dos custos envolvidos. O Comitê Executivo, em sua 126ª sessão, examinou este assunto e propôs uma resolução a ser considerada pelo Conselho Diretor (ver CE126.R17, anexa).

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução	3
2. A Região das Américas: Análise da situação da saúde infantil	4
2.1 Situação demográfica	4
2.2 Situação epidemiológica	4
2.3 Situação nutricional	6
2.4 Trabalho infantil, saúde mental, violência, abandono e abuso na infância.....	6
2.5 Problemas ambientais	7
2.6 Serviços de saúde.....	8
3. Estrutura político-conceitual da saúde infantil.....	9
3.1 Acordos internacionais.....	9
3.2 Provas e lições aprendidas	10
3.3 Estrutura conceitual: Proposta para o desenvolvimento integral da criança.....	13
3.4 Resultados esperados	15
4. Diretrizes sugeridas para a implementação do desenvolvimento integral da criança	15
4.1 Princípios básicos para a elaboração de um plano estratégico para as Américas sobre a saúde integral da criança	17
4.2 Objetivos estratégicos a considerar nas orientações da OPAS e seus Estados Membros para a saúde e o desenvolvimento integral da criança.....	18
5. Implicações da implementação da mudança de paradigma para o desenvolvimento integral da criança.....	18
5.1 Desenvolvimento de recursos humanos.....	19
5.2 Avanço continuado do conhecimento.....	19
5.3 Planos, programas e serviços	19
5.4 Mobilização de recursos	20
6. O papel da Organização Pan-Americana da Saúde	21
Bibliografia.....	22
Anexo: Resolução CE126.R17	

1. Introdução

A situação de saúde das crianças de 0 a 10¹ anos de idade nas Américas tem melhorado progressivamente como resultado do desenvolvimento social, econômico, ambiental e tecnológico, do controle de doenças contagiosas e da maior cobertura e qualidade dos serviços de saúde. No entanto, é preciso vencer o desafio de problemas ainda não solucionados e temas não abordados para que se possa desenvolver uma geração de crianças saudáveis, felizes e capazes de contribuir para o seu próprio bem-estar e o de suas famílias, sociedades, e nações.

Uma década após a Cúpula Mundial em Prol da Infância, é necessário examinar a situação dentro do contexto das realidades demográficas, epidemiológicas, econômicas, sociais e políticas da Região das Américas.

As fundações para o desenvolvimento integral devem ser assentadas durante a pré-concepção, gestação, nascimento, lactação, pré-escola e escola de 1º grau, produzindo um impacto na saúde e no meio ambiente do indivíduo que durará por toda a vida. É fato reconhecido que a interação entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, econômicos, culturais e políticos, assim como o meio ambiente mais próximo, determina a susceptibilidade à doença e fortalece os fatores que protegem contra as doenças.

Tendo em vista os impactos demonstrados na promoção do desenvolvimento integral nos primeiros anos de vida, há consenso em considerar que o melhor e mais rentável investimento social é aquele que se faz na criança. O setor de saúde, em colaboração com outros setores, tem oportunidades ilimitadas de assumir a liderança e ajudar a estabelecer prioridades, investindo em um futuro melhor através de crianças saudáveis.

Este documento analisa a situação atual da saúde infantil e os serviços destinados a atender esta população. Oferece um ponto de referência que pode servir para reorientar esforços, baseando-se em evidências de diferentes disciplinas. Também são esboçadas algumas estratégias e linhas de ação necessárias para promover a saúde e o desenvolvimento integral das crianças, com projeções dos resultados esperados. O documento conclui com sugestões para se iniciar um processo de elaboração de um plano regional, operacionalizando o papel projetado para a OPAS, e apresenta uma estimativa dos custos envolvidos.

¹ As Nações Unidas definem crianças como aquelas na faixa de 0 a 18 anos de idade e adolescentes as que se encontram entre 10 e 18 anos. A OMS ainda subdivide o grupo entre primeira infância, de 0 a 10 anos, e adolescência, de 11 a 20 anos. Como a OPAS já possui uma política sobre adolescentes (Documento do Conselho Diretor CD40/21 (1997)), o presente documento se concentrará em crianças de 0 a 10 anos de idade.

Solicita-se ao Conselho Diretor que examine e discuta o documento e dê orientações quanto às diretrizes e prioridades da OPAS nesta área.

2. A Região das Américas: Análise da situação da saúde infantil

2.1 *Situação demográfica*

Houve um grande declínio no crescimento demográfico, embora, em termos gerais, as crianças ainda constituam a maioria dos habitantes de muitos países, com concentrações mais elevadas nas zonas rurais. O número crescente de migrações das zonas rurais para as cidades produziu um crescimento caótico. Como resultado, as crianças freqüentemente têm pouco acesso a serviços públicos básicos, vivem em condições superaglomeradas e de pobreza, e ficam expostas a uma ampla variedade de riscos e abusos sociais. Conflitos armados e desastres naturais têm contribuído para essa situação precária. Essas tendências demográficas estão gerando grupos familiares cada vez menores, mais dispersos e mais nucleares, com a conseqüente redução de redes de apoio social disponíveis.

2.2 *Situação epidemiológica*

2.2.1 *Mortalidade*

Todos os países da Região têm reduzido sua taxa de mortalidade infantil, embora os perfis variem. Apesar de um declínio significativo nos últimos 40 anos, muitas lacunas ainda são evidentes, demonstrando desigualdades como, por exemplo, a mortalidade infantil por doenças contagiosas é 10 vezes maior na região da América Latina e do Caribe do que no Canadá.

Existem provas de que a mortalidade infantil é maior em áreas de pobreza e em zonas rurais, mas também se sabe que é até 300% maior para crianças cujas mães não têm nenhuma escolaridade. Por exemplo, as mortes causadas por distúrbios perinatais estão estreitamente relacionadas com a subnutrição materna e fetal. As infecções neonatais e fetais, ruptura prematura de membranas, prematuridade, hipertensão crônica, distocia, iatrogenia e hipoxia fetoneonatal também figuram proeminentemente entre as causas da mortalidade infantil. A pobreza influencia desproporcionalmente esses resultados da saúde.

As principais causas de morte de crianças de 1 a 4 anos de idade são as doenças contagiosas e os acidentes. As causas externas e as doenças congênitas são relativamente maiores em países que já alcançaram níveis baixos de mortalidade infantil. As doenças contagiosas, associadas à desnutrição, são mais prevalentes em países com altos índices

de mortalidade, embora as causas externas continuem sendo significativas. Os acidentes também constituem a principal causa de morte em crianças de 5 a 10 anos de idade, com uma marcada tendência de aumento.

2.2.2 *Morbidade*

A informação sobre morbidade está baseada nos casos identificados nos serviços de saúde. Isto é somente parte do quadro por várias razões. Não há nenhuma projeção sobre a população não atendida. As cifras, embora demonstrem a importância relativa dos acidentes, não mostram o que os acidentes representam em termos de serviços, custos e deficiências para indivíduos e famílias. Por exemplo, para cada criança de 1 a 14 anos que morre atropelada, 16 crianças nessa faixa etária são atendidas num estabelecimento de saúde ou num pronto-socorro. Os custos da morbidade freqüentemente se estendem muito além do contato com o sistema formal de saúde.

Pelos dados disponíveis, sabe-se que as infecções respiratórias agudas (IRA) e as doenças diarreicas agudas (DDA) ainda estão entre as principais doenças que afetam as crianças. A septicemia, a meningite, a desnutrição e a malária são as maiores causas de morbidade em alguns países (responsáveis por entre 50% e 95% das consultas e hospitalizações). A estratégia para a atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), implementada em 19 países da Região, tem sido um fator relevante na redução da maioria dos indicadores relacionados a doenças contagiosas.

As imunizações têm salvado muitas vidas nos primeiros anos da infância. De 1977 a 1999, a vacinação de crianças de 0 a 1 ano de idade aumentou de 25% a mais de 80%. Em 1971, a Região das Américas foi a primeira região a erradicar a varíola; a erradicação da poliomielite seguiu-se em 1991 e a Região está à beira de erradicar o sarampo. A maioria dos países administra seis vacinas para prevenir as principais doenças responsáveis pela morbidade e a mortalidade na Região: poliomielite, coqueluche, tétano, sarampo, difteria e tuberculose. Tem havido progresso na introdução de outras vacinas para evitar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita, assim como infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) e a hepatite B. O impacto das imunizações vem aumentando com a incorporação das vacinas Hib e a tríplice viral (sarampo, parotidite epidêmica e rubéola) nos programas de vacinação da maioria dos países das Américas.

Outras causas emergentes de morbidade nas Américas são preocupantes. A porcentagem de casos pediátricos de AIDS sobre o total acumulado de casos declarados na Região é de 1,8%. Um dos motivos principais para consultar no nível do atendimento básico é a saúde oral. Estima-se que 90% das crianças entre 5 e 14 anos de idade têm cáries dentárias, e cerca de 50% sofrem de problemas inflamatórios das gengivas. Preocupam também as perdas prematuras da visão e da audição. Freqüentemente, estes

problemas são descobertos ao se realizarem exames nas escolas, quando as conseqüências da negligência na infância já resultaram em sérios problemas para o desenvolvimento do indivíduo.

2.3 *Situação nutricional*

Estima-se que 8% dos recém-nascidos na Região têm peso baixo, o que está estreitamente associado com a mortalidade neonatal ou com o risco de atrofia no crescimento e no desenvolvimento. Alguns estudos indicam haver uma relação entre o baixo peso ao nascer e um índice mais alto de doenças crônicas não contagiosas na idade adulta. Embora o retardo em crianças com menos de cinco anos seja difícil de dimensionar, estima-se que 20% delas são afetadas – especialmente as com menos de dois anos.

As estratégias para o incentivo à amamentação materna têm aumentado o número de mães que amamentam seus filhos; 90% dos recém-nascidos são agora amamentados. No entanto, a proporção de mulheres que amamentam durante o período recomendado, de quatro a seis meses, é bem menor. A anemia continua a ser um problema grave na Região, com uma variação de 20% a 60% de prevalência dos casos em mulheres grávidas e crianças com menos de dois anos. A deficiência de vitamina A é um problema que requer atenção urgente no Brasil, na República Dominicana, na Guatemala, no Peru, em El Salvador e no México. Considerando-se que 97% dos países utilizam sal iodado, os problemas com o iodo estão relacionados à sustentabilidade e à vigilância. Alguns países já começaram a fortificar produtos alimentícios com ácido fólico.

A produção e distribuição de alimentos continua a apresentar problemas que ampliam ainda mais as brechas de equidade e desenvolvimento em alguns países.

2.4 *Trabalho infantil, saúde mental, violência, abandono e abuso na infância*

A entrada prematura no mercado de trabalho constitui um problema emergente na Região, especialmente nas zonas rurais. Estima-se que 20 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade estejam trabalhando, sendo a metade delas menores de 10 anos. Dez por cento trabalham no setor formal onde, pelo menos em teoria, deveriam ter acesso a serviços de saúde. Além de manter estas crianças fora do sistema educacional, o trabalho infantil intensifica as desigualdades no desenvolvimento infantil, expondo as crianças ao abuso sexual e a maus-tratos, crescente risco de acidentes, delinqüência e comportamentos de risco (fumo, drogas, atividade sexual). Além disso, o fato de se marginalizar as crianças das oportunidades educacionais significa que elas terão uma renda 20% menor comparada à de seus colegas com maiores níveis educacionais.

Vários estudos observam nessas crianças sinais de depressão, passividade, distúrbios de sono e de alimentação. Embora poucos dados sobre o abandono e o abuso infantil tenham sido coletados sistematicamente, muitos países estão começando a se preocupar com o número crescente de crianças que estão marginalizadas do sistema escolar ou que não dispõem de redes de apoio – as chamadas “crianças de rua”. Enquanto os números relativos a essas crianças são difíceis de estimar, sabe-se que elas são submetidas a muitos riscos físicos, psicossociais e ambientais, que afetam seu crescimento e desenvolvimento.

A violência, tanto intrafamiliar como social, e outros problemas de saúde pública, como o abuso do fumo e de drogas, continuam a crescer em algumas populações, causando impacto não somente na saúde das crianças envolvidas, mas nos futuros filhos dessas crianças também, já que há evidências de que crianças que sofreram abuso repetem o ciclo. O abuso sexual está começando a ser reconhecido como um problema de saúde pública, com a proporção de crianças abusadas aumentando a partir dos cinco anos de idade. Cada vez mais são as crianças induzidas à pornografia, que aumentou com a comunicação global; e o medo de contrair AIDS estimulou e intensificou a demanda sexual para meninos e meninas.

Crianças portadoras de deficiências são freqüentemente destituídas não só de serviços públicos, mas também dos seus próprios direitos. Apesar dos dados serem escassos, continuam a surgir depoimentos verbais sobre o isolamento e o abandono de crianças que não são consideradas “normais.”

2.5 *Problemas ambientais*

Os riscos ambientais para a saúde, tradicionalmente associados à pobreza e ao subdesenvolvimento, estão relacionados com a falta de água potável e de serviços de saneamento e de eliminação de excretas, poluição do ar em ambientes fechados e contaminação de alimentos. A vida moderna trouxe consigo outros riscos, tais como o despejo de resíduos sólidos perigosos, a poluição do ar por emissões tóxicas de indústrias e de veículos, a poluição dos recursos hídricos com lixo industrial, o emprego inapropriado de substâncias químicas ou radioativas relacionadas com as novas tecnologias, acidentes de trânsito e também mudanças atmosféricas e climáticas, como a diminuição da camada de ozônio e o efeito estufa. Todos estes fatores afetam a saúde da população em geral, porém afetam com mais intensidade os grupos mais vulneráveis, em especial as crianças de pouca idade.

2.6 *Serviços de saúde*

A maioria dos países da Região se encontra em processo de reforma do setor da saúde e de descentralização político-administrativa. Além disso, estão sentindo os efeitos dos conflitos paradigmáticos entre os tratamentos curativos tradicionais versus a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Com poucas exceções, os serviços de saúde atendem à demanda espontânea gerada pela morbidade com uma atenção biomédica, curativa e despersonalizada eminentemente individualista à sua prestação. As atividades preventivas para as crianças limitam-se, basicamente, a imunizações, enquanto que os programas de promoção de saúde e de detecção precoce de problemas de crescimento e de desenvolvimento continuam sendo raros. Em alguns sistemas, as atividades de promoção de saúde são conduzidas separadamente das atividades curativas e preventivas, resultando em oportunidades perdidas.

A capacidade de resposta do nível primário de atendimento de saúde é relativamente baixa. Vários estudos indicam que a falta de confiança no sistema ou na qualidade dos serviços reduz sua utilização. Sistemas de referência e contra-referência deficitários impedem a continuidade do atendimento, evidenciado por redes de serviços desarticuladas e com difícil acesso aos níveis de maior complexidade. Essas dificuldades afetam particularmente os setores da população com menores recursos.

A adoção da imunização e das estratégias de AIDPI têm fortalecido os serviços de saúde em termos de informação epidemiológica, planejamento e avaliação. Além disso, enfatizaram o papel da criança como consumidora de serviços de saúde e a importância de fornecer tratamento infantil nas operações dos serviços de saúde. As imunizações e a monitoração do crescimento e do desenvolvimento incentivam as mães a trazer seus filhos aos centros de serviços de saúde para consultas regulares durante seu primeiro ano de vida. No entanto, depois do primeiro ano de vida, o contato das crianças com o sistema se torna ocasional e é motivado por episódios de morbidade aguda. No período crítico do desenvolvimento infantil, entre 1 e 5 anos de idade, os sistemas de saúde não oferecem nenhum atendimento programado.

Em síntese, a situação da saúde infantil na Região é crítica. Os processos de transição contribuem para diferenças significativas de morbidade e mortalidade entre os países e dentro deles, e estão surgindo novos problemas ligados ao desenvolvimento socioeconômico, com repercussões nos ambientes físicos e psicossociais. Nos processos de reforma os sistemas de saúde se concentraram nos aspectos financeiros, mas ainda há muito por fazer com respeito à organização e à operação dos serviços e ao seu papel na promoção da saúde e do bem-estar das crianças. As provas encontradas apontam para a necessidade de se reorientar os serviços de saúde na direção de atividades mais integradas para as crianças e para as famílias, acompanhando-as durante seu ciclo de vida.

3. Estrutura político-conceitual da saúde infantil

3.1 *Acordos internacionais*

A saúde infantil nas Américas representa um desafio importante, não só pela morbidade e mortalidade existentes, mas por ser um ingrediente ativo na promoção do desenvolvimento humano das crianças, bem como um elemento-chave para o progresso para se alcançar a equidade e o desenvolvimento na Região, no sentido global. Não há dúvida de que há necessidade de continuar a luta contra as doenças mediante a prevenção e o tratamento; contudo, deve-se também incorporar no repertório do setor da saúde, estratégias que promovam a saúde e o desenvolvimento da criança.

A Cúpula Mundial em Prol da Criança, realizada em 1990, foi um marco importante dos esforços para melhorar a saúde e as condições de vida das crianças do mundo. Os compromissos assumidos na Cúpula visam à saúde infantil, sua nutrição, educação e meio ambiente. Na Região das Américas, essas metas têm sido reiteradas e expandidas na preparação do Plano de Ação Regional e nas reuniões interministeriais subsequentes realizadas no México (Declaração de Tlatelolco, 1992), na Colômbia (Compromisso de Nariño, 1994), no Chile (Acordo de Santiago, 1996) e no Peru (Acordo de Lima, 1998). Os Governos da Região também assumiram o compromisso de implementar os acordos da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em Viena (1993), da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (1994), da Conferência de Cúpula para o Desenvolvimento Social em Copenhague (1995), e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim (1995).

A maioria dos países da Região ratificou a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que é a base ética e legal para a implementação de políticas públicas sobre crianças e adolescentes. Estes também demandaram a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres, aspecto que tem um impacto enorme na saúde da criança. Além disso, os acordos sobre a promoção da saúde (Ottawa 1986, Jakarta 1997) estabeleceram linhas de conduta claras e factíveis para lidar com as complexidades envolvidas no processo de se alcançar a meta de saúde para todos.

A OPAS apoiou todas essas declarações e, em novembro de 1999, deu ênfase adicional à intensificação de esforços em prol da saúde infantil com a inauguração de “Crianças Saudáveis: Meta 2002.” Esta iniciativa apóia uma campanha para reduzir, em um número adicional de 100.000, as mortes de crianças até o ano de 2002.

3.2 *Provas e lições aprendidas*

Cada etapa do ciclo de vida da criança, desde a pré-concepção, passando pela gestação, infância, pré-escola, escola de 1º grau até a pré-adolescência, contribui para seu desenvolvimento ideal. As etapas se tornam parte de um continuum, onde omissões ou danos ocorridos em uma etapa anterior afetam adversamente a capacidade de progredir nas etapas subsequentes e, inversamente, as realizações conduzem a um desenvolvimento maior e melhor.

As gestações, complicadas pela falta de saúde materna, tendem a estar associadas à morbidade do recém-nascido e à mortalidade, mais tarde, na infância. Estudos recentes demonstram uma correlação surpreendente entre condições intra-uterinas e propensão a diferentes doenças por toda a vida. O peso do recém-nascido, como representativo das condições maternas durante a gravidez, tem sido usado para demonstrar a propensão a alergias, diabetes, hipertensão e colesterol alto, funcionamento do cérebro, do fígado e dos rins, e susceptibilidade para desenvolver câncer de mama e obesidade. Muitos destes efeitos, embora correlacionados com eventos intra-uterinos, não aparecem até a meia idade.

O desenvolvimento do sistema nervoso central, tanto no período pré-natal quanto nos primeiros anos de vida, tem estado relacionado com a nutrição, cuidados básicos, laços emocionais e estímulos ambientais. Em contraste, experiências negativas, inclusive a negligência séria, a falta de estímulo ou a estimulação inadequada, têm efeitos irreversíveis para o melhor desenvolvimento a ser alcançado. As neurociências já forneceram confirmação de que este desenvolvimento inicial é um fator determinante de descobertas posteriores relacionadas à saúde, tais como o desenvolvimento cognitivo e social e capacidade de tolerância ao estresse.

Um estudo longitudinal de três gerações, realizado pelo Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), demonstrou a eficácia de suplementos proteico-calóricos em mulheres grávidas. Os filhos destas mulheres eram maiores no nascimento e tinham menos infecções que os outros. A descoberta excepcional foi que, sem maiores intervenções, a segunda geração i.e., os netos das mulheres que tomaram os suplementos, apresentavam as mesmas vantagens. Além do mais, o estudo demonstrou que intervenções neste ponto da infância demonstraram ter um efeito potencializador se combinadas, por exemplo, como no trabalho de McGregor na Jamaica, com métodos de nutrição e estimulação, que lhe permitiram obter melhores resultados do que com cada um dos métodos aplicado isoladamente.

Estudos sobre o desenvolvimento demonstram que a formação de atitude é iniciada nos primeiros anos de vida. Muito antes das crianças chegarem à idade escolar,

elas já aprenderam sobre os relacionamentos e formaram atitudes com relação a comportamento e estilo de vida. Foi demonstrado que padrões de comportamento que completam suas principais fases de desenvolvimento até os 7 anos de idade são influenciados de maneira significativa por atitudes e comportamento dos pais, especialmente da pessoa com quem a criança passa mais tempo (a Tabela 1 dá exemplos de alguns dos fatores psicossociais identificados na literatura como contribuintes diretos para a saúde e o bem-estar das crianças e para os quais se podem desenvolver estratégias).

Programas de alimentação suplementar nos primeiros anos e na escola foram bem sucedidos nos ganhos de altura e peso, aquisição da habilidade verbal e para a matemática, e na diminuição da anemia. Dados educacionais demonstram que o envolvimento dos pais nas escolas é importante para o sucesso da criança. Uma extensão lógica disso envolveria a participação dos pais/responsáveis/educadores nas atividades do setor da saúde. As estratégias de AIDPI têm sido expandidas para incorporar o treinamento de pais e comunidades na iniciativa. Na Inglaterra, a energia disponível mediante ganhos dietéticos baseados na população foi relacionada diretamente com o crescimento econômico.

Tabela 1: Fatores psicossociais que contribuem para a saúde e o bem-estar das crianças

Nível	Fatores psicossociais	
	Fator de risco	Fator protetor
Indivíduo	Hostilidade, desespero, baixa auto-estima, alexitimia, baixa auto-suficiência	Resistência, auto-estima elevada, auto-suficiência, mecanismos de aceitação
Família	Divórcio, rede de apoio limitada, disfunção familiar, violência	Resistência, comunicação, senso de humor
Comunidade	Alteração de padrões culturais e falta de história compartilhada em assentamentos periurbanos. Falta de coesão social.	Grupos de apoio social. Comunidade organizada. Resistência, sensação de poder (nível de participação)

Pesquisas recentes mostram uma relação direta entre o estado de saúde e o bem-estar de um homem ou mulher em idade adulta e sua capacidade de lidar com problemas, sua resistência, auto-estima, confiança, respeito e auto-suficiência. Há fortes evidências de que tais habilidades são adquiridas nos primeiros anos de vida. Um exemplo muito citado disso é o Projeto Perry para a Pré-Escola, com base nos Estados Unidos. Esse programa, é um experimento longitudinal com mais de 30 anos de experiência estudando

os efeitos da educação pré-escolar que almeja atender as necessidades de saúde, educacionais e sociais da criança. Os resultados revelam os benefícios psicossociais e econômicos da intervenção a tempo. Na idade adulta, os participantes desse estudo demonstraram comportamentos acadêmicos e sociais melhores, obtendo melhores trabalhos e rendas mais altas. Em termos econômicos, o estudo demonstrou que o investimento daria um retorno sete vezes maior em redução de gastos com serviços de assistência social, educação especial e justiça. Nesta Região, o Brasil, ao projetar os custos de programas governamentais, concluiu que programas pré-escolares integrados são um investimento econômico seguro.

Dados do México demonstram que a intervenção precoce e intensiva com indivíduos e famílias de crianças diagnosticadas como tendo dificuldades de desenvolvimento podem fazer com que estas recuperem suas habilidades funcionais em muitas áreas num período de alguns anos. Existem, também, provas de que até mesmo intervenções a curto prazo, no início da idade escolar, reduzem o comportamento anti-social e a depressão de adolescentes e jovens diminuindo, assim, os custos pessoais e do sistema.

As experiências da maioria dos países que estão tentando implementar programas importados têm reiterado que as características individuais de cada criança e sua família, comunidade e ambiente físico e psicossocial devem ser levadas em consideração para que possa ocorrer uma mudança real. Já ficou demonstrado, repetidamente, que a intervenção mais eficaz é a construção de uma estrutura de referência e linhas de orientação comuns para programas de qualidade, com suficiente flexibilidade para adaptações locais e regionais.

O fator de equidade é extremamente importante, pois já ficou demonstrado que o desenvolvimento da primeira infância é um dos indicadores mais sensíveis, tanto para diferenças de renda (até o ponto de satisfazer as necessidades básicas), como também para o grau de desigualdades presentes em uma situação específica. Neste sentido, há hoje um debate sobre a conveniência de se visar os grupos com maior risco de contrair doenças devido a suas predisposições biológicas, status socioeconômico ou características étnicas, culturais e geográficas. Este enfoque tem tido sucesso, principalmente quando se trata de lidar com problemas de saúde usando como base informações epidemiológicas. E contribuiu para a identificação e a correção de desigualdades na prestação de serviços. No entanto, se essa abordagem não for bem planejada, poderá resultar em uma compartimentalização de serviços, enfatizando a doença ao invés da saúde.

Pesquisas e experiências indicam que as intervenções comunitárias de natureza ampla são as mais adequadas na maioria dos casos, acompanhadas, quando necessário, de reforços específicos para as famílias ou indivíduos identificados como de alto risco. Uma

descoberta interessante para a elaboração de programas foi a eficácia dos elementos da visita domiciliar em vários projetos. A visita proporciona, aparentemente, uma abordagem mais realista às mudanças necessárias, e auxilia no desenvolvimento de uma relação de confiança mútua entre o pessoal dos serviços de saúde e os pais/responsáveis.

Diante das provas disponíveis, a infância representa uma oportunidade insubstituível e única para a aquisição dos instrumentos necessários para o desenvolvimento máximo das potencialidades e o alcance de um estado de saúde ideal durante o ciclo de vida de uma pessoa. A redução da pobreza e da inequidade na Região exigirá que se faça do desenvolvimento integral da criança uma prioridade nas políticas públicas e privadas. Existem razões morais, técnicas, sociais e econômicas válidas para dar prioridade à saúde e ao bem-estar das crianças. Dispomos da teoria e das provas para prosseguir. Já é hora, pois, de fazer as escolhas sociais e políticas que interrompam os ciclos de doenças e desigualdades, e procurar um novo paradigma que enfatize a importância dos primeiros anos para o desenvolvimento integral da criança.

3.3 *Estrutura conceitual: Proposta para o desenvolvimento integral da criança*

Através dos anos, a OPAS tem promovido estratégias que têm levado a melhoras na saúde e no bem-estar das crianças. O surgimento de novos problemas e situações, o reconhecimento da complexidade e variedade dos fatores determinantes de saúde, exigem mudanças. A análise de novos conhecimentos, os sucessos e fracassos de estratégias anteriores, assim como o aumento dos níveis de expectativas para o bem-estar das crianças da Região, demonstram que chegou a hora de fazer da saúde da criança uma prioridade de investimento.

A OPAS propõe seguir adiante com um modelo de desenvolvimento integral da criança (DIC), tendo a saúde como eixo fundamental. O DIC é compreendido como um processo que envolve o exercício dos direitos do cidadão visando alcançar a mais alta qualidade de vida possível e a plena realização humana durante esse momento específico da vida. Isso significa vincular os atuais modelos de abordagem ao risco e à doença com as abordagens de promoção da saúde e desenvolvimento, objetivando construir uma ponte para o novo paradigma biopsicossocial. Para atingir este objetivo, é essencial que se adote um método multidisciplinar e se crie uma cultura de saúde na população, transformando a saúde em um valor e padrão, com uma visão de saúde como um processo evolutivo e participativo positivo. O setor de saúde pode assumir a liderança, unindo-se a outros setores e instituições num esforço sinérgico, e colocando o desenvolvimento da criança e da família permanentemente na agenda pública.

O modelo proposto envolve um ponto de entradas múltiplas e um método de reforço. Os programas e serviços que tratem de apenas um nível, seja ele individual,

familiar, comunitário ou demográfico, não produzirão as mudanças necessárias. Cada ponto de entrada deve ser focado com sua própria especificidade para que possa promover o DIC.

Individualmente, isso implica na integração de aspectos biopsicossociais e na programação conjunta da promoção, prevenção e prestação de serviços curativos. Para a família,² implica na percepção da importância de um ambiente seguro para o desenvolvimento saudável. Os aspectos ambientais incluem elementos físicos e psicossociais culturalmente apropriados que, em interação uns com os outros, têm um impacto positivo sobre a saúde e o bem-estar.

A família é o grupo que mais poder tem para o desenvolvimento social e emocional da criança. Muitos estudos têm enfatizado que, nos primeiros anos de vida, o relacionamento e as interações da criança com os pais/responsáveis tem um impacto decisivo no seu desenvolvimento como ser humano, na sua capacidade de aprender, como também na de ordenar e moderar suas emoções, comportamentos e riscos de contrair doenças. Hoje em dia, muitas famílias estão estressadas devido a sérias desigualdades, concorrências, individualismo, migrações, situações familiares com somente um dos pais presente, sistemas de apoio social inadequado e falta de coesão social. Torna-se necessário, portanto, desenvolver atividades de fortalecimento da família para promover o desenvolvimento da criança. Os fatos também indicam a necessidade de buscar apoio e proteção junto a outros responsáveis, por exemplo, avós, e de incluir grupos de colegas, bem como reconhecer diversas formas de “família” e a expansão do número de grupos de referência imediatos, à medida que as crianças crescem.

Reconhece-se que a comunidade tem um papel importante na valorização da saúde e no tocante a assegurar seu lugar na agenda pública. A sustentabilidade, outro elemento importante para se alcançar resultados positivos de DIC, ocorre com a apropriação dos programas pela comunidade, e esta apropriação é alcançada pelo envolvimento. A criação de redes de informação por todos os diferentes setores e fontes de apoio é um papel crucial para a comunidade na promoção do DIC; muitas vezes ocorrem atividades paralelas sem sinergia, o que poderia ser evitado com a criação da rede. A comunicação social deve fazer parte das estratégias aplicadas para assegurar que todas as pessoas estejam envolvidas na criação de uma cultura de saúde. No nível da população, torna-se uma prioridade incentivar políticas adequadas à criança e à família, defendendo ao mesmo tempo a adoção de uma abordagem desenvolvimentista para a promoção de crianças saudáveis.

² Neste documento, entende-se como família o grupo funcional que provê a base de apoio e ambiente físico, social, emocional e econômico. Em muitos países da Região, essas funções têm sido assumidas por pessoas que não se enquadram nesta definição estrutural restrita de família, i.e., mãe, pai, filho.

Os esforços devem começar cedo e continuar por toda a vida. O conceito de ecologia no desenvolvimento tem sido postulado como uma forma de interação na qual o indivíduo em desenvolvimento participa ativamente, seja em casa, na escola ou na vizinhança. Esses sistemas estão interconectados e são determinantes poderosos do estado de saúde e do desenvolvimento integral da criança pela vida afora. Com a participação ativa, a criança deixa de ser um recipiente passivo de ações ou incentivos para se tornar um agente proativo no seu meio ambiente.

O setor da saúde precisará sistematizar pontos de intervenção de entradas múltiplas, em níveis de indivíduo, família, comunidade e população, que se reforcem mutuamente no sentido do bem-estar da criança. (Ver a Tabela 2 para um exemplo de atividades que poderiam ser enfatizadas em pontos diferentes da infância.)

3.4 *Resultados esperados*

Se este modelo fosse implementado nos países da Região, poder-se-iam prever mudanças em várias áreas. As bases de conhecimento melhorariam, haveria uma força de trabalho com capacidade para implementar uma abordagem desenvolvimentista para crianças — independentemente do local em que elas se encontrem — a qual também demonstraria entender a importância das ações da família e da comunidade para reforçar uma cultura de saúde. Ter-se-ia iniciado um processo de revisão de políticas para proteger os direitos de todas as crianças bem como instituído serviços para este fim. A eficiência também teria melhorado como resultado de ações intersetoriais combinadas bem como provas da aplicação da comunicação social para envolver a população em atividades para a promoção do desenvolvimento integral da criança.

4. Diretrizes sugeridas para a implementação do desenvolvimento integral da criança

Para operacionalizar esse modelo, é necessário elaborar um plano de ação regional que delineie a integração como o foco para as atividades no sentido de estimular a concretização das potencialidades. Isso exigiria não só o envolvimento de múltiplas disciplinas e setores, mas também o reforço das mensagens básicas por meio dos múltiplos pontos de entrada. As seções que se seguem apresentarão os princípios, objetivos estratégicos e linhas de ação que são cruciais para a elaboração do plano. Estes precisarão ser reconfirmados, discutidos, ampliados com provas adicionais e reelaborados para chegar a uma proposta concreta para a Região mediante um processo participativo.

Tabela 2: Exemplos de intervenções e seus resultados

	Pré-concepção	Pré-natal	Nascimento	0-3 anos	3-6 anos	6-10 anos
Exemplos de intervenções	<ul style="list-style-type: none"> Educação sobre sexualidade saudável Educação sobre desenvolvimento familiar. Apoio e aconselhamento sobre estilos de vida. Fortalecimento da participação. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio e educação. Gravidez com envolvimento do pai Exame pré-natal. Avaliação e monitoria de aspectos psicossociais, tais como saúde mental, violência, isolamento, privação emocional, uso abusivo de drogas. Nutrição materna; educação; suplemento de ferro, ácido fólico. Preparação para o aleitamento materno. Saúde oral; tratamento de infecções. 	<ul style="list-style-type: none"> Atenção no parto. Envolvimento do pai. Avaliação física e psicológica do neonato. Apoio e promoção de aleitamento materno. Imunização. Visitas a domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação e monitoração do crescimento e do desenvolvimento integral. Imunização. Apoio e educação dos pais ou responsáveis. Facilitação e fortalecimento de redes de apoio social. Referência necessária para casos médicos e psicossociais mais complexos. Interação com o sistema de creches. Triagem e referência de problemas dentais, visuais e auditivos. AIDPI. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuação da monitoria do DIC. Interação sinérgica permanente com o sistema de educação pré-escolar. Imunização. Investigação a tempo de perturbações do desenvolvimento. Referência, se necessário. Fortalecimento de fatores de proteção para os indivíduos, as famílias e a comunidade — fatores psicossociais de auto-estima, resistência, auto-suficiência, etc. Triagem e referência de problemas dentais, visuais e auditivos. AIDPI Incentivar atividade física 	<ul style="list-style-type: none"> Continuação da monitoria do DIC; ênfase na dificuldade de aprender e deficiência de audição e de visão, distúrbios osteoarticulares e emocionais. Imunização. Referência necessária para a solução dos problemas sendo investigados. Incorporação de conteúdo de promoção da saúde na política curricular geral do estabelecimento educacional (escolas de saúde) Monitoria da saúde oral. Incentivar atividade física
Exemplos de resultados	<ul style="list-style-type: none"> Gravidez saudável, planejada e desejada. Menos gestações não desejadas. Escolhas saudáveis. Exercício da cidadania. 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar o uso de fumo, álcool e drogas. Gestação sadia. Gestação a termo. Mulheres saudáveis. 	<ul style="list-style-type: none"> Neonatos saudáveis, com peso correto ao nascer. Espaçamento seguro e saudável. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento físico e psicomotor adequado (DIC). O acréscimo à família é bem-vindo, protegido e tem o apoio do sistema de saúde. A família passa a ser parte da rede social e dela participa. 	<ul style="list-style-type: none"> DIC nas melhores condições. Incorporação satisfatória no sistema escolar. Atendimento a tempo dos distúrbios encontrados durante a triagem. A família envolvida no desenvolvimento e na saúde da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> Estudantes com bom desempenho acadêmico. Estudantes cientes do papel da saúde em sua vida futura. Estudantes que não adquiriram hábitos insalubres, tais como uso de fumo, álcool e drogas. Estudantes com habilidades sociais. Crianças saudáveis.

4.1 *Princípios básicos para a elaboração de um plano estratégico para as Américas sobre a saúde integral da criança*

- Respeito total pelos direitos da criança, tal como expressado nas políticas e estratégias.
- Consideração da infância como um momento sem igual para iniciar a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o desenvolvimento para o gozo da saúde ao longo de toda a vida.
- Articulação e desenvolvimento de sinergia entre o setor de saúde e outros setores de desenvolvimento, tais como educação, moradia, trabalho, agricultura, economia e planejamento.
- Aplicação interdisciplinar do conhecimento das ciências da saúde, ciências do comportamento e ciências sociais, políticas e econômicas.
- Reorientação dos serviços de saúde para que incluam:
 - fortalecimento e capitalização dos avanços conseguidos mediante a prevenção de doenças e os relacionamentos estabelecidos entre a população e os serviços de saúde para expandir e incluir a promoção da saúde e a prevenção de risco em todos os contatos com indivíduos, famílias e comunidades;
 - reconhecimento da necessidade de uma abordagem individual e coletiva com ênfase na família, e de fazê-lo de maneira consistente e contínua;
 - extensão das atividades de promoção da saúde para incluírem a promoção da saúde no ambiente cotidiano da criança e de seus pais, o que poderia incluir, por exemplo, visitas à casa da criança combinando a avaliação do ambiente, o ensino dos pais e da família, e a atenção individual à criança;
 - adoção de tecnologias apropriadas; por exemplo, a inclusão de novas vacinas nos calendários rotineiros de vacinação, assim como tecnologias para melhorar a prestação de serviços de saúde.
- Utilização de formas múltiplas de comunicação social para fortalecer as mensagens dirigidas às crianças, famílias e comunidades, que deveriam enfatizar as parcerias com os serviços de saúde — no sentido de criar uma cultura de saúde para todos — e para lutar pelo desenvolvimento de gerações mais saudáveis no futuro.

4.2 *Objetivos estratégicos a considerar nas orientações da OPAS e seus Estados Membros para a saúde e o desenvolvimento integral da criança*

4.2.1 *Sobre desigualdades*

Contribuir para o esforço regional com vistas à eliminação da pobreza, criando condições no interior da família e da comunidade que permitam interromper, desde cedo, o círculo vicioso da pobreza. Trabalhar para reduzir as desigualdades entre as crianças baseadas no seu nível socioeconômico, sexo ou etnia, mediante atividades conjuntas visando a prevenção de doenças, a promoção da saúde e o desenvolvimento integral. Mobilizar recursos de áreas e setores diversos para a implementação de políticas de saúde infantil.

4.2.2 *Sobre a agenda pública*

Colocar a saúde e o desenvolvimento integral da criança nas agendas dos países, adotando-os como políticas de Estado, fortalecendo as lideranças locais e criando parcerias estratégicas que facilitem a sinergia e a complementaridade. Tirar vantagem das inúmeras oportunidades apresentadas neste ano em várias reuniões internacionais focalizadas na criança e na juventude para estimular a reflexão e a elaboração de planos, programas e políticas que promovam o desenvolvimento integral da criança. Participar da avaliação da Cúpula Mundial em Prol da Criança 2000 e no planejamento de propostas e metas para a próxima década, considerando o novo modelo conceitual e promocional. Utilizar metodologias de comunicação social para advogar a causa e promover a conscientização na população em geral.

4.2.3 *Sobre os serviços de saúde*

Enfatizar a cooperação técnica, a reorientação dos serviços de saúde e os modelos de cuidados básicos, o fortalecimento de atividades multidisciplinares e intersetoriais, e capacitar as famílias e as comunidades a trabalhar com o setor da saúde na priorização dos problemas e no planejamento, execução e avaliação de atividades para a promoção da saúde da criança. Desenvolver uma política de posicionamento proativo do setor de saúde *vis-à-vis* as populações a serem atingidas.

5. *Implicações da implementação da mudança de paradigma para o desenvolvimento integral da criança*

A implementação de um plano regional para a saúde infantil, de conformidade com o método conceitual proposto, requer esforços e ações inovadores que permitam um salto qualitativo no sentido da saúde e do desenvolvimento integral das crianças, dentro

de um contexto de consistência, complementaridade e colaboração sinérgica entre todos aqueles envolvidos no trabalho de melhorar a saúde e a qualidade de vida da infância. Várias áreas foram salientadas: desenvolvimento de recursos humanos, continuidade no avanço do conhecimento, de planos, de programas e de serviços e também a mobilização de recursos, todos desempenhando papéis importantes.

5.1 *Desenvolvimento de recursos humanos*

Para que se possa contar com uma força de trabalho bem qualificada, o pessoal integrante do grupo de trabalho do setor da saúde deve ter oportunidades para se desenvolver e seguir em busca do novo paradigma. Dentro do espírito de participação, é necessário que se proporcionem também oportunidades aos pais e às comunidades. Estas devem incluir, no mínimo: (a) elaboração do conteúdo de DIC nos programas de graduação e pós-graduação para profissionais dos setores da saúde e social; (b) oferecer programas de educação continuada (supletivos) que utilizem diferentes metodologias de aprendizagem *in loco* e a distância para o treinamento no serviço e (c) proporcionar programas de incentivos e educacionais para pais, autoridades civis, organizações trabalhistas e outras equipes extra-setoriais.

5.2 *Avanço continuado do conhecimento*

Embora as bases do conhecimento venham aumentando, a pesquisa para este documento identificou diversas áreas onde ainda existem lacunas. Além disso, a implementação de um novo modelo deve ser monitorada atentamente, para que se possa compartilhar as lições aprendidas. Como parte da agenda de fortalecimento das informações e das pesquisas para a implementação do modelo proposto, dever-se-ia dar prioridade aos seguintes aspectos: (a) preencher as brechas de conhecimento nas relações integrais entre a saúde, o desenvolvimento e a intervenção a tempo, centrada, principalmente, na questão das desigualdades e na elaboração dos indicadores de DIC; (b) contribuir para o enriquecimento do modelo conceitual mediante estudos de casos de realizações significativas, partindo da implementação de políticas sociais públicas, por exemplo, e c) melhorar os bancos de dados epidemiológicos e seus usos, incluindo informações adicionais que contribuam para a obtenção de uma visão integral da criança (aspectos psicossociais, familiares, etc.).

5.3 *Planos, programas e serviços*

O processo de mudança de paradigma já teve início em diversas áreas. Os planos, programas e serviços deveriam enfatizar os seguintes temas:

- Fortalecer a abrangência das intervenções mediante a disseminação do modelo conceitual e apoiar os países na reorientação dos serviços assim como no uso de metodologias e intervenções eficazes em função do custo e baseadas em provas.
- Proporcionar acesso aos serviços do sistema aos grupos negligenciados, i.e., os deficientes; as crianças portadoras de doenças crônicas; os grupos em situação de desvantagem devido a seus níveis socioeconômicos, sexo ou etnia e os indivíduos marginalizados (crianças de rua, crianças em instituições de recuperação, etc.).
- Fortalecer os sistema de informação e criar indicadores que permitam a monitoração e a avaliação da saúde e do desenvolvimento integral das crianças.
- Promover e fortalecer políticas públicas e estratégias educacionais, melhorando o acesso à pré-escola e à educação de adultos com planos de alfabetização dirigidos às mulheres.
- Preparar e aplicar modelos para a implementação e a avaliação das estratégias. Por exemplo, apoiar a Bolívia, o Equador e o Peru na avaliação de planos de seguro materno-infantis universais.
- Preparar, revisar e adaptar materiais técnicos de apoio (normas técnicas, diretrizes para ações, instrumentos específicos, etc.).
- Apoiar e promover atividades preventivas que tenham demonstrado causar impacto na saúde pública, por exemplo, novas vacinas como a *Haemophilus influenzae* (Hib), hepatite B e rubéola.

5.4 Mobilização de recursos

Os recursos são importantes e muitas vezes fazem a diferença entre desejo e realidade. A Região está no momento usufruindo de um dos mais altos níveis de investimentos em desenvolvimento social de sua história. Para que se possa desenvolver o DIC e alcançar os resultados esperados, tornam-se necessários investimentos e a mobilização eficaz de recursos, o que envolve políticas decisórias quanto a quantidade, o tipo e a distribuição de pessoal, os tipos e a ocasião em que prestarão os serviços, além da prioridade dada às funções tradicionais do setor da saúde e daqueles que se encarregarão da aplicação do novo paradigma. Estudos anteriores demonstram que isto é viável tanto econômica quanto teoricamente. Devem-se encontrar novos modos de operação e a incorporação de outros setores. As parcerias entre os setores público e privado, seja através de filantropia ou de projetos cooperativos, podem catalisar ações. As empresas deveriam ser encorajadas a estabelecer ambientes favoráveis à família, tais como

trabalhos de equipe e atendimento das crianças *in loco*. Em todos os níveis - país, municípios, comunidades, âmbito nacional e internacional – deve haver um compromisso com as crianças, agora e no futuro.

6. O papel da Organização Pan-Americana da Saúde

Na OPAS, será necessário uma coordenação entre as várias unidades interessadas na saúde da criança. Os aspectos interdisciplinares e a variedade de áreas (individual, familiar, comunitária, ambiental) envolvidas no desenvolvimento e na saúde integral da criança tornam a Divisão de Promoção e Proteção da Saúde o ponto focal ideal para este esforço de coordenar iniciativas conjuntas, otimizando recursos e oportunidades, evitando assim a duplicação de esforços. Também requer a incorporação de tecnologias de alto impacto, a formação de associações estratégicas, a capacitação de recursos humanos e a mobilização de recursos suficientes para atingir esses objetivos. Para levar avante esse processo junto com os países é necessária a presença de um Consultor Regional permanente para prestar assistência aos países na elaboração de suas política, planos e programas.

O orçamento preliminar estimado para os recursos adicionais necessários para o programa bienal de dotação de recursos da OPAS, para prover o pessoal e realizar as atividades necessárias para dar o impulso inicial a um plano regional é de \$1.000.000 (um milhão de dólares). Esta importância permitiria a concretização de atividades para a consolidação, a inicialização e o apoio à criação e à implementação inicial do Plano Regional para a Saúde Infantil. Uma vez consolidado este primeiro estágio, preparar-se-ão propostas de projetos e de programas para serem submetidos à comunidade internacional para a manutenção e expansão das iniciativas.

Anexo

Bibliografía

PAHO – *Health in the Americas*, 1998.

UNICEF – *The State of the World's Children 1998*.
Inversión en la Infancia. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 1996.

PAHO - *Annual Report of the Director, 1995. The Search for Equity*. Off. Doc. 277.

The College of Family Physicians of Canada -. *Report on Child Health. 1999*.
Our strength for Tomorrow: Valuing our Children.

OPS - *Impacto del Ambiente sobre la Salud Infantil, 1999*.

World Summit for Children. *Interagency Coordinating Committee for the Americas on Maternal and Child Health*. Goals for 1995 and indicators for monitoring.

PAHO - *Annual Report of the Director*. 1996. Off. Doc. 267.

Beryl Levinger. *Critical Transition - Human Capacity Development Across the Life Span*.

Manfred Max-Neef et al.. *Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro*. 1986.

Early Year Study: *Reversing the Real Brain Drain, Final Report 1999*. Toronto, Ontario, Canada.

Working Group on Healthy Child Development. Minister of Public Works, Canada 1999.
Investing in Early Child Development: The Health Sector Contribution.

OPS/OMS - *Situación de salud de los pueblos indígenas en Chile 1997*.

Discussion Paper: Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University, Canada. 1995 - *Resiliency Relevance to Health Promotion*.

Ministerio de Salud de Chile, *Salud y Sociedad. Publicaciones promoción de la salud 1999*.

OPS/OMS - *La salud del niño en las Américas: Compromiso de los pueblos y sus gobiernos 1984*.

IV Reunión Ministerial sobre Infancia y Política Social – Lima, Perú 1998. *Acuerdo de Lima*.

WHO - *The World Health Report 1998*.

PAHO. *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*, Series HCT/AIEPI-12
Helia Molina.

WHO Contribution to Maternal and Child Health, Rev Med Chile 1998;126:54-60.

CEPAL, Chile, 1996 - *Inversión en la infancia: Evidencias y argumentos para políticas efectivas*.

Margozzini, Paula,. *Apoyo social y salud*. Publicación Escuela de Salud Pública, Vol I/ n 2, Dic.1999, Chile.

Gotlieb BH. - *Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice, and Policy Implications*. Health Education Quarterly 1985; 12(1):5-22.

WHO - *Intersectoral Action for Health. Report of the International Conference, 1997*.

Center for Health Promotion, Toronto. 1998 - *The Role of Health Promotion Within Integrated Health Systems*.

Garbarino, J. 1995 - *Raising Children in a Socially Toxic Environment*. San Francisco. Jossey-Bass Inc. Publishers.

Peters, R. Dev., and Russell. *Better Beginning – Better Future Program*. 1994, Ontario Ministry of Community and Social Services.

WHO/FHE/1995. *Child Care Programmes*.

PAHO. *Maternal and Child Health Activities at the Local Level*. Series HCT/AIEPI/4.1. 1998.

National Forum of Health Series, Canada. *Children and Youth. Determinants of Health*. Vol 1, 1998



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 26-30 junho 2000

CD42/14 (Port.)
Anexo

RESOLUÇÃO

CE126.R17

SAÚDE INFANTIL

A 126ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório sobre a saúde infantil (Documento CE126/16); e

Recordando que o Subcomitê de Planejamento e Programação examinou o relatório e manifestou-se de acordo com a direção proposta para apoiar a promoção da saúde e o desenvolvimento integral da criança,

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor a adoção de uma resolução redigida nos seguintes termos:

O 42º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório sobre a saúde infantil (Documento CD42/___);

Reconhecendo a necessidade de que seja elaborado um conceito novo e mais completo da importância da saúde infantil para um futuro melhor, baseado nos avanços do último decênio, nos novos conhecimentos e nas provas científicas proporcionadas por diversas disciplinas;

Levando em conta que ainda restam problemas a resolver com relação aos direitos da criança, à igualdade em matéria de saúde, às oportunidades de desenvolvimento e à

solução dos problemas básicos de saúde, bem como aos problemas novos que afetam a saúde da criança, mas plenamente consciente da importância de dar andamento a um programa de saúde pública mais amplo, que inclua os fatores determinantes e a compreensão de que o investimento em saúde infantil se justifica; e

Reconhecendo que este é um momento crucial para o desenvolvimento da saúde infantil, devido à atenção mundial que será atraída pela avaliação por motivo do décimo aniversário da Cúpula Mundial em Prol da Infância, assim como pela sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas programada para setembro de 2001, na qual será estabelecido o plano de ação para a criança no novo milênio,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - (a) instituir processos nacionais para examinar as políticas e a legislação com vistas a verificar se levam em conta os direitos da criança, uma distribuição dos recursos que seja favorável à criança e as contribuições comunitárias e ambientais para as possibilidades de saúde e desenvolvimento integral da criança;
 - (b) manter o tema da saúde e desenvolvimento integral da criança na lista dos assuntos públicos mais importantes, valendo-se para isso de mecanismos como, entre outros, os métodos de comunicação social, e a aliar-se às iniciativas e redes nacionais e internacionais que promovem o desenvolvimento nessa área;
 - (c) incluir no processo de reforma do setor da saúde as disposições necessárias para reorganizar os sistemas e serviços de saúde, de tal forma que eles reflitam a urgente necessidade de dar prioridade e investir na saúde e no desenvolvimento integral da criança;
 - (d) contribuir para a melhoria da saúde infantil estimulando as atividades de pesquisa, dando especial atenção a uma efetivação da integração no nível local e estabelecendo os critérios de monitoração e avaliação.

2. Solicitar ao Diretor que:
- (a) promova a mobilização de recursos que permitam um investimento adequado e propugne nos foros nacionais internacionais no sentido de que se dê atenção prioritária às atividades de saúde integral na infância;
 - (b) apóie a formulação de um plano de ação regional baseado no contexto proposto, o qual incluiria aspectos multidisciplinares e multissetoriais, bem como atividades coordenadas com organismos associados;
 - (c) estimule o estabelecimento de uma rede de partes interessadas para a elaboração, experimentação e avaliação de indicadores que reflitam tanto o processo como os avanços na monitoração dos programas de saúde infantil que tenham como foco de interesse a integração da promoção da saúde com atividades preventivas e terapêuticas, ou seja, os critérios para avaliação da saúde, e não somente da sua ausência;
 - (d) continue mantendo a liderança da OPAS nas Américas no que se refere à saúde e à nutrição da criança e do adolescente, como parte das diversas iniciativas regionais e mundiais, entre as quais o período extraordinário de sessões da Assembléia Geral das Nações Unidas para o seguimento da Cúpula Mundial em Prol da Criança 2001, as Cúpulas Ibero-Americanas e a Quinta Reunião Ministerial Americana sobre Infância e Política Social.

(Sétima reunião, 29 de junho de 2000)