

Os Recém-nascidos Africanos - como contá-los e fazer com que contem!

Joy Lawn, Pyande Mongi, Simon Cousens

Calcula-se que mais de um milhão de bebês africanos morrem durante as primeiras 4 semanas de vida - mas a maior parte deles morre em casa, não constando das estatísticas e permanecendo invisíveis para as políticas e programas nacionais e regionais. Para diminuir o número destas mortes, necessitamos de informações. Será que estamos a fazer progressos no sentido do 4º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, relativo à sobrevivência infantil? Onde, quando e por que razão ocorrem estas mortes de recém-nascidos? De que modo se interliga a saúde dos recém-nascidos com a saúde das mães e das crianças mais velhas?

As estimativas globais sugerem que mais de dois terços dos recém-nascidos poderiam ser salvos através de programas de saúde materno-infantil já existentes. Quantos bebês africanos poderiam ser salvos com intervenções que já integram certas políticas na maioria dos países africanos e que, contudo, ainda não chegam aos pobres? Como se poderiam melhorar e utilizar as informações sobre saúde para assim contar os recém-nascidos e fazer com que eles contem?



As mortes não contabilizadas de recém-nascidos africanos

Todos os anos, em África, morrem cerca de 500 000 mulheres devido a causas relacionadas com a gravidez, e aproximadamente 1 milhão de bebés são nados-mortos, dos quais pelo menos 300 000 morrem durante o trabalho de parto. Mais 1,16 milhões de bebés morrem no primeiro mês de vida - metade destes no primeiro dia - e mais 3,3 milhões de crianças morrerão antes de atingirem o seu quinto aniversário. Quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença e outros com complicações neonatais sobrevivem, mas não conseguirão atingir todo o seu potencial de vida, e um número semelhante de mulheres africanas passam por complicações não fatais devidas à gravidez.

Em África, desde há muitas gerações que se repete esta ladaínia de perdas - vidas perdidas e potencial perdido para melhores vidas - que tem sido considerada como norma. Muitas destas mortes, especialmente os nados-mortos e as mortes precoces de recém-nascidos ocorrem em casa, invisíveis e não contadas nas estatísticas oficiais. Em muitas sociedades, os bebés não são registados ou baptizados até atingirem as seis semanas de vida e podem não ser apresentados à sociedade até atingirem uma idade mais avançada. Estas tradições significam que quando um bebé morre, o luto das mães e das famílias é muitas vezes ocultado. Assim, estas tradições contribuem para o encobrimento da dimensão do problema e ajudam a perpetuar uma aceitação resignada do nascimento como um período de morte e de perigos, tanto para as mães como para os bebés.

A falta de reconhecimento público de tantas mortes entre os bebés de África e a aparente aceitação destas mortes contrasta com as montanhas de relatórios e de burocracia gerados pela morte de um bebé no mundo industrializado e com a revolta pública quando se detecta que se praticam cuidados de saúde abaixo das normas. Porém, há um século, as taxas de mortes maternas e de recém-nascidos na Europa eram semelhantes às de muitas partes de África hoje. Em 1905, a taxa de mortalidade neonatal (TMN) em Inglaterra era de 41 por cada 1 000 nados - vivos¹ - a média que hoje apresenta a África Sub-Sahariana. Nos anos 50 do século passado, a TMN em Inglaterra tinha baixado para metade (para 20 por 1 000) apesar de duas guerras mundiais e de uma década de depressão económica. Em 1980, a TMN tinha baixado de novo, mesmo antes de aos bebés se terem disponibilizado os cuidados intensivos.

Como pode a África, com todos os seus problemas, acelerar o progresso para reduzir pelo menos para metade na próxima década, as taxas de mortalidade materna, neonatal e das crianças com menos de cinco anos, a fim de cumprir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio? Uma medida importante para se alcançarem progressos consiste em utilizarem-se o melhor possível os dados existentes, em se melhorarem os dados e em interligarem-se estes dados com acções concretas. Existe muita informação disponível, mas nem sempre a utilizamos bem, seja para melhorar os programas, especialmente ao nível distrital, seja para testemunhar que os casos em questão merecem um maior investimento. O número de mulheres e de crianças que estão a morrer e as medidas que poderiam (e deveriam) ser tomadas para evitar essas mortes deveriam não só chegar ao conhecimento das audiências técnicas e dos decisores de políticas, mas deveriam também ser comunicadas às famílias e à sociedade civil. Os jornais africanos relatam regularmente notícias acerca do VIH/SIDA e responsabilizam os governos por não haver progressos. Contudo, as mortes maternas, dos recém-nascidos e das crianças, raramente surgem nas notícias - são perdas diárias que não são contabilizadas.

Para que se consigam verdadeiros progressos temos de encontrar modos de atribuir às famílias e às comunidades poderes para que modifiquem o que lhes seja possível e exigir os seus direitos de acesso a cuidados de saúde essenciais e de qualidade.

Pôr termo a este sofrimento começa por contar cada morte e fazer com que cada morte conte.

Os progressos assentam em contar cada nascimento e fazer com que cada mãe e cada criança contem e recebam os cuidados de saúde essenciais a que têm direito.

Progressos em direcção ao 4º objectivo dos ODM em África - A solução é a sobrevivência dos recém-nascidos

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) são os objectivos de saúde e desenvolvimento mais amplamente ratificados em toda a História. Quase todas as nações concordaram em alcançar estes oito objectivos interligados, que pretendem resolver os problemas da pobreza, da fome, da educação e da saúde em 2015. Já foram publicados muitos relatórios e foram assumidos muitos compromissos - mas será que estamos realmente a fazer progressos? Será que estão a morrer menos mães e crianças? Será que está a melhorar o acesso dos pobres aos cuidados essenciais de saúde?

O objectivo 4 dos ODM é atingir-se uma diminuição de dois terços na taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos entre 1990 e 2015. Em África, a diminuição média anual da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, entre 1960 e 1990, foi de dois por cento ao ano, mas os progressos desde 1990 têm sido muito mais lentos, a um ritmo de 0,7 por cento ao ano² (Figura I.1). É essencial compreender por que razão os progressos têm sido lentos se quisermos melhorar a situação das mães e dos recém-nascidos em África.

Se bem que o grande impacto do VIH/SIDA e dos factores macroeconómicos tenha sido muitas vezes citado como razões para o lento progresso da diminuição da mortalidade infantil em África², outra barreira importante que se opõe ao progresso é o insucesso em reduzir as mortes de recém-nascidos (mortes nas primeiras quatro semanas de vida). Os programas de sobrevivência infantil centraram-se fundamentalmente nas causas importantes de morte *após* as primeiras quatro semanas de vida - pneumonia, diarreia, malária e doenças evitáveis com vacinações. Contudo, nos últimos quatro anos tornou-se óbvio que as mortes de recém-nascidos durante as primeiras semanas de vida representam uma proporção crescente de mortes antes da idade de cinco anos. Globalmente, quase 40 por cento das mortes antes dos cinco anos são mortes de recém-nascidos³. Por cada quatro crianças que morrem em África, uma é um recém-nascido. Como os programas de saúde infantil têm êxito em reduzir as mortes após o primeiro mês e o primeiro ano de idade, uma proporção crescente de mortes de crianças com menos de cinco anos será de recém-nascidos, pelo que terá de se agir para as reduzir⁴.

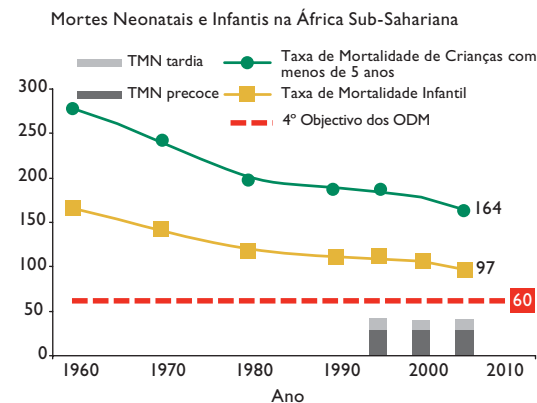
As mortes de recém-nascidos podem ser reduzidas se forem melhorados os cuidados de saúde a prestar-lhes que já estão previstos nos programas de saúde materno-infantil existentes. (Vide as Secções II e III) e se se prestar mais atenção para se abrangerem os que ainda não estão abrangidos pelos serviços de saúde. (Vide a Secção IV).

4º objectivo dos ODM - nova esperança para a África?

O lento declínio médio da taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco (TMCM5) em toda a África esconde diferenças importantes que existem entre os países. Desde os anos 90 do Século passado, alguns países, a maior parte deles com elevada prevalência de VIH, passaram por aumentos da TMCM5. Esses países incluem o Botsuana, o Zimbabué, a Suazilândia, o Quénia e a Costa do Marfim. A maior parte dos países africanos, incluindo muitos dos maiores países, têm passado, ou por TMCM5 estáticas na última década, ou fizeram progressos mínimos. Porém, alguns países conseguiram fazer progressos excelentes e consistentes na diminuição das taxas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. A Eritreia é um exemplo, tendo conseguido desde 1990 uma diminuição média anual de 4 por cento na taxa de mortalidade dessas crianças com menos de cinco anos, apesar de ter um dos mais baixos Produtos Internos Brutos (PIB) *per capita* do mundo e de ter passado por uma guerra (Figura I.2).

Para atingir o 4º objectivo dos ODM, a África Sub-Sahariana terá de alcançar uma diminuição média anual da taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos, de pelo menos 8 por cento durante a próxima década. Quatro países com pesados fardos neste domínio e com uma TMCM5 estável nos anos 90 - a Tanzânia, o Malawi e a Etiópia - comunicaram reduções de 25 a 30 por cento na TMCM5 ao longo dos últimos anos, com base em dados dos Inquéritos Demográficos e Sanitários (IDS) publicados no ano passado (Figura I.3). Estas estatísticas significam reduções anuais de mais de cinco por cento e sugerem que é de facto possível atingirem-se importantes decréscimos da taxa de mortalidade infantil.

FIGURA I.1 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM para salvar as vidas das crianças africanas. É necessária mais atenção para diminuir as mortes neonatais

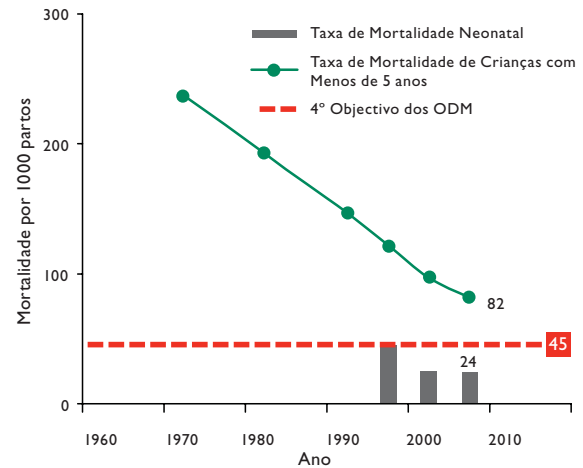


- A mortalidade entre as crianças com menos de 5 anos, em África, parece estar a diminuir, após uma década de poucos progressos
- Porém, tem havido poucos progressos na diminuição das mortes neonatais, e 25 por cento das mortes de crianças com menos de cinco anos em África são agora mortes neonatais - 1,16 milhões anualmente
- Não tem havido progressos mensuráveis na redução das mortes durante a primeira semana de vida pendant la première semaine de la vie
- Para alcançar o 4º objectivo dos ODM, tem de se diminuir o número de mortes neonatais. Isto exige o reforço tanto dos serviços de saúde materna como de saúde infantil, e a integração com outros programas

Os progressos no sentido dos ODM estão pormenorizados nos perfis dos países para cada um dos 46 países de África Sub-Sahariana (página 174). Vide notas aos dados para mais informações. O resultado de 2005 inclui resultados não corrigidos de IDS de 8 países.

Contudo, é preciso ter cautela quando se interpretam esses dados: há uma certa incerteza em torno dos cálculos das TMCM5, e especialmente das TMN dos IDS. Dados prospectivos de vigilância da gravidez indicam que os IDS tendem a subestimar nos seus relatos mortes precoces de recém-nascidos^{5,6}. Estes dados são tratados com mais pormenor nas notas sobre dados (página 226).

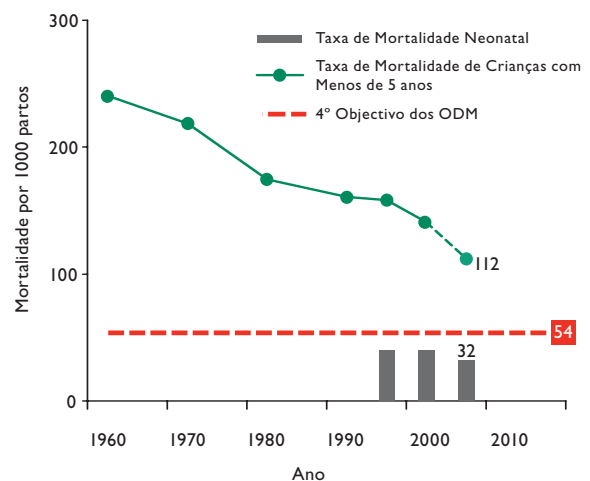
FIGURA I.2 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM na Eritreia



A Eritreia tem feito progressos constantes na diminuição das mortes de crianças com menos de cinco anos. Apesar de um rendimento nacional bruto per capita de apenas 180 dólares, o ritmo do decréscimo está entre os mais rápidos de qualquer país em desenvolvimento. As razões subjacentes a este progresso na Eritreia e em 6 outros países africanos com TMN relativamente baixas serão desenvolvidas com mais pormenor na Secção IV.

Vide o perfil da Eritreia (página 189)

FIGURA I.3 Progressos no sentido do 4º objectivo dos ODM na Tanzânia



A Tanzânia acaba de comunicar uma espectacular diminuição de 32% na mortalidade das crianças com menos de cinco anos desde o último IDS de há 5 anos. Se bem que a diminuição da TMN tenha sido menor (20%), o valor alcançado é ainda assim substancial e corresponde a menos 11 000 mortos anualmente (vide a ficha do perfil da Tanzânia na página 226). Estes valores correspondem a uma diminuição anual de 6.4% na mortalidade das crianças com menos de 5 anos. Se este progresso pudesse ser mantido durante a próxima década, a Tanzânia conseguiria cumprir o 4º objectivo dos ODM.

Vide o perfil da Tanzânia (página 226)

Vide notas aos dados para mais informações sobre as definições e limitações dos dados. Os resultados de 2005 relativos à Tanzânia incluem resultados de IDS não ajustados para TMN e TMCM5.

ONDE morrem em África os recém-nascidos?

A África representa 11 por cento da população mundial, mas mais de 25 por cento das mortes de recém-nascidos no mundo. Dos 20 países do mundo com maiores riscos de mortes de recém-nascidos, 15 (75 por cento) são africanos.

Países com maiores riscos

A Libéria tem o risco mais elevado de mortes de recém-nascidos, com 6,6 por cento de bebés a morrerem no primeiro mês de vida. Muitos dos 10 países africanos com riscos mais elevados de mortes de recém-nascidos são países que passaram por guerras ou por outros desastres. Contudo, a lista inclui países, como o Mali ou a Nigéria, que têm sido politicamente estáveis e que têm um Produto Interno Bruto - PIB *per capita* relativamente elevado se comparado com outros países africanos com uma TMN inferior.

Paradoxalmente, países com uma maior TMN apresentam mais mortes resultantes de causas facilmente evitáveis (vide *"PORQUE morrem as crianças africanas?"* Página 15). Assim, estes países têm mais oportunidades de salvar o máximo de vidas - com menores custos e no menor espaço de tempo.

Países com menores riscos

Alguns países africanos possuem TMN semelhantes às dos países industrializados, embora os três países com a menor TMN sejam Estados insulares, com populações diminutas e um Rendimento Interno Bruto (RIB) (N.T. - RIB = igual a PIB menos impostos s/produção e as importações e outros factores) relativamente elevado (entre 1 770 e 8 090 dólares dos Estados Unidos). O RIB *per capita* destes países é superior à média de África, mas este rendimento é ainda inferior ao de alguns países africanos com elevadas TMN. Na Secção IV tratar-se-á deste tema em pormenor. Até a África do Sul, com um RIB *per capita* relativamente alto, apresenta o dobro dos riscos de mortes de recém-nascidos do que os três países com o menor risco, em grande parte devido às actuais desigualdades sociais do país. Alguns destes países com TMN moderadamente baixas e com RIB muito baixos fizeram progressos notáveis, embora sublinhemos de novo que é necessário ter cautela ao interpretar dados dos IDS sobre as TMN.

Países com maior número de mortes de recém-nascidos

O número de mortes por país é determinado pelo número de nascimentos e pelo risco de morte dos recém-nascidos. Países

com populações numerosas tendem a ter mais nascimentos e, por conseguinte, é mais provável que apresentem um grande número de mortes de recém-nascidos. Alguns dos maiores países estão também na lista de dez países com a maior TMN - concretamente a Nigéria, o Mali e Angola. Só na Nigéria, mais de um quarto de milhão de bebés morrem anualmente.

- Cinco países representam quase 600 000 mortes, isto é, mais de metade do total de mortes de recém-nascidos em África
- Dez países representam mais de 790 000 mortes, isto é, dois terços do total
- Quinze países representam mais de 910 000 mortes, isto é, mais de três quartos do total

Devido à grande dimensão das suas populações, estes países apresentam também um número elevado de mortes maternas e de mortes de recém-nascidos (Quadro I.3).

Onde morrem as crianças nos seus países?

Mais de metade dos bebés africanos morrem em casa. Nalguns países, como a Etiópia, apenas cinco por cento morrem nos hospitais. No Norte do Gana, apenas 13 por cento das mortes neonatais acontecem num hospital⁷. Os bebés nascidos em famílias que vivem em áreas rurais correm maiores riscos de morte do que os nascidos em famílias que vivem em áreas urbanas⁸. Relativamente a 2 países africanos com IDS publicados no decurso dos últimos cinco anos, a TMN foi em média 42 por cento mais elevada entre as famílias rurais. Um problema crescente existente em África são os pobres urbanos. Contudo, dados provenientes de África sobre desfechos neonatais relativos aos pobres dos subúrbios, são mais difíceis de encontrar do que dados da Ásia, onde estão bem documentados os acréscimos das TMN entre os pobres dos subúrbios.

As mortes dos recém-nascidos e a pobreza

A pobreza, as doenças e as mortes de recém-nascidos são realidades intimamente relacionadas. As mães e os recém-nascidos em famílias pobres correm riscos acrescidos de doença e enfrentam mais dificuldades para chegarem a tempo a serviços de saúde com elevada qualidade do que as famílias ricas. O fosso de qualidade de saúde existente entre os recém-nascidos dos países ricos e os dos países pobres é inaceitavelmente elevado e vai de uma TMN de 9 nas Seicheles (RIB de 8 090 dólares) a uma de 66 na Libéria (RIB de 110 dólares)⁶.

QUADRO I.1 Os 10 Países Africanos onde os recém-nascidos correm maior risco de morte

| Posição (entre 46 países) | Países | Rácio de mortalidade neonatal (por 1000 nados vivos) |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| 46 | Libéria | 66 |
| 45 | Costa do Marfim | 65 |
| 44 | Serra Leoa | 56 |
| 43 | Angola | 54 |
| 42 | Somália | 49 |
| 41 | Guiné-Bissau | 48 |
| 40 | República Centro-Africana | 48 |
| 39 | Nigéria† | 48 |
| 38 | República Democrática do Congo | 47 |
| 37 | Mali† | 46 |

QUADRO I.2 Os 11 Países Africanos onde os recém-nascidos correm menor risco de morte

| Posição (entre 46 países) | Países | Rácio de mortalidade neonatal (por 1000 nados vivos) |
|---------------------------|-------------------------------|--|
| 1 | Seicheles | 9 |
| 2 | Cabo Verde | 10 |
| 3 | Maurícias | 12 |
| 4 | África do Sul | 21 |
| 5 | Eritreia† | 24 |
| 6 | Namíbia | 25 |
| 7 | Camarões† | 29 |
| 8 | Ilhas Comores | 29 |
| 9 | Uganda† | 29 |
| 10= | Malawi†, Gabão, Burkina Faso† | 31 |

Para informações sobre as limitações dos dados e sobre fontes, vide notas sobre os dados na página 226

† Resultado do IDS não ajustado

TABELA 1.3 Os países africanos com maior índice de mortalidade neonatal também apresentam um grande número de mortes maternas

| País | Posição por número de recém-nascidos mortos | Número de recém-nascidos mortos | Posição por número de mães mortas | Número de mães mortas |
|---------------------------|---|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| Nigéria* | 1 | 255 500 | 1 | 42 600 |
| RD do Congo* | 2 | 130 900 | 2 | 27 600 |
| Etiópia | 3 | 119 500 | 3 | 26 000 |
| Tanzânia | 4 | 44 900 | 8 | 8 100 |
| Quênia | 5 | 43 600 | 4 | 13 200 |
| Costa do Marfim* | 6 | 42 800 | 16 | 4 600 |
| Uganda | 7 | 44 500 | 6 | 12 400 |
| Angola* | 8 | 40 100 | 5 | 12 700 |
| Gana | 9 | 29 200 | 24 | 3 700 |
| Moçambique | 10 | 28 500 | 10 | 7 700 |
| Mali* | 11 | 36 900 | 9 | 7 800 |
| Níger | 12 | 31 700 | 7 | 11 700 |
| África do Sul | 13 | 23 000 | 27 | 2 500 |
| Madagáscar | 14 | 22 500 | 21 | 3 900 |
| Burkina Faso | 15 | 18 600 | 6 | 6 000 |
| Total de 15 Países | | 912 200 | | 190 500 |

* Também nos 10 países africanos com a mais alta TMN

Fonte: Para pormenores sobre as fontes e as limitações sobre os dados, vide notas aos dados na página 226. Inclui alguns resultados de IDS não ajustados para as TMN.

Há igualmente um fosso inaceitavelmente grande entre ricos e pobres em cada país. Uma recente análise de 13 conjuntos de dados de IDS africanos, que contém um índice relativo de situações económicas de cada país, indica que as famílias no quintilo mais pobre apresentam em média uma mortalidade neonatal 68 por cento superior à das famílias do quintilo mais rico. Entre os países inseridos neste recente índice, a maior disparidade verifica-se na Nigéria, com uma TMN de 23 entre o quintilo mais rico, comparada com 59 no quintilo mais pobre, o que representa um fosso de 156 por cento. Se a Nigéria no seu conjunto total apresentasse uma TMN de 23 por 1 000 nados vivos, morreriam menos 133 000 bebés por ano. Os serviços de saúde requerem políticas e apoios mais sistemáticos para melhor servirem os pobres. Os governos devem ser responsabilizados pela diminuição e pela eliminação das desigualdades nos resultados da saúde.

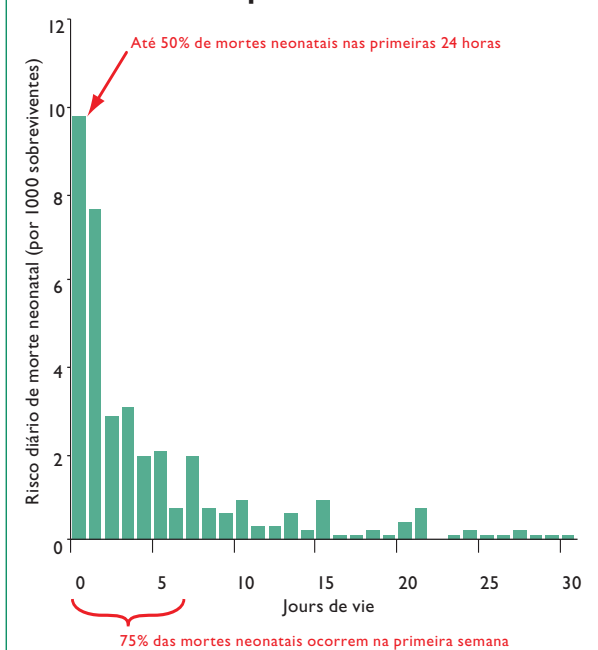
QUANDO morrem os recém-nascidos africanos?

O nascimento de um bebé deveria ser um evento alvo de celebração. Porém, ao longo de toda uma vida humana, o dia do nascimento é o dia em que se correm os maiores riscos de morte (vide Figura I.4). O risco de morrer durante o primeiro dia de vida para um bebé africano é de cerca de 10 por cada 1 000 nados vivos, ou um por cento. Todos os anos, aproximadamente 300 000 bebés africanos morrem no dia do nascimento, a maior parte deles por falta de cuidados maternos e neonatais adequados. Na verdade, estes números subestimam provavelmente a realidade e o número de bebés que morrem nas primeiras 24 horas de vida devido a inconsistências nos registos. Análises de sensibilidade sugerem que entre 290 000 e 470 000 bebés africanos morrem no primeiro dia de vida.

O nascimento e o primeiro dia de vida são a ocasião em que a mãe e o bebé correm os maiores riscos:

- Mães - aproximadamente 50 por cento de mortes das mães ocorrem dentro do espaço de um dia após o nascimento da criança⁸
- Nados-mortos - aproximadamente 30 por cento dos casos de nados-mortos africanos ocorrem durante o parto^{6,9,10}
- Recém-nascidos - entre 30 e 50 por cento das mortes de recém-nascidos ocorrem no primeiro dia de vida³

FIGURA I.4 O primeiro dia e a primeira semana de vida representam o maior risco de morte para os bebés africanos



Fonte: Nova análise do risco diário de morte em África durante o primeiro mês de vida baseada na análise de 19 conjuntos de dados de IDS (2000 a 2004) com 5 476 mortes neonatais

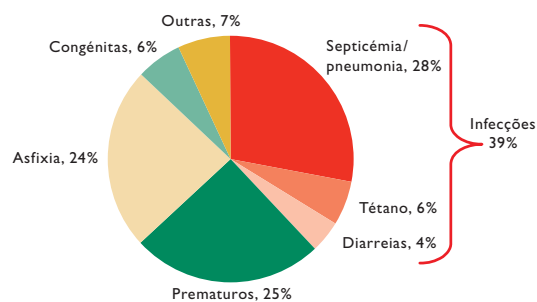
Contudo, o nascimento e os primeiros dias de vida são o período mais crítico da fase de cuidados continuados de saúde, quando a cobertura de intervenções proporcionada pelos serviços é mínima. A Secção II desta publicação analisa os cuidados continuados de saúde e refere a média regional para a cobertura dos pacotes incluídos nesses cuidados. Os perfis dos 46 países demonstram que esta diminuição da cobertura se verifica praticamente em todos os países africanos.

PORQUE morrem os recém-nascidos africanos?

Causas directas de morte de recém-nascidos

Quais são as causas de morte de tantos bebés africanos anualmente? A maior parte das mortes de recém-nascidos em África e na

FIGURA I.5 1,16 milhões de mortes neonatais em África. Porquê ?



Quase todas as mortes neonatais devem-se a enfermidades evitáveis. As infecções são a maior causa de morte e as mais fáceis de prevenir e/ou tratar

Fonte : Baseado em registos vitais de um país e num modelo actualizado de 45 países africanos, utilizando 2004 estudos de cohort de mortes e de outras variáveis previsionais. Para mais pormenores, vide notas aos dados na página 226 e para mais pormenores do modelo de cálculo, vide referências^{11,13}

Ásia é devida a enfermidades que raramente ocorrem em países industrializados e se, por acaso, lá ocorrem, não são geralmente causa de morte. A figura 1.5 representa as três causas principais de mortes de recém-nascidos: infecções, asfíxia durante o parto e complicações causadas por partos prematuros que, no conjunto, representam 88% das mortes neonatais em África. O Gráfico de sectores circulares baseia-se em métodos criados pelo Grupo Neonatal¹¹ do Grupo Epidemiológico de Referência das Doenças da Infância para 192 países¹² e que são usados no *Relatório Mundial da Saúde de 2005*¹³. Estas estimativas foram actualizadas para este relatório com base nos dados mais recentes; nas notas da página 226 referem-se mais pormenores. Se bem que estas estimativas tenham limitações, usar dados dos serviços e que não abrangem todas as mortes, pode ser ainda mais enganador. Geralmente, os dados hospitalares apresentarão uma percentagem muito elevada de mortes por asfíxia visto que é mais provável que os nascimentos complicados sejam levados ao hospital. Contudo, mesmo em países com problemas relativamente grandes de tétano, muito poucos bebés com tétano, se é que algum caso acontece, serão tratados nos hospitais, e muitos bebés com septicémia neonatal não são lá levados para tratamento. Os perfis dos países apresentam estimativas específicas desses países para as causas das mortes de recém-nascidos.

Bebés pequenos - risco elevado de morte

Na África Sub-Sahariana, 14 por cento dos bebés nascem com baixo peso (BPN), ou com um peso à nascença de menos de 2 500 gramas. Os bebés nascem pequenos por duas razões principais, e as causas e riscos que correm são muito diferentes.

- **Deficiente crescimento intra-uterino** - os bebés nascem após o número normal e total de semanas de gestação (nascimentos de termo) mas são mais pequenos do que o esperado (são pequenos para a idade gestacional respectiva). Isto pode dever-se a um certo número de causas que incluem a pequena estatura ou dimensão da mãe, causas obstétricas, (como gémeos ou gravidez múltipla e hipertensão durante a gravidez), infecções (nomeadamente a malária, o VIH e Infecções Sexualmente Transmitidas - IST) ou nutrição materna insuficiente e excesso de trabalho. É raro que os bebés que nascem de termo morram directamente por serem pequenos - provavelmente representam menos de um por cento das mortes de recém-nascidos.¹¹ Estes bebés correm maiores riscos de infecções, de baixo teor de açúcar

no sangue (hipoglicemia), e de baixa temperatura corporal (hipotermia) e têm aproximadamente o dobro de riscos de morte quando comparados com bebés de tamanho normal. Contudo, a maior parte deles sobrevive. É possível que venham a ter problemas de longo prazo com o crescimento e o desenvolvimento.

- **Bebés prematuros ou nascidos antes de termo** - são os bebés nascidos antes das 37 semanas normais de gestação. Além dos 24 por cento de mortes neonatais em África que são directamente devidas a complicações específicas dos partos prematuros (dificuldades de respiração, hemorragias intracranianas, icterícia) (Figura I.5), ocorrem muitas mortes devidas a outras causas entre os bebés prematuros. Estes bebés prematuros têm um risco de morte cerca de 13 vezes superior ao dos bebés que nascem de termo.¹⁴
- **Alguns bebés são simultaneamente prematuros e apresentam um crescimento intra-uterino insuficiente**, o que se aplica a muitos gémeos ou a outros nascimentos múltiplos. A malária durante a gravidez pode aumentar os riscos de nascimentos prematuros, de limitações do crescimento, ou ambos. Os bebés prematuros e com limitações de crescimento apresentam um risco de morte ainda maior¹⁴.

Os dados limitados disponíveis sugerem que a maior parte dos bebés africanos com baixo peso são prematuros.¹¹ Este facto diverge marcadamente da situação no Sul da Ásia, onde a taxa de bebés com baixo peso é quase dupla da de África, mas onde a maioria dos bebés com baixo peso são bebés nascidos de termo que são pequenos para a sua idade gestacional. Os bebés africanos correm riscos elevados de nascerem prematuramente e a estimativa regional relativa aos partos prematuros é de cerca de 12 por cento, o que é quase o dobro da frequência dos partos prematuros nos países europeus¹ e está provavelmente relacionado com infecções, especialmente infecções sexualmente transmitidas, com a malária, e com o VIH/SIDA. Na verdade, informações recentes sugerem que as co-infecções com o VIH e com a malária durante a gravidez têm um efeito de “bola-de-neve” (double-trouble em inglês) - as duas infecções agem sinergicamente, com graves consequências para a saúde das mães e dos recém-nascidos, e fazendo aumentar especialmente a taxa de baixo peso.¹⁵

A maior parte dos bebés recém-nascidos que morrem têm baixo peso - globalmente entre 60 e 90 por cento das mortes de recém-nascidos.³ Consequentemente, prestar cada vez mais atenção à prevenção da insuficiência de peso, especialmente nos casos de parto prematuro, e à identificação dos bebés pequenos, e prestar um apoio suplementar à nutrição, ao aquecimento e aos cuidados de saúde tem um grande potencial para reduzir a TMN. A maior parte dos bebés prematuros nasce entre as 33 e as 37 semanas de gestação e pode sobreviver desde que se preste uma atenção cuidadosa à alimentação, ao aquecimento e ao tratamento precoce de problemas como os da respiração, das infecções e da icterícia - e tudo isto é viável em locais com fracos recursos e sem cuidados de saúde de alta tecnologia. Os bebés com menos de 33 semanas de gestação ou aproximadamente 1 500 gramas de peso têm mais probabilidades de necessitar de cuidados mais avançados, especialmente para os problemas respiratórios e de alimentação. Se possível, estes bebés muito pequenos deverão ser cuidados num hospital de referência para onde sejam enviados. Este assunto será tratado com mais pormenor em vários capítulos da Secção III.

Quem tem mais probabilidades de morrer? As bebés ou os bebés?

Se se controlarem outros factores, as bebés têm uma taxa de mortalidade inferior à dos bebés.¹⁶ Em sociedades onde os

cuidados de saúde sejam iguais para rapazes e para raparigas, o rácio de mortalidade neonatal é geralmente de pelo menos 1,2 ou superior.¹⁶ Uma análise dos IDS dos países africanos não revela qualquer quebra desta vantagem intrínseca das bebés, embora os IDS possam não ser suficientemente sensíveis para detectarem esta diferença. Alguns estudos da África do Sul reportaram uma procura de cuidados de saúde mais reduzida para as raparigas e até infanticídios de crianças deste sexo.¹⁷ Um estudo recente das populações feito no Gana reportou um número significativo de infanticídios, representando estes 4,9 por cento das 1 118 mortes neonatais, entre 1995 e 2002. Contudo, os autores deste relatório não referem o sexo desses bebés.¹⁸

As mães e os bebés são especialmente vulneráveis durante o parto

Se as raparigas e as mulheres estiverem doentes ou tiverem complicações durante a gravidez ou o parto, irão sofrer e o mesmo acontecerá também aos seus bebés.

As complicações *durante o parto* são causa de elevados riscos de nascimento de nados-mortos ou de morte de recém-nascidos, com um rácio médio ajustado de probabilidade de risco de 10,3. Os partos obstruídos acarretam um elevado risco de morte durante o parto e neonatal, apresentando um rácio médio ajustado de probabilidade de risco de 6,7 a 84³. Por outras palavras: uma mulher com parto obstruído corre um risco 7 a 85 vezes maior de o seu bebé morrer, se comparada com outra mulher cujo parto seja normal. As complicações durante o parto também implicam para a mulher um risco acrescido de morte e de fístula obstétrica. (Vide a Secção III, Capítulo 3)

As complicações *durante o período pré-natal* causam um acréscimo médio de risco de 4,5 de nados-mortos ou de mortes de recém-nascidos, sendo a eclâmpsia o que causa os maiores riscos.³ (Vide Secção III Capítulo 2)

Os factores existentes *antes da gravidez* acarretam um menor acréscimo de risco (média de 1,5).³ Contudo, factores como a gravidez na adolescência (idade materna jovem) são muito comuns e afectam muitas mulheres. Assim, a resolução desses factores é importante de uma perspectiva de saúde pública, mesmo que estas situações possuam um reduzido valor previsionial positivo para o rastreio dos riscos. (Vide a Secção III capítulo 1)

Além disso, a morte de uma mãe expõe o bebé a um grande risco de morte - um estudo realizado na Gâmbia constatou que relativamente a 9 mães falecidas durante o parto, todos os bebés tinham morrido dentro do espaço de um ano, a maior parte dos quais nos primeiros dias ou semanas de vida.¹⁹

QUAIS são as soluções para as causas de morte mais comuns dos recém-nascidos?

Taxas de mortalidade elevadas de recém-nascidos e elevado potencial de progressos rápidos na salvação de vidas

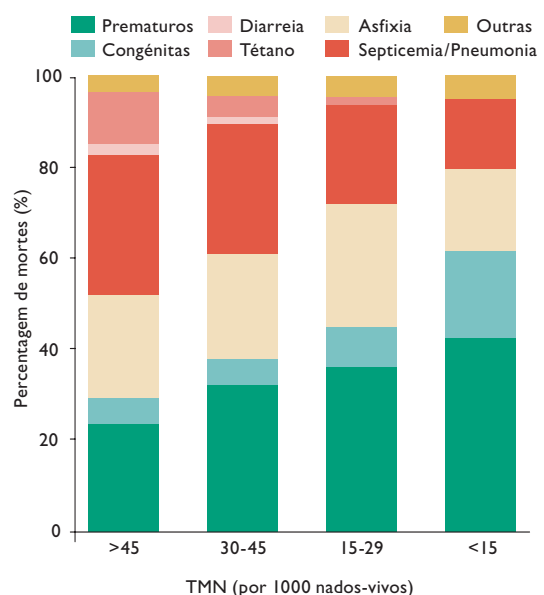
As três maiores causas de morte neonatais são as mesmas para todas as situações de elevada mortalidade. Contudo, as proporções relativas destas três causas variam entre os países e até dentro do mesmo país (Figura I.6). Em situações com elevadas TMN (mais de 45 mortes neonatais por 1 000 nados vivos), cerca de metade das mortes de recém-nascidos é devida a infecções, incluindo o tétano. Estas mortes são as mais fáceis de evitar. Assim, quanto mais elevada for a TMN, mais mortes são facilmente evitáveis. Em situações de elevada mortalidade, são possíveis reduções rápidas das TMN por meio de medidas de saúde pública

como as vacinações das grávidas com toxóides tetânicos, com práticas de parto higiénicas, com melhoria da higiene geral, com os devidos cuidados em relação ao cordão umbilical e com amamentação precoce exclusiva. Se a isto se acrescentarem os tratamentos com antibióticos para as infecções dos recém-nascidos, aumenta-se ainda mais o número de vidas salvas. Na Secção IV apresentam-se algumas ideias para o nível de prioridade a atribuir aos investimentos destinados à saúde neonatal em várias situações, com base nos níveis das TMN. (Vide Secção IV, Quadro IV.1 na página 162.)

Septicémia e pneumonia neonatal - 325 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana

A maior causa de morte dos recém-nascidos são as infecções após o nascimento, especialmente a septicémia (infecção sanguínea), a pneumonia, e a meningite (infecção da membrana que reveste o cérebro). Estas mortes poderiam ser evitadas e tratadas por meio de programas já existentes (Quadro I.4). A prevenção depende principalmente de programas de saúde materna como o Controlo Pré-Natal (CPN), os cuidados de saúde e a higiene durante o parto, o Controlo Pós-Natal (CPósN), e a amamentação precoce exclusiva. O tratamento é possível por meio dos programas de saúde infantil existentes, especialmente o programa para Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) e enviando os pacientes para hospitais de referência. É provável que o melhoramento da AIDI em África tenha contribuído para alguma diminuição das mortes provocadas por infecções no final do período neonatal.¹⁸ Acrescentar à AIDI novas regras para os cuidados dos bebés na primeira semana de vida proporcionará mais oportunidades de diminuição da TMN e da TMCM5 (Vide Secção III, capítulo 5).

FIGURA I.6 Nos locais onde as taxas de mortalidade neonatal são mais altas, mais mortes se devem a infecções e a tétano, e mais fáceis são de evitar



Fonte: Referência³ Baseado em dados e estimativas de mortalidade com causa específica, referentes a 192 países.

Tétano - Embora o tétano seja responsável por apenas 6 por cento das mortes de recém-nascidos africanos, é inaceitável que no Século XXI o tétano neonatal ainda seja responsável por cerca de 70 000 mortes em África. O tétano deixou de constituir uma causa de morte importante de bebés no mundo industrializado ainda antes de se ter desenvolvido a vacina do toxóide tetânico. Para esta situação contribuem práticas não higiénicas como a colocação de substâncias perigosas no cordão umbilical. Apesar de tudo, a mortalidade por tétano está a decrescer e nos últimos cinco anos alguns países africanos foram certificados como tendo eliminado o tétano, sendo o mais recente o Togo, em Janeiro de 2006.²⁰ Contudo, na lista de países com grande incidência de tétano ainda há muitos países de África. (Vide Secção III, capítulo 9)

Asfixia à nascença - 280 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana
Os bebés nascidos na África Sub-Sahariana correm um risco muito elevado de asfixia e de morte durante o parto.²¹ A melhor intervenção consiste na prevenção através de cuidados de saúde pré-natais melhorados e, especialmente, de assistência especializada e de cuidados médicos de obstetrícia. Quando o parto obstruído ou a hemorragia tiverem tido como resultado graves lesões durante o parto, o bebé pode nascer morto ou ter uma elevada probabilidade (cerca de 30 a 50 por cento) de morrer no primeiro dia de vida.²¹ O único estudo africano publicado sobre acompanhamento prolongado de bebés gravemente asfíxiados é um estudo hospitalar comparativo entre dois grupos de pacientes (estudo de cohort) feito na África do Sul. Assim, há falta de dados sobre resultados de longo prazo.²² A prevenção primária através de assistência clínica urgente de obstetrícia é a solução mais eficaz em termos de custos.^{23;24}

Complicações dos partos prematuros - 290 000 mortes por ano na África Sub-Sahariana
Pelo menos metade das mortes de recém-nascidos africanos acontece com bebés prematuros. Porém, a causa directa de morte só é atribuída à prematuridade se a morte acontecer num bebé acentuadamente prematuro ou se resultar de complicações específicas de um parto prematuro. Por exemplo, se um bebé moderadamente prematuro tiver uma infecção e morrer, a morte é mais adequadamente atribuída a infecção, e assim, muitos bebés registados como tendo morrido de infecções, são também prematuros. Embora os bebés prematuros com graves sequelas requeiram cuidados intensivos para sobreviver, a maior parte dos bebés prematuros que morrem são prematuros com sequelas moderadas, e a maioria poderia ser salva se se lhes prestassem mais atenção e cuidados semelhantes àqueles de que necessitam todos os bebés: aquecimento, alimentação, higiene e identificação precoce de doenças (Quadro I.4). O sistema “Método Mãe Canguru, MMC”, traduz-se pela prestação de cuidados de saúde a bebés pequenos e prematuros que ficam enfaixados e encostados à área frontal do tórax da mãe, em contacto pele-a-pele. O sistema MMC é simples, eficaz, delega poderes e responsabilidades nas mães e pode ser introduzido na maior parte dos serviços de África onde se prestem cuidados de saúde a bebés. Além disso, os cuidados domiciliários adicionais prestados aos bebés pequenos, com contacto pele-a-pele e um maior apoio à amamentação podem produzir resultados benéficos, embora isto não tenha ainda sido estudado sistematicamente em África. Prevenir certas causas de nascimentos prematuros constitui também uma estratégia eficaz e é viável através do controlo da malária na gravidez e da identificação e tratamento de infecções sexualmente transmitidas (IST), dado que o VIH/SIDA e a malária na gravidez interagem e aumentam bastante o risco de nascimentos prematuros. (Vide Secção III capítulos 2,7,8)

QUANTOS bebés que morrem devido a infecções, a asfixia à nascença e a nascimentos prematuros poderiam ser salvos?

Visto que a maior parte das mortes de recém-nascidos africanos se deve a causas que têm soluções, quantas vidas seriam salvas se essas soluções se aplicassem a cada mãe e a cada bebé? Qual é o investimento necessário para se conseguir esta diminuição da mortalidade? O Quadro 1.5 apresenta estimativas dos custos e do número de vidas que poderiam ser salvas, de acordo com as três maiores causas de morte de recém-nascidos.

Todos os anos morrem em África cerca de 1,16 milhões de recém-nascido, embora 800 000 destas mortes pudessem ter sido evitadas se estivessem disponíveis e tivessem sido aplicadas intervenções bem definidas que já fazem parte das políticas em vigor na maioria dos países africanos e que já são aplicadas a 90% das mães e dos bebés.

O custo é muito acessível e aplicar a 90 por cento das mães e dos bebés esses pacotes de cuidados essenciais de SMNI, explicados em pormenor neste livro, representa apenas 1,39 dólares adicionais *per capita*. Os dados e métodos para esta análise actualizada de 46 países africanos apresentam-se em pormenor nas notas da página 226.

QUADRO 1.4 Soluções e vidas salvas de acordo com

| Causa de morte do recém-nascido | Mortes em África | Período habitual da morte |
|----------------------------------|------------------|--|
| Septicémia e pneumonia neonatal | 325 000 | Máximas de septicémia na primeira semana. Incidência gradual de pneumonia mais para o fim do primeiro mês de vida |
| Tétano neonatal | 70 000 | Máximas entre o 4º e o 9º dias de vida |
| Diarreias | 46 000 | Risco acrescido a partir do final do primeiro mês de vida |
| Asfixia à nascença | 280 000 | Primeiro dia de vida |
| Complicações de parto prematuro | 290 000 | Primeira semana de vida relativamente a muitas complicações directas de parto prematuro (na ausência de cuidados intensivos) mas permanência de risco acrescido, especialmente de septicémia e pneumonia |
| Anormalidades congénitas | 70 000 | Primeira semana de vida relativamente a anormalidades graves |
| Outras causas (p. ex. icterícia) | | Primeira semana de vida |
| Total | 1 160 000 | |

QUADRO 1.5 Estimativas das mortes de recém-nascidos por causas importantes de morte que poderiam ser evitadas se tivessem sido aplicados a 90 por cento das mulheres e dos recém-nascidos os pacotes essenciais dos serviços de SMNI

| | | CAUSAS DE MORTE | | | Total de mortes de recém-nascidos em África |
|--------------|--|--|-----------------------------------|--------------------|---|
| | | Todas as infecções (septicémia, pneumonia, tétano, diarreia) | Complicações de partos prematuros | Asfixia à nascença | |
| VIDAS SALVAS | Máximo | | | | |
| | Mínimo | 195 000 - 330 000 | 110 000 - 205 000 | 110 000 - 200 000 | 430 000 - 800 000 |
| | Intervalo (percentagem de redução relativamente aos valores actuais) | 49 - 84 % | 37 - 71 % | 39 - 71 % | 37 - 67 % |

Fonte: Novas análises relativas a 46 países de África, utilizando dados de 2004 e aplicando métodos publicados^{24,26}. Para mais pormenores vide notas da página 226. Note que o total de vidas salvas inclui todas as causas de morte e assim o total referido é superior à soma das vidas salvas relativamente às três causas principais de morte

Para além da sobrevivência - Proporcionar saúde à próxima geração

Dado o grande número de mortes de recém-nascidos e o empenho relativamente aos ODM, o enfoque global é sobre a sobrevivência, mas as mortes de recém-nascidos são apenas a ponta de um iceberg de dimensão ainda desconhecida (Figura I.7) Presta-se pouca atenção ou possuem-se poucas informações acerca do peso que representam as doenças dos recém-nascidos, ou sobre

as deficiências a longo prazo resultantes de complicações que ocorrem durante o parto e durante o período neonatal, especialmente em países em desenvolvimento. Além disso, não têm sido aproveitadas oportunidades para se ensinarem comportamentos saudáveis, ou para que eles melhorem, especialmente no período crucial durante e imediatamente após o parto. As consequências a longo prazo para a saúde e para o desenvolvimento dos indivíduos, das comunidades, da produtividade e do bem-estar nacional são as seguintes:

as causas mais comuns de morte dos recém-nascidos

| Soluções de prevenção | Soluções de tratamento | Vidas que poderiam ser salvas se houvesse cobertura a 90% | Viabilidade |
|---|---|---|--|
| Tratar as infecções na mãe. Práticas de parto higiénicas e cuidados de saúde higiénicos ao bebé, especialmente no cordão umbilical | Terapia antibiótica Cuidados de apoio | 49-88 por cento | Viabilidade elevada através de Controlo Pré-Natal (CPN), assistência especializada, Controlo Pós-Natal, Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), e cuidados hospitalares já existentes, prestados aos bebés e às crianças |
| Vacinação das mulheres grávidas com toxóide tetânico; práticas de parto higiénicas e higiene do cordão umbilical | Antibióticos Globulina anti-tétano Cuidados de apoio (Risco muito elevado de morte) | 73-88 por cento | Viabilidade elevada através de CPN e de campanhas de proximidade adicionais |
| Amamentação Higiene | Terapia de reidratação oral Cuidados de apoio, incluindo fluidos intravenosos se necessário | | Viabilidade elevada através da AIDI e de actividades de divulgação junto das famílias e das comunidades, incluindo a AIDI comunitária |
| Controlo Pré-Natal sobretudo para identificar/gerir a hipertensão nas grávidas e a pré-eclâmpsia; Assistência especializada, especialmente com utilização de partogramas Cuidados de emergência obstétrica para complicações, especialmente o manejo de parto obstruído e de hemorragias | Reanimação no parto Cuidados de apoio (Se houver danos graves, há cerca de 30% de probabilidades de morte e elevado risco de incapacidade) | 39-71 por cento | Viabilidade se houver mais empenho em melhorar a assistência especializada e os Cuidados de Emergência Obstétrica (CEO) |
| Controlo Pré-Natal, especialmente tratamento de infecções e suplementos de ferro/ácido fólico Prevenção da malária na gravidez (TIPMG - Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez); Injecções de esteróides às mães durante o parto | Reanimação durante o parto Práticas melhoradas de amamentação "Método Mãe Canguru" Identificação precoce e tratamento de complicações, especialmente infecções | 39-71 por cento | Prevenção viável com CPN, especialmente se se adoptar o Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez (TIPMG) e Redes Mosquiteiras Tratadas com Insecticida. Tratamento viável nos serviços de saúde existentes, especialmente apoio extra à alimentação, "Método Mãe Canguru" e melhoria da cobertura e da qualidade dos Controlos Pré-Natais |
| Ácido fólico antes da concepção para prevenir defeitos do tubo neural (espinha bífida) | Cuidados de apoio (Consoante o tipo de anormalidade, pode ter uma taxa baixa de sobrevivência e complicações a longo prazo) | 1-9 por cento | Os cuidados de saúde curativos para anormalidades congénitas são frequentemente complexos e podem envolver cirurgia. O ácido fólico antes da concepção pode não ser eficaz em termos de custos nos serviços de saúde com elevada mortalidade e recursos insuficientes a menos que se tornem menos caras outras soluções (p. ex. suplementos alimentares) |
| | Fototerapia para bebés com icterícia Cuidados de apoio | | Obtenível nos serviços de saúde existentes |
| | | 37-67 por cento | |

O número de mortes resultantes de cada uma das causas baseia-se em estimativas actualizadas por país, utilizando métodos publicados e actualizados para esta publicação e relativos a 46 países africanos²⁵
 O número de vidas salvas baseia-se numa nova análise que usa o modelo das séries de modelos de sobrevivência de recém-nascidos da revista *The Lancet*²⁴ com todos os pacotes essenciais de SMNI e a 90 por cento de cobertura.
 Para mais pormenores vide notas sobre os dados na página 226

- Doenças graves em bebês, das quais podem recuperar, ou que podem causar consequências permanentes
- Incapacidades relacionadas com complicações do parto ou no período neonatal. Os sobreviventes de encefalopatia neonatal ou de lesões cerebrais relacionadas com asfixia durante o parto, por exemplo, podem ter incapacidades significativas semelhantes às de um AVC grave. Um estudo de seguimento de sobreviventes de tétano neonatal constatou que era comum resultarem incapacidades graves.²⁷ Além disso, uma análise recente de bases de dados de alguns países revela a existência de uma forte conexão entre baixos pesos nos bebês e doenças crônicas em adultos.²⁸
- Comportamentos insalubres poderiam ser remediados através de contactos adequados neste período crucial, especialmente no que respeita à falta de amamentação precoce e exclusiva.²⁹ Aproveitam-se pouco as oportunidades para a melhoria das práticas e da procura de cuidados de saúde, tais como a prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho (PTV) e para a promoção das vacinações.

À nascença e no início da vida, pode haver muitas consequências provocadas por doenças do útero²⁸ que ainda não são completamente compreendidas, ou que não constam de análises custo-

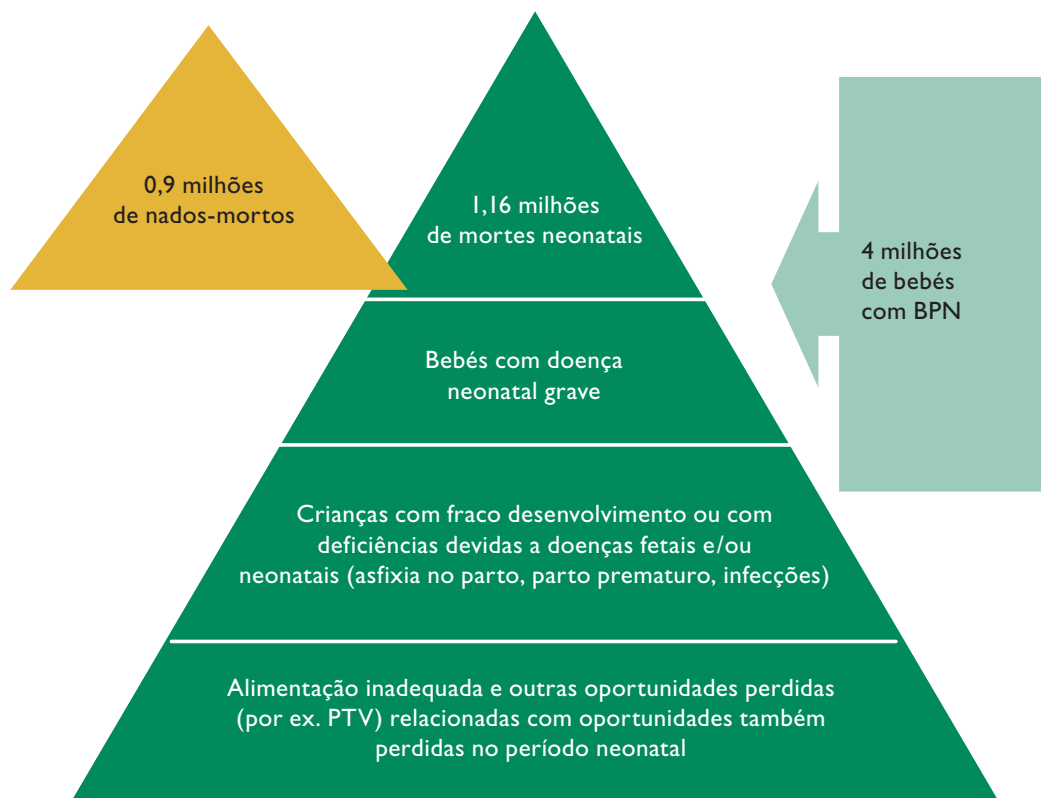
benefício. Contudo, é claro que as intervenções durante este importante período de tempo provocam resultados múltiplos na mãe e no bebê, assim como possuem potenciais efeitos de longo prazo individuais e sociais.

Os recém-nascidos são o futuro de África

A próxima década proporciona uma oportunidade única para que a África faça progressos após uma década ou mais de estagnação relativamente à saúde materno-infantil. A saúde dos recém-nascidos é um elo fundamental dos cuidados continuados prestados pelos serviços de SMNI. Todos os anos poderiam ser salvas 800 000 vidas de recém-nascidos com um custo de apenas 1,39 dólares *per capita*.

A África tem sido alvo dos olhares do mundo com o Live 8, com a campanha “Fazer da Pobreza História”, com a atenção do Grupo dos 8 (G8) focada em África, e com as visitas das estrelas do cinema e de personalidades dos meios de comunicação no decorrer do ano passado. Porém, será que esta atenção dos meios de comunicação se traduz em acções duradouras? Transformações duradouras e menores taxas de mortalidade para as mães, para os recém-nascidos e para as crianças africanas só acontecerão quando a vida dos bebês fizer sentido para os governos e para os povos africanos.

FIGURA I.7 A saúde neonatal em África: o fardo invisível da doença, da deficiência e do potencial económico perdido



Fazer com que cada Recém-nascido conte - Informações para agir

Utilizar melhor as informações existentes para agir

- Acrescentar o controlo da taxa de mortalidade neonatal (TMN) ao 4º objectivo dos ODM a nível global e nacional. A taxa de mortalidade das crianças com menos de cinco anos (TMCM5) e a taxa de mortalidade infantil (TMI) tendem a comportar-se paralelamente e a ter causas semelhantes, mas a taxa de mortalidade neonatal (TMN) difere mais para as crianças com menos de 5 anos (TMCM5) do que a TMI e tem implicações programáticas diferentes.
- Incluir a avaliação da TMN nacional no grupo de coordenação da mortalidade infantil UNICEF/Banco Mundial/OMS que analisa anualmente os dados da TMI e da TMCM5 - Taxa de Mortalidade de Crianças Com Menos de Cinco anos relativas a cada país, e melhorar a transparência do processo.
- Publicar dados nacionais da TMN em relatórios anuais importantes como o relatório “State of the World’s Children”, o “World Health Report” e os relatórios nacionais. A disponibilidade dos dados é semelhante à das TMI. O actual ciclo de 10 em 10 anos das novas estimativas das TMN é demasiado longo, contribuindo assim para a sua pouca visibilidade.
- Considerar a hipótese de inclusão das estimativas das taxas nacionais de nados-mortos nos relatórios anuais - as actuais estimativas são tão fiáveis quanto algumas outras que se incluem nos relatórios, pelo que, não as incluindo, os nados-mortos não contam nas políticas e nos programas.
- Divulgar dados nacionais da saúde, tendo em mente as audiências e as estratégias fundamentais; facilitar um diálogo convincente sobre as políticas com líderes de alto nível a fim de aumentar os investimentos na saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). (Vide perfis dos países com início na página 174 onde se encontrará um sumário de uma página com dados sobre como empreender acções relativas às tendências nacionais do 4º objectivo dos ODM, à cobertura de pacotes essenciais e ao financiamento)
- Aumentar a disponibilidade dos dados existentes a nível distrital e a capacidade de utilização de dados para elaborar programas a nível distrital.

Melhorar as informações futuras para agir

- Aumentar a comparabilidade e a síntese dos dados disponíveis (Estudos Demográficos e de Saúde, Inquéritos Cacho de Indicadores Múltiplos e áreas de registo de amostras e sistemas de informação para a gestão da saúde).
- Aumentar o grau de confiança dos inquéritos e das normas utilizadas nas chamadas autópsias verbais (questionários pormenorizados sobre as causas de morte) relativas às mortes dos recém-nascidos e respectivas causas.
- Aumentar a frequência das informações para agir, relativas à cobertura das intervenções essenciais dos serviços de SMNI - fazer IDS de 5 em 5 anos não é suficientemente frequente para orientar a introdução de melhorias nos programas
- Melhorar a colheita e a utilização de dados para agir no âmbito da SMNI a nível distrital
- Incluir melhores indicadores para o controlo pós-natal no procedimento rotineiro de recolha e monitorização de dados

Fazer parte das políticas e dos programas

- Incluir e reforçar aspectos relativos aos recém-nascidos nos objectivos nacionais de diminuição da mortalidade, nas políticas, nas reformas do sector da saúde e nos planos estratégicos.
- Rever e melhorar as orientações clínicas existentes, os instrumentos de monitorização e a logística dos medicamentos e dos equipamentos essenciais

- Garantir que os SMNI sejam um marco dos sistemas de saúde distritais e que os dados relevantes sejam recolhidos e utilizados a todos os níveis, incluindo o nível distrital.
- Utilizar tanto os dados dos serviços e das comunidades relativos às mortes de mães, de recém-nascidos e de crianças para melhoria das auditorias e da qualidade.

A responsabilidade da sociedade

- Envolver a sociedade civil no rastreio das mortes de mães, de recém-nascidos e de crianças.
- Disponibilizar os dados relevantes e facilitar a sua consulta pelo público em geral e pelos meios de comunicação social, como acontece no Uganda com os quadros das ligas distritais
- Incluir o Rácio de Mortalidade Materna (RMM) e os indicadores fundamentais relativos aos menores de cinco anos e às TMN nos programas de desenvolvimento social assim como nos programas de reforma e de apoio do sector da saúde

Inventariar os investimentos

- Tout essai en vue de suivre les investissements dans les soins du nouveau-né séparément des soins maternels et infantiles n'est ni pratique ni utile. Il faut chercher davantage à investir dans le suivi de l'investissement pour la SMNI pour que les partenaires et les gouvernements soient responsabilisés³⁰ et également pour suivre les dépenses propres des familles, ainsi que l'efficacité du financement de la santé pour les pauvres.





Mais informações

- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos
- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência das crianças
- A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência materna
- WHO, World Health Report 2005: make every mother and child count. Geneva, Switzerland; World Health Organization, 2005
- UNICEF - State of the World Children 2006. New York: United Nations Children's Fund; 2005
- WHO. Neonatal and perinatal mortality: regional, country and global estimates. Geneva, Switzerland, World health Organization, 2006
- Save the Children. State of the World's Mother 2006: Saving the lives of mothers and newborns. Washington, DC; Save the Children, 2006
- Lawn JE, Zupan J, Begkoyian, G, Knippenberg R. Newborn Survival. In: Jamison D, Measham A. Editors. Disease Control Priorities, 2 ed. The World Bank and the National Institutes of Health, 2005
- Guia for situation analysis for newborn health in the context of SMNI, SNL and WHO for the Healthy Newborn Partnership 2006 version [draft]