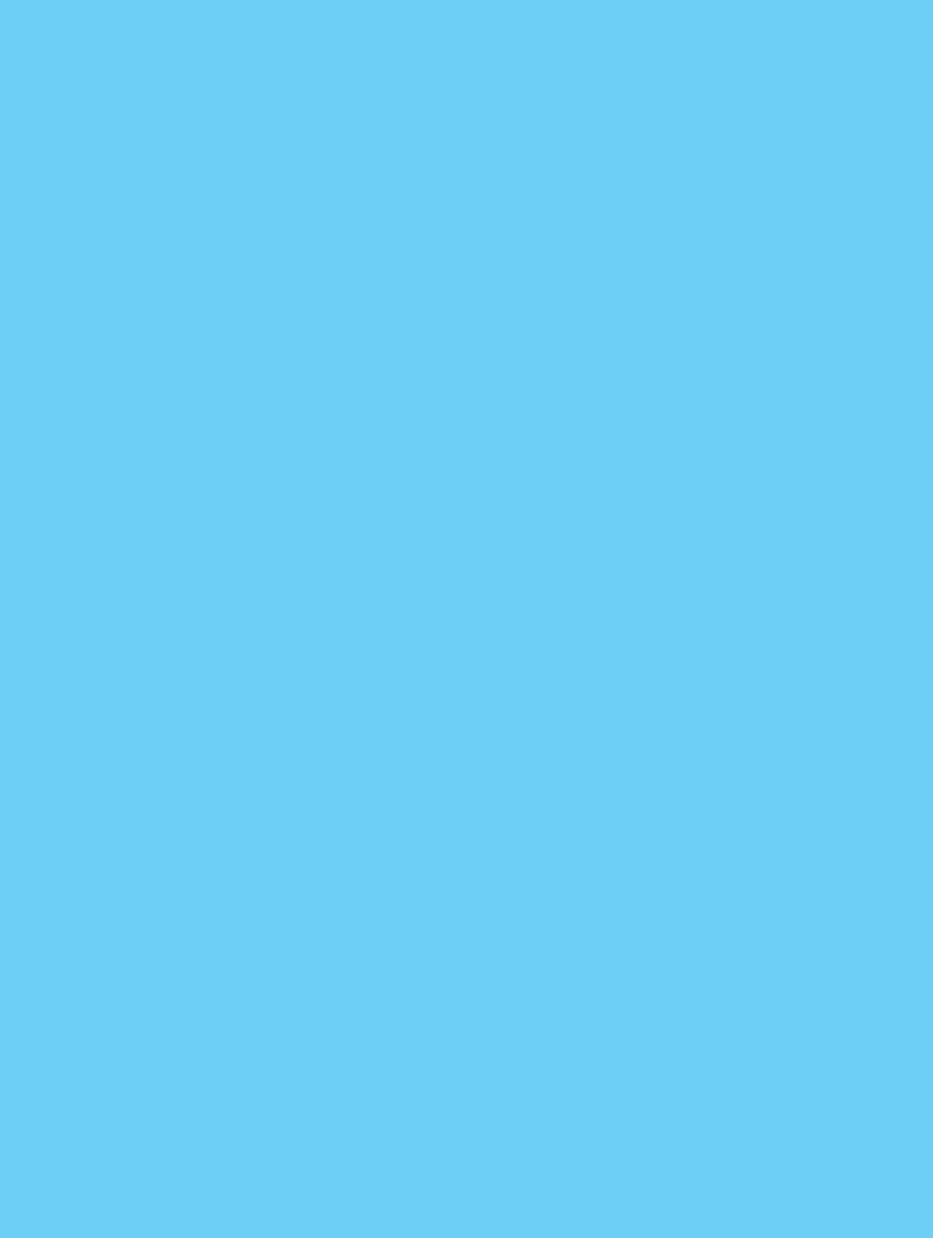


SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2008

Sobrevivência Infantil





SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2008

Agradecimentos

A produção deste relatório não teria sido possível sem a orientação e a contribuição de muitas pessoas, ligadas ou não ao UNICEF. Foram recebidas contribuições significativas dos seguintes escritórios locais do UNICEF: Afeganistão, África do Sul, Angola, Argentina, Bangladesh, Benin, Bolívia, Bósnia e Herzegovina, Brasil, Camarões, Camboja, Cazaquistão, Chile, China, Colômbia, Congo, Costa do Marfim, Egito, Equador, Eritreia, Gâmbia, Gana, Haiti, Iêmen, Índia, Irã, Jamaica, Jordânia, Marrocos, Mongólia, Moçambique, Nicarágua, Níger, Nigéria, Papua Nova Guiné, Paquistão, Peru, Quênia, República Dominicana, Santa Lúcia, Senegal, Somália, Sudão, Suriname, Tadjiquistão, Tanzânia, Timor Leste, Turcomenistão, Uganda, Uruguai, Venezuela, Zâmbia e Zimbábue. Informações também foram recebidas pelos escritórios regionais do UNICEF e pelo Centro de Pesquisas Innocenti.

Agradecimentos especiais à presidente Ellen Johnson-Sirleaf e a Tedros Adhanom, Paul Farmer, Paul Freeman, Melinda French Gates, Jim Yong Kim, Elizabeth N. Mataka e Henry Perry.

PESQUISA E DIRETRIZES DE POLÍTICAS

Divisão de Programas, Divisão de Políticas e Planejamento

TABELAS ESTATÍSTICAS

Seção de Informações Estratégicas, Divisão de Políticas e Planejamento

PROJETO E PRÉ-PRODUÇÃO

Prographics, Inc.

IMPRESSÃO

Hatteras Press, Inc.

Produzido, traduzido e distribuído por Editorial, Design and Publications Section, Division of Communication

© United Nations Children's Fund (UNICEF)
December 2007

© Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2007

A reprodução de qualquer parte desta publicação somente poderá ser feita mediante autorização. Entre em contato com a Seção Editorial, de Projetos e de Publicações, Divisão de Comunicações, UNICEF
3 UN Plaza, NY, NY 10017 USA, Tel: 212-326-7434
Fax: 212-303-7985
E-mail: nyhqdoc.permit@unicef.org.

A autorização será gratuita para organizações educacionais ou sem fins lucrativos. A outras organizações será solicitado o pagamento de uma pequena taxa.

Comentários representam as opiniões pessoais dos autores e não refletem necessariamente a posição do Fundo das Nações Unidas para a Infância.

Para correções subseqüentes à impressão, acessar nosso *site*
www.unicef.org/publications

ISBN: 978-92-806-4191-2
Vendas n.: E.08.XX.1

United Nations Children's Fund
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA

E-mail: pubdoc@unicef.org
Site: www.unicef.org

Versão em português sob responsabilidade do Escritório da Representante do UNICEF no Brasil.
SEPN 510 – Bloco A – 2º Andar
Brasília, DF – 70750-521

Tradução e Edição: B&C Revisão de Textos, SP

Foto da capa: UNICEF/HQ07-0108/Thierry Delvigne Jean

Prólogo

Em 2006, pela primeira vez na história recente, o número total de mortes anuais de crianças menores de 5 anos caiu abaixo de 10 milhões – ficou em 9,7 milhões. Esse número representa uma queda de 60% na taxa de mortalidade infantil desde 1960.

No entanto, não há espaço para complacência. A perda de 9,7 milhões de vidas a cada ano é inadmissível, especialmente quando se considera que muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas. E apesar dos progressos, o mundo ainda não está em condições de alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio que determina uma redução de dois terços na taxa de mortalidade infantil até 2015.

Os dados compilados pelo Grupo Inter-Agências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil revelam que houve progressos em todas as regiões do mundo. Desde 1990, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos da China caiu de 45 mortes por mil nascidos vivos para 24 por mil – uma redução de 47%. A taxa de mortalidade de menores de 5 anos da Índia teve uma queda de 34%. As taxas de seis países – Bangladesh, Butão, Bolívia, Eritreia, Laos e Nepal – tiveram reduções de 50%, ou mais, desde 1990, embora suas taxas de mortalidade de menores de 5 anos continuem elevadas. E a Etiópia alcançou uma redução de cerca de 40% desde 1990.

Dos 62 países que não realizaram progressos ou cujos progressos foram insuficientes para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio relacionado à sobrevivência infantil, cerca de 75% estão na África. Em alguns países da região meridional da África, a prevalência de HIV e aids reverteu quedas registradas anteriormente nas taxas de mortalidade infantil. Nesses países, o cumprimento do objetivo exigirá uma combinação de esforços.

A disseminação de intervenções básicas de saúde – que incluem aleitamento materno imediato e exclusivo, imunização, suplementação de vitamina A e utilização de mosquiteiro tratado com inseticida para prevenção da malária – são ações essenciais para a expansão dos progressos, não só na África ao sul do Saara, mas em todas as outras regiões.

Outras ações são necessárias para ampliar o acesso a tratamentos e meios de prevenção para controlar o impacto devastador de condições como pneumonia, diarreia, malária, desnutrição aguda grave e HIV.

Sabemos que é possível salvar vidas quando as crianças têm acesso a serviços de saúde baseados na comunidade, com a retaguarda de um sistema bem estruturado de instituições de referência.

É preciso direcionar as ações para intervenções básicas no nível da comunidade, como parte dos esforços integrados para apoiar o estabelecimento de sistemas nacionais de saúde mais fortes. E principalmente, é preciso dar atenção às necessidades especiais das mulheres, das mães e das crianças recém-nascidas.



© UNICEF/HQ07-1609/Georgina Cranston

A convite da União Africana, a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial e o UNICEF desenvolveram em conjunto uma estrutura para ajudar os países africanos a alcançar o ODM relacionado à sobrevivência infantil. Essa estrutura é analisada em detalhe no relatório *Situação Mundial da Infância* deste ano.

O novo *momentum* voltado para a saúde global é uma fonte de esperança. Existe grande interesse por parte dos setores público e privado, e parcerias inovadoras vêm sendo estabelecidas e

fortalecidas à medida que nos empenhamos coletivamente para capitalizar sobre esse *momentum*.

Parcerias são recursos altamente promissores para acelerar os progressos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O UNICEF está trabalhando em estreita cooperação com parceiros do sistema da ONU e com governos, organizações regionais e não-governamentais, fundações e o setor privado, para coordenar atividades e reunir *expertise* e conhecimento.

Nosso desafio agora é agir com um sentimento coletivo de urgência, para expandir ações que já levaram a resultados positivos.

Ann M. Veneman
Diretora Executiva
Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

Agradecimentos	ii
Prólogo	
Ann M. Veneman	
Diretora Executiva, UNICEF	iii

1 Sobrevivência infantil: em que ponto estamos

Resumo	vi
--------------	----

Destaques

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos: a medida indispensável da saúde infantil	2
Causas subjacentes e estruturais de mortalidade materna e infantil	3
Sobrevivência de recém-nascidos	4
Principais causas associadas às mortes infantis	8
Pneumonia: o matador de crianças que ficou no esquecimento ..	10
Cuidados de saúde continuados para mães, recém-nascidos e crianças, através do tempo e em todos os lugares	17
Saúde infantil em emergências complexas	18
Aumentando o poder da mulher para melhorar as condições de saúde materna, de recém-nascidos e de crianças	20
Registro de nascimento: um passo importante em direção ao acesso a serviços essenciais	22
Sobrevivência infantil em situações pós-conflito: desafios e triunfos na Libéria, Por Ellen Johnson-Sirleaf, Presidente da Libéria	24

Figuras

1.1 Os benefícios de alcançar o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4) e os custos de não o alcançar	2
1.2 Taxas globais de mortalidade neonatal, 2000	4
1.3 Intervenções simples, de alto impacto, para salvar a vida de recém-nascidos, por meio de cuidados de saúde contínuos para a mãe e a criança	5
1.4 A taxa global de mortalidade na infância diminuiu em quase 25% entre 1990 e 2006	6
1.5 O número de menores de 5 anos que morreram em 2006 ficou pouco abaixo de 10 milhões	6
1.6 Os progressos globais na redução da mortalidade na infância não são suficientes para alcançar o ODM 4	7
1.7 Quase um terço dos 50 países menos desenvolvidos conseguiu reduzir suas taxas de mortalidade de menores de 5 anos em 40%, ou mais, desde 1990	8
1.8 Distribuição global de mortalidade por causa específica entre crianças menores de 5 anos de idade	8
1.9 Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	9
1.10 Mais de 50% das crianças menores de 5 anos com suspeita de pneumonia são levadas a um provedor de cuidados de saúde adequado	10
1.11 Ásia Meridional registra o nível mais elevado de desnutrição entre as regiões	11

1.12 A probabilidade de morte materna é muito mais elevada nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados	12
1.13 Na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara, baixos níveis de cuidados maternos contribuem para altas taxas de morte materna	12
1.14 A África ao sul do Saara responde por quase 90% das infecções pediátricas por HIV	13
1.15 Aproximadamente 80% do mundo em desenvolvimento tem acesso a água limpa proveniente de fontes de boa qualidade	14
1.16 Apenas 50% da população no mundo em desenvolvimento tem acesso a condições adequadas de saneamento	14
1.17 Sobrevivência infantil: os 60 países prioritários na Contagem Regressiva para 2015	16
1.18 Associando cuidados por meio de cuidados de saúde contínuos para a mãe, o recém-nascido e a criança	17
1.19 Associação de cuidados entre família e centros de saúde para reduzir o número de mortes de mães, recém-nascidos e crianças	17
1.20 Os níveis de registro de nascimento são baixos na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara	22

2 Lições aprendidas a partir de sistemas e práticas de cuidados de saúde em evolução

Resumo	26
--------------	----

Destaques

A Iniciativa do Sarampo	28
Dias nacionais de imunização e dias de saúde infantil	32
Financiando a área da saúde: Programas com enfoque setorial amplo e iniciativa em favor dos Países Pobres Altamente Endividados	33
Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis na Índia	35
A Iniciativa de Bamako	36
Abordagens diagonais: o caminho mexicano	38
Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado na África Ocidental	40
HIV e aids na África e seu impacto sobre mulheres e crianças	42
Parceria pela Saúde Materna, Neonatal & Infantil	43

Figuras

2.1 A carga global das mortes causadas pelo sarampo	29
2.2 Cuidados de saúde primários seletivos e tendências nas taxas de imunização desde 1980	35
2.3 Gidi (Gestão Integrada de Doenças Infantis) em centros de saúde para pacientes não internados, centros de encaminhamento de pronto atendimento e em casa, para crianças doentes a partir de 2 meses até 5 anos de idade ..	37
2.4 Estrutura conceitual para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde	39

Sobrevivência infantil

3 Parcerias comunitárias em cuidados básicos de saúde para mães, recém-nascidos e crianças

Resumo44

Destaques

Práticas básicas para intervenções de cuidados de saúde baseados na comunidade	47
Aspectos e desafios comuns das parcerias nas comunidades em relação a saúde e nutrição	48
Índia: reduzindo a subnutrição por meio de parcerias com a comunidade	50
África Oriental e Meridional: Prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança: impacto de programas de mães para mães	52
Etiópia: Liderança leva mudanças para mães e crianças	54
Foco em Moçambique: Reduzir a mortalidade de menores de 5 anos por meio de programas baseados na comunidade ..	59
Parcerias com a comunidade para sistemas de água e saneamento nas escolas	60

Figura

3.1 Prevalência de retardo de crescimento por idade (meses) ..51

4 Fortalecendo parcerias com comunidades, cuidados continuados e sistemas de saúde

Resumo62

Destaques

Expansão: Nutrição adequada para mães, recém-nascidos e crianças	66
'Elaboração de Orçamento Paralelo para Gargalos'	70
Expansão: Água limpa, condições adequadas de saneamento e melhores práticas de higiene	74
África: Necessidade urgente de enfrentar a crise de agentes de saúde	76
África ao sul do Saara: Estudo de caso de investimento para a sobrevivência infantil e outros Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde	78
Foco em Botsuana: Expandindo a prevenção e o tratamento de HIV por meio de parcerias com as comunidades	81
Fortalecendo responsabilização e governança no provimento de serviços de saúde	83
Ruanda: Financiamento baseado em desempenho	84
Foco em Brasil: Criando uma rede nacional de sistemas de saúde baseados na comunidade	86
Uma nova forma de trabalho conjunto para instituições multilaterais	88
Direitos humanos, cuidados de saúde baseados na comunidade e sobrevivência infantil <i>por Paul Farmer e Jim Yong Kim</i>	90

Figuras

4.1 Estrutura conceitual para expansão dos cuidados básicos de saúde nos países em desenvolvimento	64
4.2 Formas de enfrentar os gargalos no provimento de serviços de saúde	69
4.3 Impacto estimado e custo de pacotes mínimo, ampliado e máximo para a Estrutura Estratégica para África	78
4.4 Fontes de financiamento 2007-2015	79
4.5 Brasil: Grandes disparidades nas taxas de mortalidade de bebês entre e dentro de regiões selecionadas, por renda familiar e por etnia da mãe, 2002	87

5 Unindo forças pela sobrevivência da criança

Resumo94

Destaques

Fortalecendo a coleta e o acompanhamento de dados para decisões na área da saúde pública	100
O outro lado do tapete: unindo forças em favor da sobrevivência e da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança	102

Figura

5.1 Fluxos financeiros selecionados para países em desenvolvimento	99
--	----

Referências104

Tabelas Estatísticas109

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	113
Tabela 1: Indicadores Básicos.....	114
Tabela 2: Nutrição	118
Tabela 3: Saúde	122
Tabela 4: HIV/aids	126
Tabela 5: Educação	130
Tabela 6: Indicadores demográficos	134
Tabela 7: Indicadores econômicos	138
Tabela 8: Mulheres.....	142
Tabela 9: Proteção à criança	146
Tabela 10: Taxas de progresso	150

Siglas154



RESUMO

A mortalidade infantil é um indicador sensível do desenvolvimento de um país, e uma evidência eloqüente de suas prioridades e de seus valores. Investir na saúde das crianças e de suas mães não é apenas uma exigência de direitos humanos, mas também uma sólida decisão econômica e um dos caminhos mais seguros que um país pode tomar em direção a um futuro melhor.

Desde 1990, vêm sendo realizados progressos impressionantes na melhoria das taxas de sobrevivência e nas condições de saúde das crianças, mesmo nos países mais pobres. Mesmo assim, serão necessários esforços adicionais para que seja atingido o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4), que visa reduzir em dois terços a taxa global de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2015. O cumprimento dessa meta ainda é possível, mas representa um desafio formidável.

Atingir a meta significa reduzir o número de mortes infantis dos 9,7 milhões registrados em 2006 para cerca de 4 milhões até 2015. Essa conquista demandará ações aceleradas em diversas frentes: redução da pobreza e da fome (ODM 1); melhoria da saúde materna (ODM 5); combate ao HIV/aids, à malária e a outras doenças importantes (ODM 6); ampliação do alcance de abastecimento de água e instalações de saneamento de melhor qualidade (ODM 7); e oferta de medicamentos essenciais a custos acessíveis e em bases sustentáveis (ODM 8). Será necessário também que sejam analisadas novamente as estratégias para que sejam alcançadas as comunidades mais pobres e mais marginalizadas.

Os notáveis avanços conquistados por muitos países em desenvolvimento na redução das mortes infantis, ao longo das últimas décadas, são motivo para

Todas as crianças têm direito a viver uma vida saudável. *Um grupo de crianças em um centro comunitário infantil, Malawi.*

otimismo. As causas das mortes infantis e as soluções para esse problema são bem conhecidas. Já estão disponíveis intervenções simples, confiáveis e financeiramente acessíveis para salvar a vida de milhões de crianças. O desafio é assegurar que esses remédios – aplicados por meio de cuidados continuados dedicados à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança – cheguem aos milhões de crianças e famílias que têm sido tão amplamente ignorados.

Sobrevivência infantil: em que ponto estamos

A situação atual

Quanto vale uma vida? A maioria de nós faria grandes sacrifícios para salvar a vida de uma única criança. Mesmo assim, de certa forma, em escala global, nossas prioridades tornaram-se pouco claras. A cada dia, em média, mais de 26 mil crianças menores de 5 anos de idade morrem em todas as partes do mundo, e a maioria delas por causas evitáveis. Quase todas vivem no mundo em desenvolvimento ou, mais precisamente, em 60 países em desenvolvimento. Mais de 30% dessas crianças morrem durante seu primeiro mês de vida, normalmente em casa, e sem acesso a serviços de saúde essenciais e recursos básicos que poderiam salvá-las da morte. Algumas crianças sucumbem a infecções respiratórias ou diarreicas que atualmente já não constituem ameaças nos países industrializados, ou morrem devido a doenças da primeira infância, como o sarampo, que podem ser facilmente evitadas por meio de vacinas. Em cerca de 50% das mortes de menores de 5 anos, uma causa subjacente é a desnutrição, que priva o corpo e a mente da criança pequena dos nutrientes necessários para seu crescimento e seu desenvolvimento. Água de má qualidade, saneamento precário e higiene inadequada também contribuem para a mortalidade e a morbidade de crianças.

Em 2006 – o ano mais recente para o qual há estimativas consistentes –, cerca de 9,7 milhões de crianças

morreram antes de comemorar seu quinto aniversário. Embora os números tenham mudado, o problema não é menos grave do que há 25 anos, quando o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) lançou a ‘revolução pela sobrevivência da criança’. Atualmente, o foco da comunidade de desenvolvimento em relação à sobrevivência infantil é o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 (ODM 4), que visa reduzir em dois terços a taxa global de mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Uma vez que o número absoluto de mortes em 1990 chegou a cerca de 13 milhões, o cumprimento do ODM 4 implica uma redução de 50% no número de mortes de crianças durante os próximos sete anos – caindo para menos de 13 mil mortes por dia, ou menos de cinco milhões por ano.¹

A imensa dimensão do desafio não deve ser subestimada. Entre 2008 e 2015, o mundo terá que reduzir o número de mortes de crianças em ritmo muito mais rápido do que aquele registrado desde 1990 (ver *Figura 1.6, página 7*). Além disso, a maior parte dos esforços deve concentrar-se nas situações e circunstâncias mais difíceis: nos países mais pobres, em meio às localidades e comunidades mais depauperadas, isoladas, ignorantes e marginalizadas, em nações devastadas pela aids, por conflitos, por governos fracos e por situações crônicas de baixo investimento em sistemas de saúde pública e em infra-estrutura material.

Procedimentos comuns serão amplamente insuficientes para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde infantil. Essa constatação é absolutamente clara na África ao sul do Saara – a região mais atrasada em quase todos os ODM relacionados à saúde –, mas também em vários países da Ásia Meridional e em outros países no mundo em desenvolvimento. A persistirem as tendências atuais, ocorrerão, em 2015, 4,3 milhões de mortes infantis que teriam sido evitadas se o ODM 4 tivesse sido atingido (ver *Figura 1.1, página 2*).

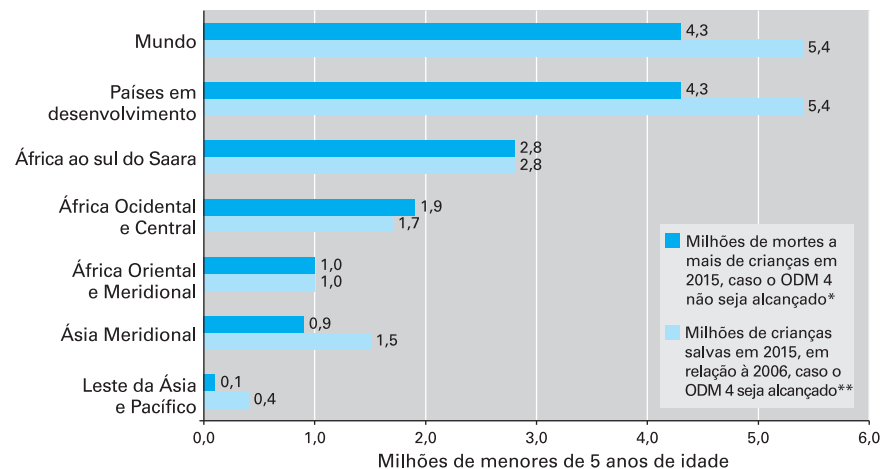
Para enfatizar a necessidade de colocar as questões relacionadas à criança no centro da agenda internacional, o relatório *Situação Mundial da Infância 2008* volta a um tema que marcou o lançamento da série no início da década de 1980. Àquela época, como agora, o UNICEF e seus parceiros desejavam reduzir o número de mortes infantis em cerca de 50% até uma data determinada. Àquela época, como agora, propuseram soluções e estratégias simples, eficazes e de baixo custo para reduzir a mortalidade infantil e melhorar as condições de saúde da criança. Hoje, como àquela época, o UNICEF convida seus parceiros de todas as áreas de atividade – de líderes religiosos a Embaixadores do UNICEF, de prefeitos a Chefes de Estado, de personalidades do esporte a parlamentares, de associações

profissionais e sindicatos de trabalhadores – a aderir ao movimento pela sobrevivência e pelo desenvolvimento da criança.

Em vez de enfrentar uma empreitada solitária, como tantas vezes fez durante a década de 1980, o UNICEF hoje defende a sobrevivência infantil como parte de um grande conjunto de preocupações. Atualmente, as parcerias desenvolvidas ao longo das duas últimas décadas mostram-se fundamentais para o enfrentamento de problemas que demandam mudanças sistêmicas e socioculturais mais complexas do que haviam imaginado os arquitetos da revolução pela sobrevivência infantil. O relatório *Situação Mundial da Infância 2008* descreve os resultados produzidos por essas parcerias, assim como pelas experiências empreendidas e pelas abordagens à sobrevivência e à saúde da criança ao longo de décadas recentes.

Figura 1.1

Os benefícios de alcançar o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4) e os custos de não o alcançar



* Número adicional de mortes de crianças menores de 5 anos de idade que poderão ocorrer em 2015 caso persistam as atuais taxas anuais de redução da taxa de mortalidade de menores de 5 anos.

** Número de mortes de crianças menores de 5 anos de idade que serão evitadas apenas em 2015, em comparação com o número de mortes ocorridas em 2006, caso seja alcançado o ODM 4 (redução em dois terços na taxa de mortalidade de menores de 5 anos observada em 1990).

Fonte: Estimativas do UNICEF baseadas em dados apresentados nas Tabelas Estatísticas 1 e 10, p. 114 e 150 deste relatório.

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos: a medida indispensável da saúde infantil

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos, comumente conhecida por sua sigla – TMM5 – ou simplesmente como a taxa de mortalidade na infância, indica a probabilidade de morrer entre o nascimento e precisamente os 5 anos de idade, expressa por mil crianças nascidas vivas, quando sujeitas às taxas de mortalidade correntes. Apresenta inúmeras vantagens como barômetro do bem-estar da criança, de maneira geral, e da saúde da criança, em particular.

Em primeiro lugar, mede um 'produto' do processo de desenvolvimento, e não um 'fator de contribuição', tal como a disponibilidade de calorias *per capita* ou o número de médicos por mil habitantes, que representam meios para atingir determinado fim.

Em segundo lugar, é sabido que a TMM5 é o resultado de uma ampla variedade de fatores de contribuição, entre os quais: *status* nutricional das mães e seus conhecimentos sobre condições de saúde; nível de imunização e terapia de reidratação oral; disponibilidade de serviços de saúde para a criança e a mãe (inclusive cuidados pré-natais); disponibilidade de renda e de alimentos na família; disponibilidade de água limpa para beber e de instalações

de saneamento básico; e, de maneira geral, segurança do ambiente em que a criança vive.

Em terceiro lugar, a TMM5 é menos suscetível à falácia da média do que, por exemplo, a renda nacional bruta *per capita* (RNB *per capita*). Isso se justifica porque a escala natural não permite que crianças de famílias ricas tenham uma probabilidade de sobreviver mil vezes maior do que crianças de famílias pobres, embora a escala elaborada pelos homens permita que a renda de famílias ricas seja mil vezes maior do que a de famílias pobres. Em outras palavras, é muito mais difícil que uma minoria abastada afete a TMM5 de uma nação e, portanto, esse indicador oferece um quadro mais preciso, embora imperfeito, do *status* de saúde da maioria das crianças (e da sociedade como um todo).

Ver Referências, página 104.

O relatório começa pela análise da situação da sobrevivência infantil e dos cuidados básicos de saúde para a criança, com ênfase acentuada nas tendências em mortalidade infantil. A seguir, avalia as lições extraídas dos fracassos e sucessos dos esforços pela sobrevivência infantil empreendidos ao longo do século passado. O aspecto central do relatório é a análise de muitas das abordagens mais promissoras – parcerias na comunidade, a estrutura de cuidados continuados e o fortalecimento do sistema de saúde na busca por resultados – para alcançar mães, recém-nascidos e crianças que atualmente não têm acesso a intervenções essenciais. Destacando exemplos de países e distritos nos quais essas iniciativas tiveram sucesso, e explorando os principais desafios que se colocam à sua expansão, este relatório oferece maneiras práticas para partilhar energias que podem desencadear progressos.

Por que a sobrevivência infantil é importante

O investimento na saúde de crianças pequenas é uma atitude sensata por diversas razões que extrapolam a dor e o sofrimento causados pela morte de até mesmo uma única criança. Privar bebês e crianças pequenas de cuidados básicos de saúde e negar-lhes os nutrientes necessários para que cresçam e se desenvolvam significa condená-las a uma vida de fracassos. No entanto, crianças bem nutridas, que recebem cuidados e vivem em ambientes seguros e estimulantes têm maior probabilidade de sobreviver, de contrair doenças com menor frequência, e de desenvolver habilidades emocionais, sociais, de raciocínio e de linguagem. Quando ingressam na escola, têm maior probabilidade de ter sucesso. E mais tarde, ao longo da vida, têm maior probabilidade de se tornar membros criativos e produtivos da sociedade.

Investir na criança também é uma atitude sensata sob uma perspectiva

econômica. Segundo o Banco Mundial, a imunização e a suplementação de vitamina A são duas das intervenções em saúde pública com melhor relação custo-benefício disponíveis atualmente. A melhoria do *status* de vitamina A pode fortalecer a resistência da criança a doenças e reduzir a probabilidade de morte infantil.² Por um custo baixo, a criança pode ser protegida contra a deficiência de vitamina A e contra diversas doenças que podem levar à morte, entre as quais difteria, coqueluche, tétano, pólio, sarampo, tuberculose infantil, hepatite B e Hib (*Haemophilus influenzae* tipo B), que é uma causa importante de pneumonia e meningite.³ O fornecimento de cotrimoxazol – um antibiótico de baixo custo – para crianças HIV positivo reduz drasticamente a mortalidade causada por infecções oportunistas.

Melhorias nas condições de saúde e sobrevivência da criança também podem promover uma dinâmica populacional mais equilibrada.

Causas subjacentes e estruturais de mortalidade materna e infantil

A morte e a desnutrição de mães, recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade têm em comum diversas causas estruturais e subjacentes, entre as quais:

- Serviços de saúde e nutrição carentes de recursos, ineficazes e culturalmente inadequados.
- Insegurança alimentar.
- Práticas alimentares inadequadas.
- Falta de higiene e de acesso a água limpa ou a condições de saneamento adequadas.
- Analfabetismo da mulher.
- Gravidez precoce.

Discriminação e exclusão de mães e crianças do acesso a serviços e instalações essenciais nas áreas de saúde e nutrição, devido à pobreza e à marginalização geográfica ou política.

Esses fatores resultam em milhões de mortes desnecessárias a cada ano. Devido à sua natureza abrangente e à inter-relação existente entre eles, tais

fatores devem ser enfrentados em diversas instâncias – na comunidade, na família, nas instituições prestadoras de serviços, nos órgãos governamentais e em nível internacional – de maneira integrada, de modo a maximizar eficácia e alcance.

As soluções para esses impedimentos são bastante conhecidas, especialmente as que se referem às causas diretas de mortes maternas, de recém-nascidos e de crianças. As intervenções necessárias envolvem o provimento de pacotes de serviços essenciais de cuidados básicos de saúde para as crianças, por meio de *cuidados continuados* que cubram gravidez, parto e pós-parto, seguidos pela prestação de cuidados para as crianças em seus primeiros anos de vida, que são cruciais (*ver uma definição completa de cuidados continuados no Destaque, página 17*).

Ver Referências, página 104.

Sobrevivência de recém-nascidos

Até a segunda metade da década de 1990, as estimativas do número de mortes infantis ocorridas durante o período neonatal (primeiro mês de vida) eram extraídas de dados históricos precários, e não de pesquisas específicas. Estimativas mais rigorosas para mortes de recém-nascidos surgiram em 1995 e 2000, à medida que dados levantados por meio de pesquisas domiciliares confiáveis tornaram-se disponíveis. A análise desses dados mostrou com clareza que as estimativas anteriores haviam subestimado gravemente a escala do problema. Embora a taxa global de mortalidade neonatal tenha registrado uma ligeira redução desde 1980, as mortes neonatais tornaram-se proporcionalmente muito mais significativas, uma vez que sua redução ocorreu em ritmo mais lento do que a mortalidade de menores de 5 anos: entre 1980 e 2000, as mortes no primeiro mês de vida tiveram uma redução de 25%, ao passo que as mortes entre 1 mês e os 5 anos de idade caíram em cerca de 33%.

A evidência mais recente é que quatro milhões de bebês morrem a cada ano em seu primeiro mês de vida, e cerca de 50% dessas mortes ocorrem nas primeiras 24 horas de vida – a probabilidade de uma criança morrer no primeiro dia de vida é 500 vezes maior do que após um mês de vida. A mortalidade neonatal responde por quase 40% de todas as mortes de menores de 5 anos, e por cerca de 60% das mortes de bebês (menores de 1 ano). O número absoluto mais expressivo de mortes de recém-nascidos é registrado na Ásia Meridional, sendo que a Índia contribui com 25% do total mundial. No entanto, as taxas mais altas de mortalidade

neonatal são registradas na África ao sul do Saara. Um fator comum nessas mortes é a saúde da mãe – a cada ano, mais de 500 mil mulheres morrem no momento do parto ou em decorrência de complicações durante a gravidez; e bebês cujas mães morreram no momento do parto têm uma probabilidade muito maior de morrer em seu primeiro ano de vida do que aqueles cujas mães permanecem vivas.

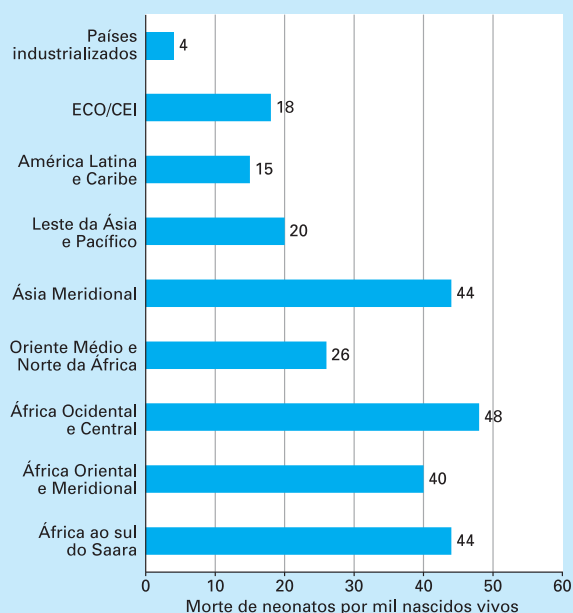
Mesmo esses números subestimam a dimensão da escala dos problemas que afetam a saúde da criança durante o período neonatal. Por exemplo, chega a mais de um milhão o número de crianças que sobrevivem a cada ano à asfixia de parto, que deixa como seqüelas problemas como paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem e outras deficiências. Para cada recém-nascido que morre, outros 20 sofrem devido a lesões no parto, complicações causadas por parto prematuro ou outras condições neonatais.

Avanços significativos no início do período neonatal dependerão de intervenções essenciais para a mãe e o bebê, que devem ser implementadas antes, durante e imediatamente após o parto. De acordo com as estimativas mais recentes referentes ao período entre 2000 e 2006, nos países em desenvolvimento, atualmente 25% das gestantes não recebem uma única visita sequer de profissionais capacitados na área da saúde – médicos, enfermeiros, parteiros; apenas 59% dos partos são realizados com a assistência de atendentes capacitados; e apenas pouco mais de 50% deles são realizados em instalações adequadas para o atendimento de saúde.

Evitar as mortes neonatais é uma condição fundamental para a redução da mortalidade infantil. A *Série Sobrevivência Neonatal (Neonatal Survival Series)*, do *The Lancet*, publicada em 2005, estimou em algo entre três milhões e quatro milhões o número de mortes que poderiam ser evitadas a cada ano se fosse atingida uma alta cobertura (90%) de um pacote de intervenções testadas, com alta relação custo-benefício. Esses procedimentos seriam implementados por meio de expansão do atendimento, de famílias e comunidades, e de cuidados clínicos oferecidos em instalações médicas, por meio de atendimento neonatal continuado – pré-natal, no momento do parto e no período pós-parto. Embora a ampliação de cuidados especializados seja uma medida essencial, a *Série Sobrevivência Neonatal* enfatiza a importância de soluções intermediárias que podem salvar a vida de 40% dos recém-nascidos em contextos comunitários. É igualmente crucial a expansão de programas que evitem a transmissão do HIV da mãe para o bebê.

As ações necessárias para salvar recém-nascidos incluem o estabelecimento de planos em nível nacional, baseados em evidências e orientados para resultados, com estratégias especiais que possam alcançar as populações mais pobres, oferecendo maior volume de recursos, com metas estabelecidas de comum acordo para a redução da mortalidade neonatal, e com a promoção de maior harmonização e responsabilização por parte dos interessados em nível internacional.

Figura 1.2
Taxas globais de mortalidade neonatal, 2000



Fonte: Organização Mundial da Saúde, utilizando sistemas de registro de nascimento e pesquisas domiciliares. Dados nacionais e regionais para taxas de mortalidade neonatal em 2000 são apresentados na Tabela Estatística 1, p. 114 deste relatório.

Figura 1.3

Intervenções simples, de alto impacto, para salvar a vida de recém-nascidos, por meio de cuidados de saúde continuados para a mãe e a criança



* Intervenções adicionais para contextos com sistemas de saúde mais consistentes e taxas de mortalidade mais baixas.

** Intervenções situacionais necessárias em determinados contextos, tais como áreas de alta prevalência de malária.

Nota: Esta figura inclui 16 intervenções de eficácia comprovada na redução da mortalidade neonatal. Outras intervenções importantes são realizadas durante esse período, mas não são apresentadas nesta figura, uma vez que seu efeito primário não recai sobre mortes de neonatos (por exemplo, prevenção da transmissão de HIV da mãe para o filho). Para algumas das intervenções listadas, o modo de prestação de serviço pode variar de acordo com o contexto.

Fonte: *The Lancet Series Team*, 'The Lancet Series on Neonatal Health Executive Summary', *The Lancet*, 3 de março de 2005, p. 3.

Ver Referências, página 104.



© UNICEF/HQ04.067/5/Giacomo Pirazzi

Imunização e suplementação com micronutrientes protegem contra doenças, salvando vidas a um custo compensador. Um menino recebe uma dose de vitamina A, Tadjiquistão.

Quando têm confiança na sobrevivência de suas crianças, os pais tendem a ter menos filhos e a oferecer melhores cuidados a cada um deles – e os países podem investir mais em cada criança.⁴

Os números

O número de crianças que morrem hoje em dia é muito menor do que em 1960 – o primeiro ano para o qual se dispõe atualmente de dados sobre o número de mortes infantis. De fato, ao longo dos últimos 46 anos, o número anual de mortes infantis caiu em 50% – de cerca de 20 milhões, em 1960, para menos de 10 milhões, em 2006. Os últimos anos testemunharam avanços importantes – e, em alguns casos, notáveis – na sobrevivência infantil. Apesar de obstáculos consideráveis – principalmente o avanço violento da aids na África Oriental e Meridional, e de conflitos destrutivos em muitos países com altas taxas de mortalidade –, a taxa global de mortalidade infantil

vem caindo com regularidade desde 1990. Em 2006, a estimativa foi de 72 mortes por mil nascidos vivos – 23% mais baixa do que em 1990.

Em diversas regiões, os níveis de redução da mortalidade infantil desde 1990 foram surpreendentes. As taxas caíram em quase 50% no Leste da Ásia e Pacífico, na Europa Central e Oriental e na Comunidade de Estados Independentes (ECO/CEI), e na América Latina e Caribe. Nessas regiões, em 2006, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos ficou abaixo de 30 mortes por mil nascidos vivos. Embora ainda sejam necessários grandes avanços para alcançar os baixos níveis registrados nos países industrializados – em 2006, a taxa foi de seis por mil nascidos vivos –, atualmente apenas cerca de uma em cada 36 crianças nascidas nessas regiões morre antes da idade de 5 anos.

Figura 1.4

A taxa global de mortalidade na infância diminuiu em quase 25% entre 1990 e 2006

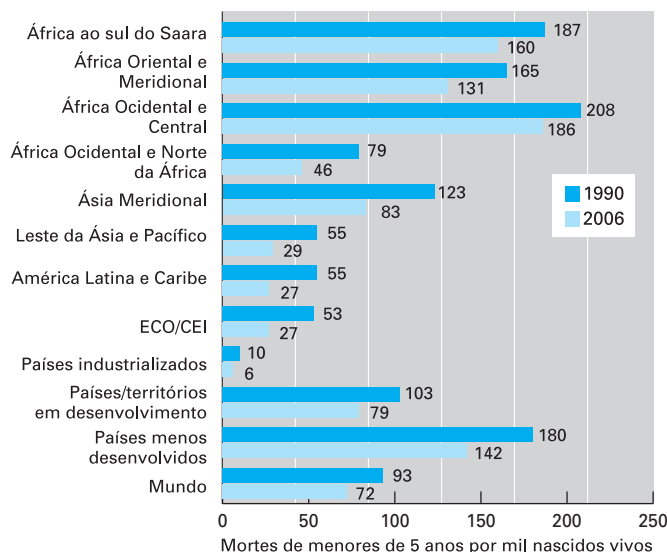
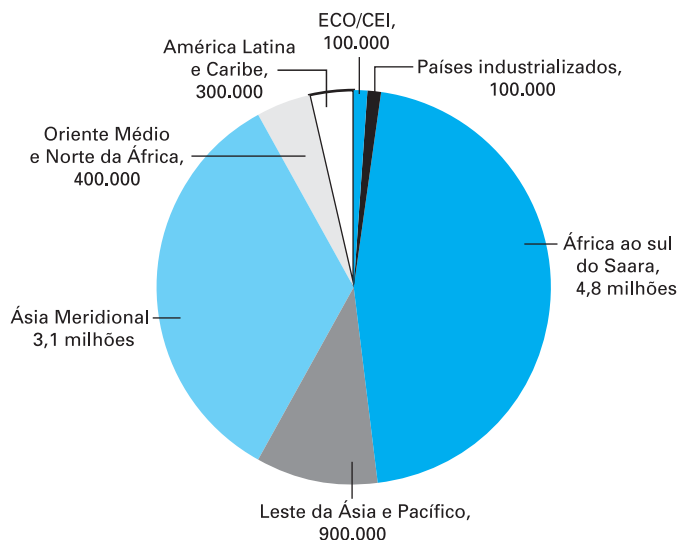


Figura 1.5

O número de menores de 5 anos que morreram em 2006 ficou pouco abaixo de 10 milhões



Fonte: UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas. Dados nacionais e regionais são apresentados nas Tabelas Estatísticas 1 e 10, páginas 114 e 150 deste relatório.

Outras regiões ainda estão muito atrás. No Oriente Médio e Norte da África, houve progressos consistentes na redução das taxas, porém em 2006 essa região ainda registrou taxa de mortalidade de 46 por mil nascidos vivos – o que significa que, para cada 22 crianças, uma morre antes de completar 5 anos de idade. A Ásia Meridional também vem avançando, embora ainda registre o segundo maior número de mortes de crianças menores de 5 anos, o que equivale a 32% da taxa global total. Nessa região, em 1990, uma em cada oito crianças morria antes de completar 5 anos de idade; em 2006, essa proporção caiu para uma em cada 12 crianças.

A África ao sul do Saara continua sendo a área geográfica mais problemática. Além de ter a taxa de mortalidade infantil mais alta – em média, uma em cada seis crianças morre antes de completar 5 anos de

idade –, a região, como um todo, registrou os progressos mais incipientes desde 1990, conseguindo uma redução na taxa de mortalidade infantil de apenas 14% entre 1990 e 2006. Diversos países da região ainda registram aumentos nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos. Em 2006, 49% de todas as mortes de crianças menores de 5 anos ocorreram na África ao sul do Saara, embora essa região registre apenas 22% dos nascimentos de todo o mundo.

Sobrevivência infantil e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Em 50% das regiões do mundo, os progressos em direção ao ODM 4 são insuficientes

Embora, de maneira geral, sejam significativos, os ganhos com relação à sobrevivência infantil necessários para atingir o ODM 4 são absolutamente

insuficientes em muitas regiões. Quatro regiões estão a caminho de atingir o objetivo; no entanto, neste momento, os progressos na redução da mortalidade infantil são insuficientes no Oriente Médio e Norte da África, na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara (tanto na África Oriental e Meridional quanto nas sub-regiões Ocidental e Central).

Em uma avaliação por país, as perspectivas são pouco nítidas. Em termos globais, dos 191 países que dispõem de dados adequados para uma comparação da mortalidade infantil no período de 1990 a 2006, o UNICEF estima que 129 estejam no rumo de alcançar – tendo registrado redução na taxa de mortalidade de menores de 5 anos para menos de 40 por mil nascidos vivos, ou tendo atingido uma taxa média de redução anual de no mínimo 3,9% desde 1990 – ou já tenham alcançado o objetivo de

Figura 1.6

Os progressos globais na redução da mortalidade na infância não são suficientes para alcançar o ODM 4*

Taxa média anual de redução (TMAR) da taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) observada para 1990-2006 e necessária para o período entre 2007 e 2015 para que o ODM 4 seja atingido

	TMM5		TMAR		Progressos rumo ao ODM
	No. de mortes por mil nascidos vivos 1990	2006	Observada % 1990-2006	Necessária % 2007-2015	
África ao sul do Saara	187	160	1,0	10,5	Progressos insuficientes
África Oriental e Meridional	165	131	1,4	9,6	Progressos insuficientes
África Ocidental e Central	208	186	0,7	11,0	Nenhum progresso
Orientes Médio e Norte da África	79	46	3,4	6,2	Progressos insuficientes
Ásia Meridional	123	83	2,5	7,8	Progressos insuficientes
Leste da Ásia e Pacífico	55	29	4,0	5,1	A caminho
América Latina e Caribe	55	27	4,4	4,3	A caminho
ECO/CEI	53	27	4,2	4,7	A caminho
Países/territórios industrializados	10	6	3,2	6,6	A caminho
Países/territórios em desenvolvimento	103	79	1,7	9,3	Progressos insuficientes
Mundo	93	72	1,6	9,4	Progressos insuficientes

* Progressos em direção ao ODM 4, sendo os países classificados de acordo com os seguintes limites:

A caminho – TMM5 inferior a 40% ou TMM5 igual ou superior a 40%; e taxa média anual de redução (TMAR) na taxa de mortalidade de menores de 5 anos observada de 1990 a 2006 igual ou superior a 4,0%.

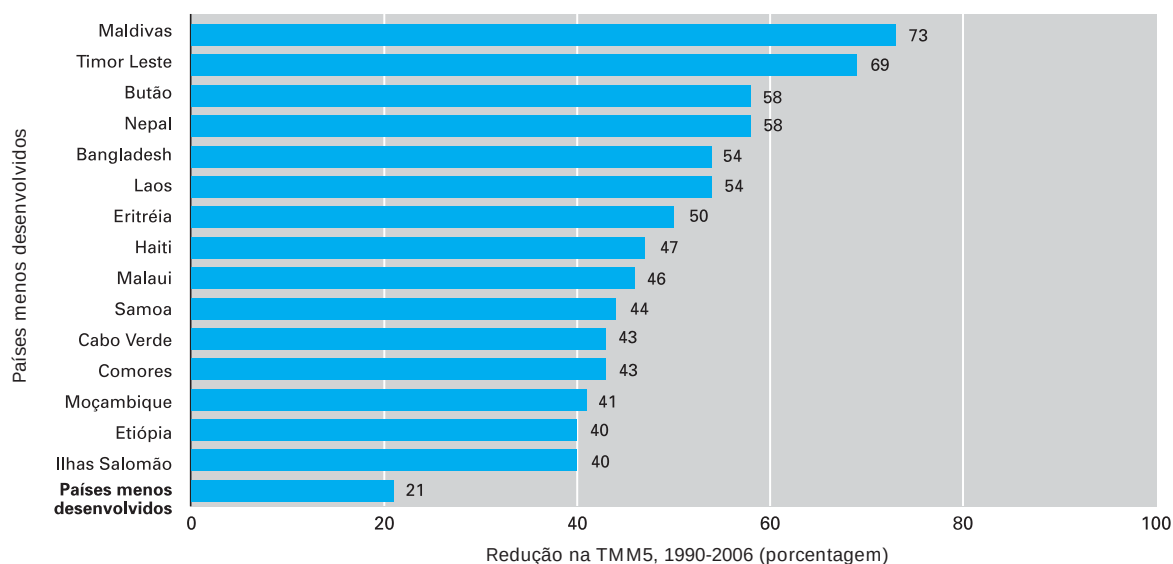
Progressos insuficientes – TMM5 igual ou superior a 40%; e TMAR observada de 1990 a 2006 entre 1,0% e 3,9%.

Nenhum progresso – TMM5 igual ou superior a 40%; e TMAR observada de 1990 a 2006 inferior a 1,0%.

Fonte: Estimativas do UNICEF com base no trabalho do Interagency Child Mortality Estimation Group (Grupo Interagências de Estimativas sobre Mortalidade na Infância).

Figura 1.7

Quase um terço dos 50 países menos desenvolvidos conseguiu reduzir suas taxas de mortalidade de menores de 5 anos em 40%, ou mais, desde 1990



Fonte: UNICEF, Organização Mundial da Saúde, Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas. Dados nacionais e regionais são apresentados nas Tabelas Estatísticas 1 e 10, páginas 144 e 150 deste relatório.

Principais causas associadas às mortes infantis

São bastante conhecidos os países e regiões que registram altos índices de morte de menores de 5 anos, e as principais causas associadas também já estão claramente identificadas.

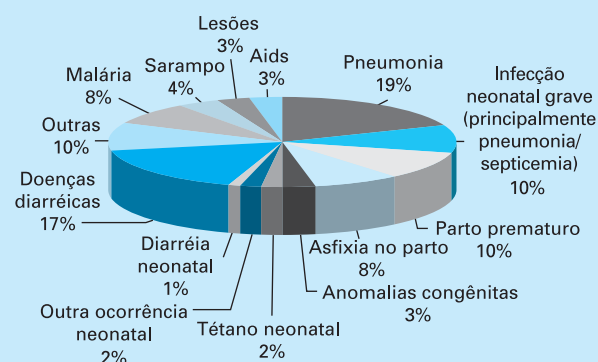
Quase 40% de todas as mortes de menores de 5 anos ocorrem durante o período neonatal – o primeiro mês de vida –, e são causadas por diversas complicações (*ver Destaque, página 4*). Dessas mortes neonatais, cerca de 26% – que representam 10% de todas as mortes de menores de 5 anos – são causadas por infecções graves. Uma proporção significativa dessas infecções é causada por pneumonia e sépsis (uma infecção bacteriana sanguínea grave, que também é tratada com antibióticos). Cerca de dois milhões de crianças menores de 5 anos morrem de pneumonia a cada ano – em termos globais, cerca de uma em cada cinco mortes. Além disso, cerca de um milhão de bebês morrem durante o período neonatal devido a infecções graves, que incluem a pneumonia. Apesar dos progressos realizados desde a década de 1980, doenças diarréicas são responsáveis por 17% das mortes de menores de 5 anos. Em conjunto, malária, sarampo e aids são responsáveis por 15% das mortes infantis.

A interação de muitas condições e doenças contribui para aumentar a mortalidade infantil, extrapolando o impacto individual de cada uma delas, sendo a subnutrição responsável por 50% das mortes de crianças. Água imprópria para o consumo, práticas de higiene precárias e saneamento inadequado não são responsáveis apenas pela permanente incidência de doenças diarréicas: são também

Figura 1.8

Distribuição global de mortalidade por causa específica entre crianças menores de 5 anos de idade

A subnutrição está envolvida em até 50% de todas as mortes de menores de 5 anos



Fonte: Organização Mundial da Saúde e UNICEF.

um fator que contribui de maneira significativa para as mortes de menores de 5 anos causadas por pneumonia, distúrbios neonatais e subnutrição.

Ver Referências, página 104.

redução da mortalidade infantil previsto para 2015. Cerca de 18% – ou 35 países – estão realizando progressos, porém a um ritmo insuficiente para atingir plenamente o ODM 4 dentro do prazo.

Causam maior preocupação os 27 países que realizaram muito poucos progressos desde 1990, ou cuja taxa de mortalidade de menores de 5 anos permanece estagnada ou aumentou desde 1990. Dos 46 países da África ao sul do Saara, apenas Cabo Verde, Eritréia e Seichelas estão em condições de atingir o ODM 4, e em cerca de 50% dos países não houve mudanças ou houve aumento nas taxas de mortalidade infantil desde 1990. Considerada em seu conjunto, a região conseguiu reduzir a mortalidade infantil em uma taxa média anual de apenas 1% no período de 1990 a 2006; e para que o ODM 4 seja alcançado, serão necessárias reduções de dois dígitos a cada ano até a data limite.⁵

Individualmente, os países enfrentam diferentes desafios com relação à sobrevivência infantil, os quais, sem dúvida, são maiores para uns do que para outros. No entanto, realizações notáveis sugerem que a geografia não constitui uma barreira a ações que podem salvar a vida das crianças. E o que talvez seja ainda mais importante, esses ganhos estão evidentes em alguns dos países mais pobres do mundo e através das regiões em desenvolvimento, como ilustra a Figura 1.7. Esses ganhos sugerem que progressos notáveis podem ser realizados, a despeito de obstáculos tais como localização geográfica ou condições socioeconômicas desfavoráveis, desde que sejam aproveitados, de maneira consciente, evidências, estratégias seguras, recursos suficientes, vontade política e orientação para resultados, visando à melhoria das condições de vida das crianças.

Figura 1.9

Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

Objetivo	Metas de Saúde	Indicadores de Saúde
OBJETIVO 1 Erradicar a pobreza e a fome extremas	Meta 2 Reduzir em 50%, entre 1990 e 2015, a proporção de pessoas que passam fome	Prevalência de baixo peso em crianças menores de 5 anos de idade Proporção da população que vive abaixo do nível mínimo de consumo de calorias provenientes da alimentação
OBJETIVO 4 Reduzir a mortalidade infantil	Meta 5 Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos Taxa de mortalidade de bebês Proporção de crianças com 1 ano de idade imunizadas contra sarampo
OBJETIVO 5 Melhorar as condições de saúde materna	Meta 6 Reduzir em 75%, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna	Taxa de mortalidade materna Proporção de partos assistidos por agentes de saúde capacitados
OBJETIVO 6 Combater HIV e aids, malária e outras doenças	Meta 7 Reduzir em 50% e reverter, até 2015, a disseminação de HIV e de aids	Prevalência de HIV entre gestantes de 15 a 24 anos de idade Taxa de utilização de preservativo na taxa de prevalência de contraceptivos Razão entre frequência escolar de órfãos e frequência escolar de não-órfãos entre 10 e 14 anos de idade
	Meta 8 Reduzir em 50% e reverter, até 2015, a incidência de malária e outras doenças importantes	Taxas de prevalência e de mortes associadas com a malária Proporção da população em áreas onde há risco de contrair malária que utiliza medidas eficazes de prevenção e tratamento Taxas de prevalência e de mortes associadas com tuberculose Proporção de casos de tuberculose detectados e curados com a Estratégia de Tratamento Diretamente Supervisionado (Dots)
OBJETIVO 7 Garantir a sustentabilidade ambiental	Meta 10 Reduzir, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável a água limpa e saneamento básico	Proporção da população que utiliza fonte de água de boa qualidade, tanto na área urbana como na área rural
	Meta 10 Atingir, até 2020, melhorias significativas para a vida de pelo menos 100 milhões de moradores de favelas	Proporção da população com acesso a saneamento de boa qualidade, tanto na área urbana como na área rural
OBJETIVO 8 Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento	Meta 17 Em cooperação com indústrias farmacêuticas, oferecer acesso a medicamentos essenciais de baixo custo nos países em desenvolvimento	Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais de baixo custo, em uma base sustentável

Fonte: Adaptado a partir de World Health Organization, *Health and the Millenium Development Goals*, OMS, Genebra, 2005, p. 11.

Pneumonia: o matador de crianças que ficou no esquecimento

A pneumonia mata mais crianças do que qualquer outra doença – mais do que a aids, a malária e o sarampo juntos. É uma causa importante de mortes infantis em todas as regiões. Crianças com pneumonia podem apresentar uma ampla diversidade de sintomas, dependendo da idade e da causa da infecção. Sintomas comuns incluem respiração acelerada ou difícil, tosse, febre, arrepios, dor de cabeça, perda de apetite e chiado. Em bebês muito novos, casos graves de pneumonia podem causar convulsões, hipotermia, letargia e problemas na alimentação.

Na infância, a pneumonia e a malária apresentam condições semelhantes em termos de sintomas, da exigência de cuidados eficazes e da viabilidade de prestação de atendimento na comunidade. De fato, especialmente no caso de crianças muito pequenas, pode ser impossível afirmar se febre alta, tosse e respiração acelerada são sintomas de pneumonia ou de malária, e nesses casos a criança freqüentemente recebe tratamento para as duas doenças. Quando uma criança desenvolve pneumonia, um cuidador deve reconhecer os sintomas e buscar imediatamente os cuidados adequados.

Crianças saudáveis têm defesas naturais que protegem seus pulmões contra os agentes patogênicos que causam a pneumonia. Crianças subnutridas, especialmente as que não são alimentadas exclusivamente com leite materno ou que consomem zinco em proporções inadequadas, ou aquelas cujo sistema imunológico está comprometido estão mais propensas a desenvolver pneumonia. Crianças que sofrem de outras doenças, como sarampo, ou crianças que vivem com HIV têm maior probabilidade de contrair pneumonia. Fatores ambientais, como convivência em lares superlotados e exposição à fumaça do cigarro dos pais ou a poluição do ar dentro de casa, também podem ter um papel no aumento da suscetibilidade da criança à pneumonia e a suas conseqüências.

A prevenção é tão importante quanto a cura na redução das mortes infantis causadas pela pneumonia. As medidas

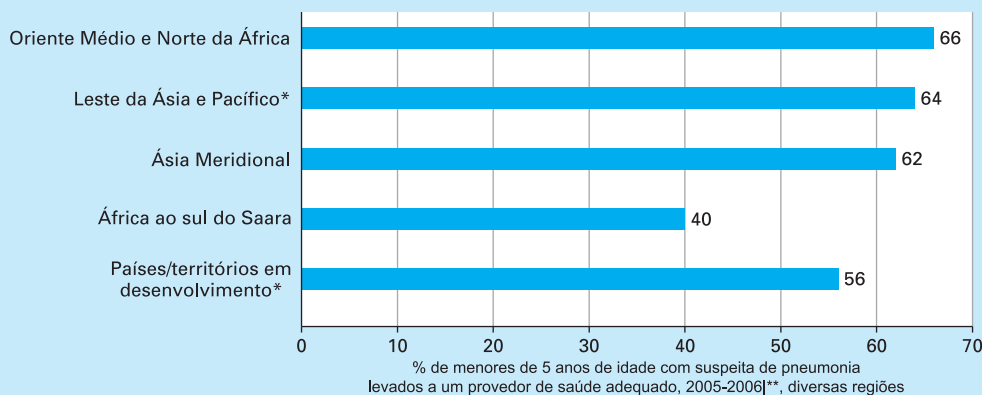
preventivas mais importantes para a criança são nutrição adequada – inclusive aleitamento materno exclusivo, suplementação de vitamina A e ingestão de zinco –, redução da poluição do ar dentro de casa e aumento das taxas de imunização, por meio de vacinas que podem ajudar a evitar que a criança desenvolva infecções que levam diretamente à pneumonia, tais como *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), e de imunizações que evitam infecções que podem levar à pneumonia como complicação – por exemplo, sarampo e coqueluche. Vacinas para proteger contra o *Streptococcus pneumoniae* – a causa mais comum de pneumonia grave entre crianças no mundo em desenvolvimento – estarão cada vez mais disponíveis para bebês e crianças pequenas.

No mundo em desenvolvimento, é grande a proporção dos casos de pneumonia grave em crianças que são causados por bactérias – principalmente *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae*. Esses casos podem ser tratados de maneira eficaz em casa, com antibióticos de baixo custo, desde que as famílias e os cuidadores sigam a orientação recebida e façam o tratamento corretamente, inclusive retornando para solicitar ajuda, caso seja necessário. Garantidas essas condições, evidências registradas através dos países em desenvolvimento sugerem que o gerenciamento da pneumonia baseado na comunidade pode ser muito eficaz. Uma meta-análise de resultados de nove estudos realizados em sete países, entre os quais a Tanzânia, que investigaram o impacto do gerenciamento da pneumonia baseado na comunidade revelaram reduções substanciais não só na mortalidade causada pela pneumonia, mas também na mortalidade infantil de maneira geral. Experimentos resultaram em uma redução de 26% nas taxas de mortalidade em geral e de 37% no número de mortes causadas pela pneumonia.

Ver Referências, página 104.

Figura 1.10

Mais de 50% das crianças menores de 5 anos com suspeita de pneumonia são levadas a um provedor de cuidados de saúde adequado



Além disso, é possível alcançar rapidamente melhorias dramáticas nas taxas de mortalidade infantil e nas condições de saúde das crianças. Desde 1990, mais de 60 países conseguiram reduzir em 50% suas taxas de mortalidade de menores de 5 anos.

Os progressos em direção a outros ODM relacionados à saúde são pouco claros

Embora a realização de avanços em todos os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio seja importante para a sobrevivência e o bem-estar da criança, os ODM 1, 5, 6, 7 e 8 têm metas que afetam diretamente a saúde da criança, assim como o ODM 4. Os progressos nas áreas visadas por esses objetivos poderiam ter um efeito dramático sobre a vida e as perspectivas da criança.

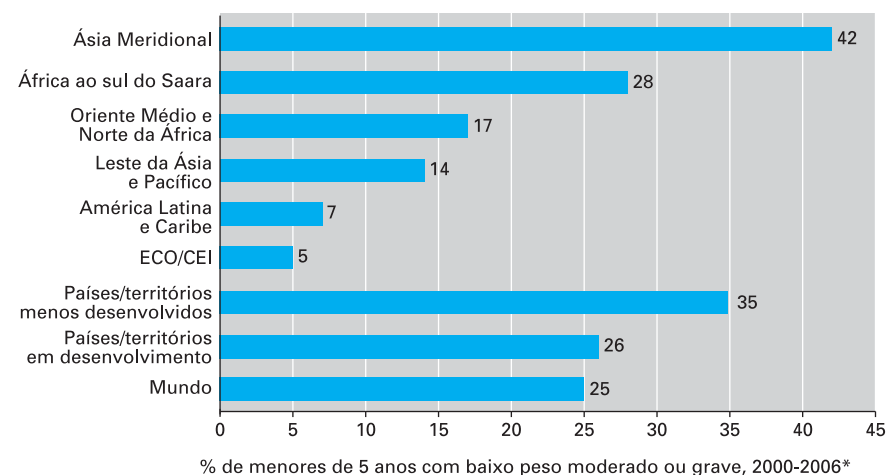
Melhorando o *status* nutricional (ODM 1)

A subnutrição é o principal fator subjacente responsável por 50% das mortes de crianças menores de 5 anos. A melhoria das condições de nutrição e a realização do ODM 1, que visa reduzir a pobreza e a fome, contribuiriam para evitar mortes infantis devidas a diarreia, pneumonia, malária, HIV e sarampo, e ajudariam a reduzir a mortalidade neonatal. Em outras palavras, a melhoria das condições de nutrição da mãe e da criança constitui um pré-requisito para a realização do ODM 4.

No entanto, os indicadores-padrão utilizados para medir o ODM 1 não revelam a real extensão da subnutrição em meio às crianças dos países em desenvolvimento. Um dos indicadores focaliza a fome, medida pela proporção de crianças menores de 5 anos que estão abaixo do peso, mas capta apenas uma dimensão de nutrição. Por exemplo, uma criança pode morrer devido a um sistema imunológico debilitado pela falta de vitamina A,

Figura 1.11

Ásia Meridional registra o nível mais elevado de subnutrição entre as regiões



* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis para o período especificado

Fonte: Pesquisas de Demografia e Saúde, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, Organização Mundial da Saúde e UNICEF. Dados nacionais e regionais são apresentados na Tabela Estatística 2, p. 118 deste relatório.

ainda que não aparente sofrer de fome ou estar abaixo do peso.

A nutrição adequada deve começar durante a gravidez e deve continuar após o nascimento. O aleitamento materno imediato e exclusivo constitui a melhor fonte de nutrição para a criança, fornecendo-lhe aconchego físico e fortalecendo seu sistema imunológico. Micronutrientes tais como ferro, vitamina A e iodo também podem exercer um impacto profundo sobre o desenvolvimento da criança e a saúde da mãe. Em casos de subnutrição aguda grave, são recomendados alimentos terapêuticos específicos. Embora esses remédios sejam altamente eficazes e de baixo custo, ainda não são acessíveis para milhões de mulheres e crianças, ou ainda não foram adotados por elas. Nos países em desenvolvimento, mais de 50% das famílias não consomem sal iodado; mais de 60% dos bebês não foram alimentados exclusivamente com leite materno durante seus primeiros seis meses de vida; e em 2005, 28% deles deixaram de receber a cobertura

completa (duas doses) de suplementação de vitamina A.

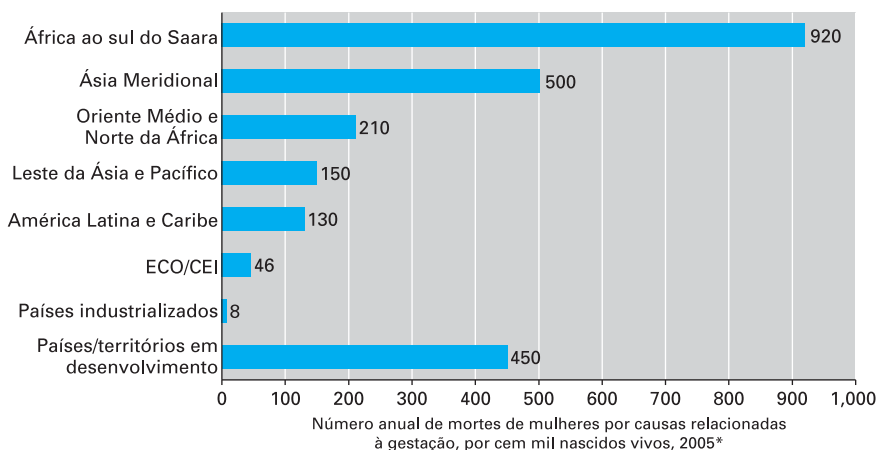
Melhorando a saúde materna (ODM 5)

Para reduzir a mortalidade infantil, é fundamental melhorar as condições de saúde das gestantes e das mulheres que são mães pela primeira vez. A cada ano, mais de meio milhão de mulheres morrem devido a causas relacionadas à gravidez, e é ainda maior o número de mulheres que sofrem efeitos debilitantes de longa duração, como fístulas, que poderiam ser facilmente evitados por meio de cuidados maternos adequados. Além disso, a melhoria das condições de saúde da mãe tem importância vital para as perspectivas de sobrevivência da criança. As evidências indicam que uma criança sem mãe está mais propensa a morrer antes de completar 2 anos de idade do que bebês cujas mães sobrevivem.⁶

A melhoria das condições de saúde da gestante e o provimento de serviços de qualidade na área de saúde reprodutiva constituem ações essenciais para a

Figura 1.12

A probabilidade de morte materna é muito mais elevada nos países em desenvolvimento do que nos países industrializados

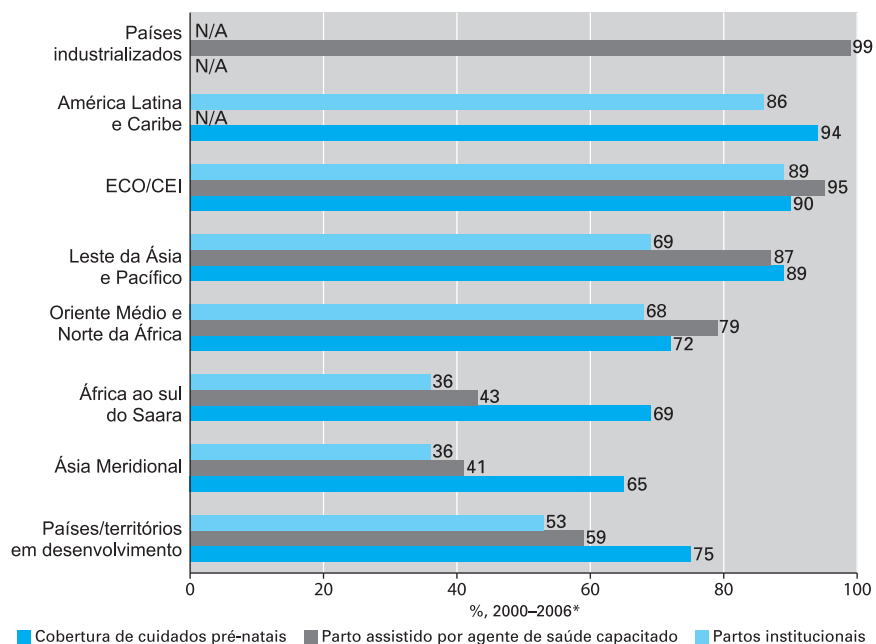


* Estas estimativas refletem ajustes periódicos nos dados realizados por UNICEF, OMS, UNFPA e Banco Mundial, para incluir problemas conhecidos referentes a mortes maternas não relatadas ou classificadas de maneira inadequada, e para desenvolver estimativas para países que não dispõem de dados. Consequentemente, podem diferir significativamente das estimativas relatadas pelos países.

eliminação de muitas causas subjacentes à mortalidade infantil. A nutrição deficiente de mulheres pode resultar em partos prematuros e em bebês com baixo peso ao nascer. Consultas a agentes de saúde capacitados ou a visita desses profissionais durante a gravidez são ações que podem ajudar a evitar partos prematuros e tétano neonatal, quase sempre fatal. A presença de um atendente capacitado no momento do parto, contando com o apoio de cuidados obstétricos de emergência, reduz o risco de morte materna e ajuda a evitar e tratar infecções e complicações. Os cuidados pós-natais têm um papel central no sentido de estimular as novas mães a amamentar seus bebês, para as ações de ressuscitação de recém-nascidos, quando necessário, e para evitar hipotermia e pneumonia.

Figura 1.13

Na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara, baixos níveis de cuidados maternos contribuem para altas taxas de morte materna



* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis para o período especificado.
Cobertura de cuidados pré-natais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade atendidas pelo menos uma vez durante a gestação por pessoal de saúde capacitado (médicos, enfermeiros ou parteiros).
Parto assistido por atendentes de saúde capacitados – Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (médicos, enfermeiros ou parteiros).
Partos institucionais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que deram à luz em um centro de saúde nos dois anos que precederam a pesquisa.

Fonte: Tabela 8, p. 142 deste relatório.

Apesar da importância da saúde materna, os dados disponíveis refletem, lamentavelmente, a inadequação do acesso aos serviços de saúde. Através dos países e territórios, uma em cada quatro mulheres não recebe nenhum tipo de cuidado pré-natal, e mais de 40% das mulheres têm seus bebês sem a assistência de um atendente capacitado.

Combatendo a aids, a malária e outras doenças importantes (ODM 6)

O sexto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 6) focaliza a redução das cargas imensas provocadas pelo HIV e pela aids, pela malária e por outras doenças importantes. Embora poucos indicadores estejam centrados especificamente na criança, podem ser profundos os impactos diretos e indiretos que doenças importantes exercem sobre ela. Entre os bebês infectados com HIV, 50% morrerão antes de completar 2 anos de idade,⁷ e mais de 15 milhões de crianças menores de 18 anos perderam um de seus progenitores, ou ambos,

devido à aids ou a causas relacionadas a ela. A malária é responsável por 8% das mortes de crianças menores de 5 anos, e o sarampo, por outros 4%.

HIV e aids

Em todas as partes do mundo, 2,3 milhões de crianças menores de 15 anos de idade vivem com o HIV; e em 2005, 530 mil crianças foram infectadas com o vírus – em sua maioria, por meio de transmissão de mães para filhos. As meninas estão particularmente sujeitas a contrair HIV, devido não só à sua fisiologia, mas também em função do desequilíbrio de poder social e cultural em suas relações com homens e meninos. A prevenção de novas infecções constitui a primeira linha de defesa contra a aids. É também a melhor maneira de proteger a próxima geração.

Quando uma gestante é infectada com o HIV, existe uma probabilidade de 35% de transmissão do vírus para seu bebê ainda durante a gestação, no momento do parto ou por meio do aleitamento materno, a menos que seja empreendida alguma intervenção.⁸ A terapia com medicamentos anti-retrovirais pode reduzir sensivelmente as chances de transmissão, e é essencial para conter o avanço das taxas de mortalidade infantil em países nos quais a aids atingiu níveis epidêmicos. Com os medicamentos adequados e contando com os cuidados necessários, bebês com HIV podem ter sua saúde preservada indefinidamente, embora ainda sejam desconhecidas suas perspectivas de sobrevivência no longo prazo.⁹ Mesmo assim, apesar dos evidentes benefícios da terapia com medicamentos e de seu custo relativamente baixo, em 2005, apenas 11% das gestantes com HIV que vivem em países de média e baixa renda estavam sendo atendidas com serviços destinados à prevenção da transmissão do vírus para seus bebês recém-nascidos. Estimativas preliminares para 2006, que ainda não haviam sido

© UNICEF/HQ06-2770/Bruno Bioni



A malária debilita e mata muitas crianças todos os anos. Uma mãe dorme ao lado de seu bebê, sob mosquiteiro tratado com inseticida, Costa do Marfim.

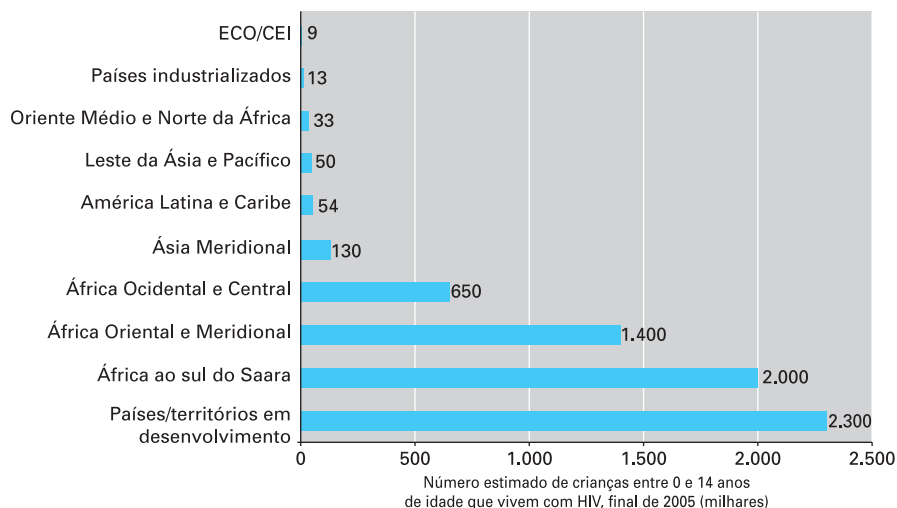
divulgadas no momento da produção deste relatório, indicam que as taxas de cobertura subiram para 20% naquele ano.¹⁰ A imensa maioria dessas mulheres vive nos países africanos ao sul do Saara.

Malária

A malária é responsável por mais de um milhão de mortes a cada ano, e crianças menores de 5 anos de idade representam cerca de 80% dessas mortes.¹¹ A gestante e seu futuro bebê

Figura 1.14

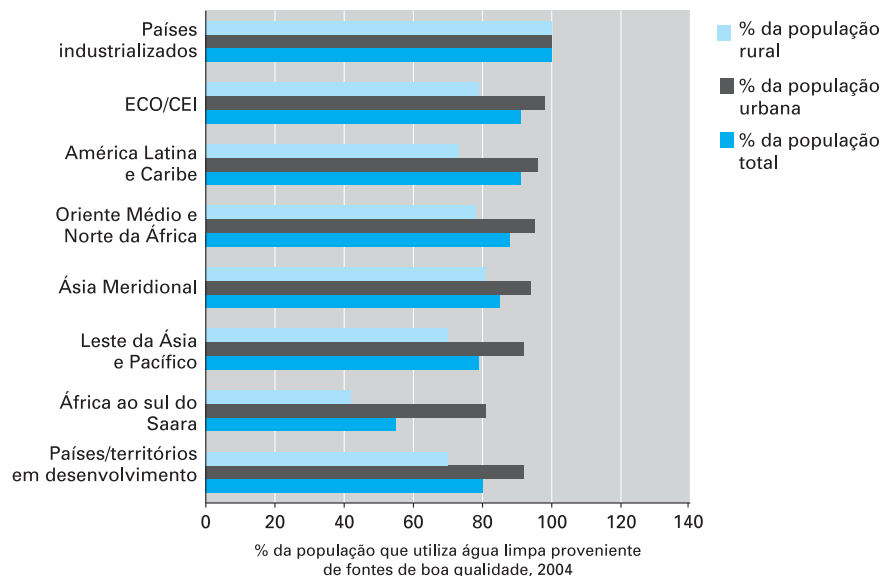
A África ao sul do Saara responde por quase 90% das infecções pediátricas por HIV



Fonte: Unaid, Report on the Global Aids Epidemic, 2006.

Figura 1.15

Aproximadamente 80% do mundo em desenvolvimento têm acesso a água limpa proveniente de fontes de boa qualidade



são particularmente vulneráveis a essa doença, que constitui uma causa importante de baixo peso ao nascer, anemia e morte de bebês.

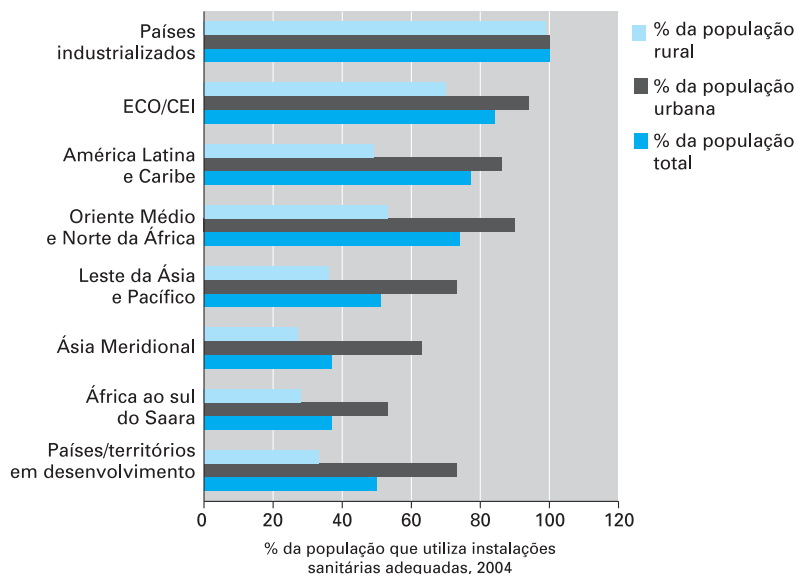
Apenas na África ao sul do Saara, mais de duas mil crianças menores de 5 anos morrem de malária.¹² Aquelas que sobrevivem podem ter o desenvolvimento físico e mental comprometido por episódios de febre e anemia.

A prevenção e o tratamento da malária requerem diversas intervenções básicas, que incluem dormir sob mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) e o fornecimento de medicamentos antimaláricos para gestantes e crianças que apresentem sinais evidentes da doença. Embora tenha como referência uma base pequena, a cobertura de MTI vem aumentando rapidamente, em parte devido a um aumento de dez vezes no financiamento internacional para o controle da malária. Os dados sobre tendências na África ao sul do Saara mostram um aumento na utilização de MTI em todos os países; e em 16 dos 20 países para os quais há dados disponíveis, as taxas de cobertura tiveram um aumento de três vezes desde 2000. No entanto, a despeito desses ganhos recentes, os níveis de cobertura, de maneira geral, ainda são baixos, e a maioria dos países está longe de alcançar os objetivos globais referentes à malária.

Na África ao sul do Saara, apenas pouco mais de um terço das crianças que têm a febre usa medicamentos antimaláricos. Além disso, vem aumentando a resistência a medicamentos antimaláricos já estabelecidos. Uma alternativa de impacto potencial no tratamento é uma terapia que associa drogas à base de artemisina, ou TCA. Sendo um tratamento seguro, eficaz e de ação rápida contra problemas causados pela malária que são resistentes a outros medicamentos, a TCA também ajuda a evitar a reincidência da doença.¹³

Figura 1.16

Apenas 50% da população no mundo em desenvolvimento têm acesso a condições adequadas de saneamento



Fonte: UNICEF, OMS, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos e Pesquisas de Demografia e Saúde.

Ampliando a utilização de água limpa e saneamento básico (ODM 7)

De acordo com os dados mais recentes, o mundo, como um todo, está a caminho de atingir a meta de ODM referente a água limpa, havendo apenas 23 países que ainda estão atrasados. Entretanto, os progressos em direção a melhores condições de saneamento foram insuficientes, e 41 países têm poucas chances de atingir o objetivo.¹⁴

Nos países em desenvolvimento, uma em cada cinco pessoas não usa água limpa, e aproximadamente 50% da população não dispõe de condições de saneamento adequadas. As consequências freqüentemente são fatais. Em todas as partes do mundo, estima-se em quase dois milhões o número de crianças menores de 5 anos de idade que morrem a cada ano devido a diarreia; em muitos países, chega a cerca de 20% a proporção de mortes infantis cuja causa primária é a diarreia.¹⁵ Estima-se em 88% a proporção de mortes por diarreia que podem ser atribuídas a práticas de higiene precárias, abastecimento inseguro de água para beber e acesso inadequado a instalações de saneamento.¹⁶

Acelerando os progressos em direção aos ODM relacionados à saúde

As intervenções básicas necessárias para enfrentar as principais causas de mortes de crianças estão claramente estabelecidas e admitidas. De fato, as pesquisas revelam que apenas cerca de 1% das mortes de crianças menores de cinco anos tem causas desconhecidas, e que dois terços delas são perfeitamente evitáveis.¹⁷

Entre os serviços e práticas mais básicos, e importantes, estão: atendentes capacitados para dar apoio no momento do parto e cuidados ao recém-nascido; cuidados



O acesso a instalações de saneamento adequadas ajuda a combater a diarreia, uma causa freqüente de morte de crianças em todas as partes do mundo. *Boas práticas e higiene na escola, Filipinas.*

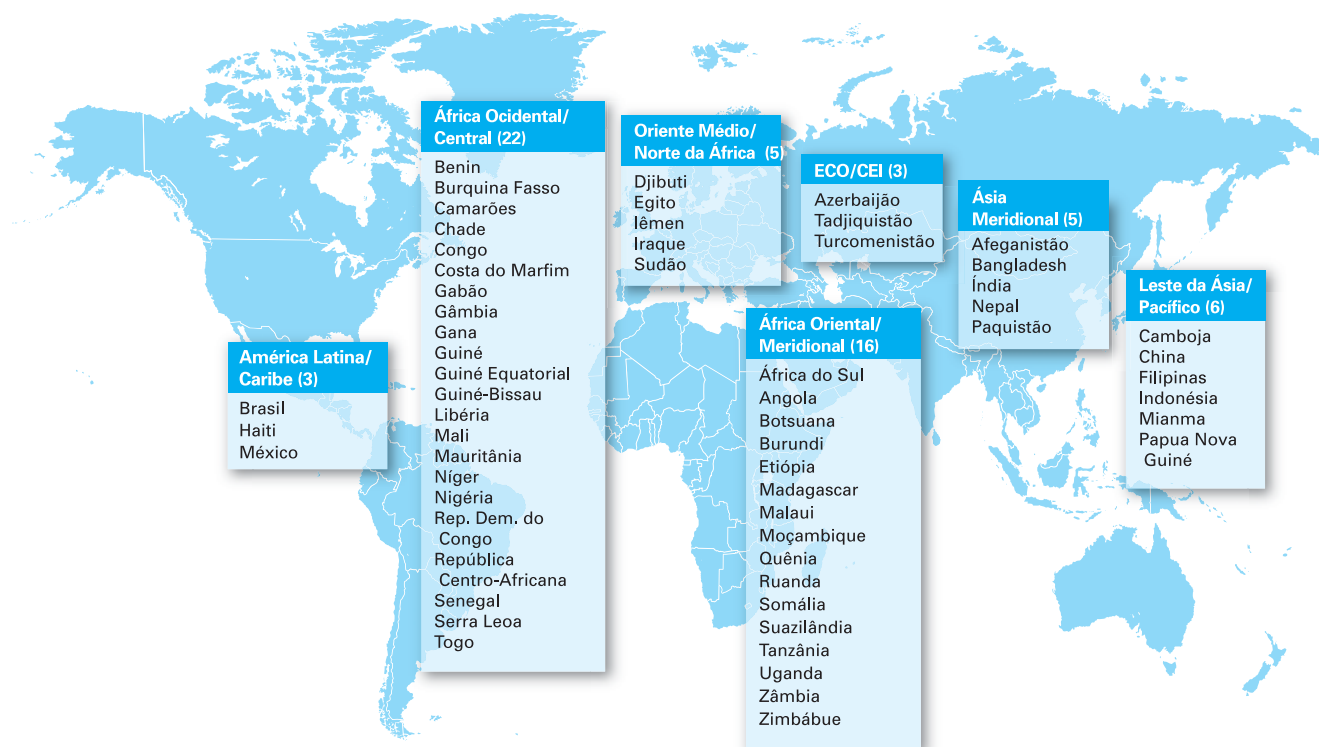
para bebês com baixo peso ao nascer; promoção da higiene; prevenção de transmissão do HIV da mãe para o bebê e tratamento pediátrico para a aids; nutrição adequada, especialmente na forma de aleitamento materno imediato e exclusivo durante os primeiros seis meses de vida; alimentação complementar, associada a amamentação contínua por pelo menos mais dois anos; suplementação de micronutrientes para reforçar os sistemas imunológicos; imunização para proteger a criança contra as seis principais doenças que podem ser evitadas por meio de vacinas; terapia de reidratação oral e zinco para combater doenças diarreicas; antibióticos para tratar a pneumonia; e mosquiteiros tratados com inseticidas e medicamentos eficazes para evitar e tratar a malária.¹⁸

Embora tenham sido registrados avanços até este momento, a implementação dessas soluções

aparentemente simples mostrou-se muito mais difícil do que os especialistas poderiam supor no início da revolução pela sobrevivência infantil, e os resultados foram um tanto enganosos. Progressivamente, a comunidade do desenvolvimento vem-se unindo em torno de diversas prioridades, organizadas segundo as categorias apresentadas a seguir, que podem fornecer o impulso necessário para o cumprimento dos ODM relacionados à saúde:

- Centrar esforços em 60 países nos quais é mais pesada a carga da mortalidade infantil.
- Prover cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças, por meio de da associação de intervenções, implementadas em momentos críticos do ciclo de vida.
- Fortalecer os sistemas de saúde e as parcerias nas comunidades.

Sobrevivência infantil: os 60 países prioritários na Contagem Regressiva para 2015



Fonte: Countdown to 2015, *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 report*, UNICEF Health Section, Nova Iorque, 2006, p. 37.

Como será demonstrado nas próximas seções, já estão em curso ações voltadas para a primeira prioridade. Há progressos com relação à segunda prioridade, porém outras ações ainda são necessárias. Quanto à terceira prioridade, a despeito de muitos projetos-piloto e de programas já testados, novas providências devem ser implementadas com urgência.

Prioridade 1: Centrar esforços em 60 países nos quais é mais pesada a carga da mortalidade infantil.

Em 2003, diante da preocupação com o atraso na agenda dos avanços relacionados à sobrevivência infantil, um grupo de especialistas atuantes em diferentes áreas da saúde infantil reuniu-se em um *workshop* para discutir sobrevivência infantil, realizado em Bellagio, na Itália, sob o patrocínio

da Fundação Rockefeller. Naquele mesmo ano, o Grupo de Sobrevivência Infantil de Bellagio publicou uma série de artigos no jornal médico inglês *The Lancet*, tratando da sobrevivência e da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. Na série, denominada “A Sobrevivência da Criança”, os artigos ajudaram a aumentar a consciência sobre o problema e incitaram ações imediatas para colocar conhecimentos em prática. O trabalho do grupo vem tendo continuidade por meio de uma nova coalizão de cientistas, formuladores de políticas, ativistas e administradores de programas de saúde, que participam da Contagem Regressiva para 2015: Acompanhando Progressos na Mortalidade de Mães, Bebês e Crianças. A iniciativa Contagem Regressiva vem patrocinando uma série de conferências que tiveram início em

dezembro de 2005, e que serão realizadas aproximadamente a cada dois anos até 2015 (a próxima ocorrerá em 2008, na Cidade do Cabo, na África do Sul).¹⁹

A Contagem Regressiva reúne dados sobre os progressos realizados pelos países à medida que ampliam a cobertura de intervenções comprovadamente eficazes para a redução do número de mortes de crianças menores de 5 anos. Houve um reconhecimento imediato de que, embora fossem necessários progressos mais rápidos em todas as regiões do mundo, deveriam receber prioridade os países que registravam o maior número de mortes infantis ou as taxas mais elevadas de mortalidade de menores de 5 anos. Com esse objetivo, em 2005, os parceiros da Contagem Regressiva – entre eles, o UNICEF – identificaram

Cuidados de saúde continuados para mães, recém-nascidos e crianças, através do tempo e em todos os lugares

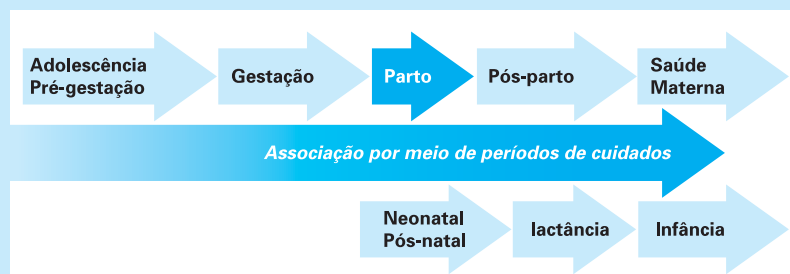
Cuidados continuados voltados à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança enfatizam a inter-relação entre subnutrição e a morte de mães, recém-nascidos e crianças. Esses cuidados continuados envolvem atenção a duas dimensões relacionadas à oferta de pacotes de serviços básicos de cuidados de saúde essenciais:

- **Tempo:** a necessidade de garantir serviços essenciais para a mãe e a criança durante a gestação, no momento do parto, no período neonatal, na lactância e na primeira infância (ver Figura 1.19). O foco sobre este elemento é justificado pelo reconhecimento de que o período do nascimento – antes, durante e após o parto – é o momento em que a mãe e a criança enfrentam os maiores riscos de mortalidade e morbidade.
- **Lugar:** conectando a prestação de serviços essenciais em um sistema de cuidados básicos de saúde dinâmico, que integre a família, a comunidade, cuidados de longo alcance e cuidados baseados na comunidade (ver Figura 1.19). A motivação para esse foco é o reconhecimento de que diferenças na prestação de serviços de saúde muitas vezes são mais prevalentes nos lugares em que os cuidados são mais necessários – a família e a comunidade.

O conceito de cuidados continuados surgiu do reconhecimento de que as mortes de mães, de recém-nascidos e de crianças compartilham com a subnutrição diversas causas estruturais semelhantes e inter-relacionadas, que incluem fatores tais como: insegurança alimentar, analfabetismo de mulheres, gravidez precoce e bebês com problemas, inclusive baixo peso ao nascer; práticas alimentares inadequadas, falta de higiene e de acesso a água limpa e a instalações de saneamento adequadas; exclusão de serviços de saúde e nutrição em função de pobreza, marginalização geográfica ou política; e serviços de saúde e nutrição carentes de recursos, ineficazes e culturalmente inadequados.

O conceito de cuidados continuados também reflete lições aprendidas a partir de evidências e experiências na área de saúde materna, de recém-nascidos e de crianças ao longo das últimas décadas. No passado, programas de maternidade segura e de sobrevivência infantil frequentemente eram operados de maneira isolada, o que resultava em desconexões no atendimento, que afetavam a mãe e o recém-nascido. Atualmente, existe o reconhecimento de que a associação de intervenções específicas em momentos críticos gera múltiplos benefícios. A conexão de intervenções na forma de pacotes também pode aumentar sua eficácia e melhorar sua relação custo-benefício. A integração de serviços pode estimular sua utilização e abre oportunidades para o aumento da cobertura. O foco primário está voltado para a

Figura 1.18
Associando cuidados de saúde continuados para a mãe, o recém-nascido e a criança



Fonte: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html, acessado em 30 de setembro de 2007.

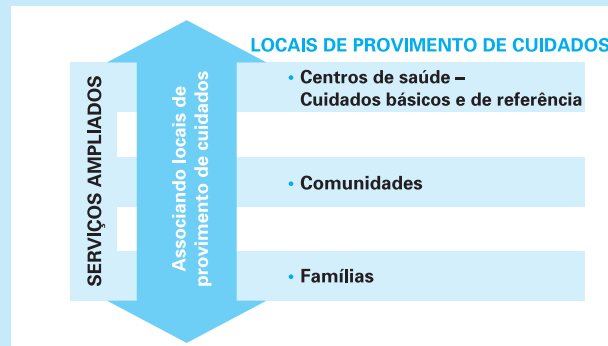
cobertura universal de intervenções essenciais ao longo do ciclo de vida, em um sistema integrado de cuidados básicos de saúde.

O impacto que se espera de uma ampla cobertura de cuidados de saúde contínuos pode ser profundo. Na África ao sul do Saara, cuidados continuados atendendo a 90% das mulheres e dos recém-nascidos poderiam evitar dois terços das mortes de recém-nascidos, poupando 800 mil vidas a cada ano.

O paradigma vem sendo adotado progressivamente em políticas e programas internacionais de saúde pública, e constitui a base do trabalho realizado pela Parceria pela Saúde Materna, do Recém-nascido e da Criança (ver detalhes sobre a Parceria no Capítulo 2, página 43).

Ver Referências, página 104.

Figura 1.19
Associando cuidados entre família e centros de saúde para reduzir mortes de mães, recém-nascidos e crianças



Fonte: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html, acessado em 30 de setembro de 2007.

60 países prioritários para a implementação de iniciativas pela sobrevivência infantil, com base em dois critérios: países com mais de 50 mil mortes de crianças menores de 5 anos e países com taxa anual de mortalidade de menores de 5 anos de pelo menos 90 por mil nascidos vivos. Em 2005, esses 60 países registraram 93% de todas as mortes de menores de 5 anos em todo o mundo. Desses países, apenas sete – Bangladesh, Brasil, Egito, Filipinas, Indonésia, México e Nepal – estão em condições de atingir o ODM 4. Em contraste, 19 dos países prioritários precisarão conseguir

reduções anuais de 10% ou mais para atingir a meta de 2015.²⁰

Prioridade 2: Prover cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças, por meio da associação de intervenções, implementadas em momentos críticos do ciclo de vida.

Foram alcançados resultados impressionantes por alguns programas de saúde infantil que têm como foco doenças e condições específicas. Essas intervenções ‘verticais’, como são conhecidas, normalmente são basicamente eventos únicos ou direcionados a uma doença específica,

tais como campanhas de imunização que cobrem uma única doença. Lições extraídas do passado, exploradas mais detalhadamente no Capítulo 2, mostram que esses programas são adequados a doenças específicas, fornecendo os cuidados mais abrangentes necessários para o atendimento da mãe, do recém-nascido e da criança. Experiências mais recentes sugerem que até mesmo maiores progressos seriam possíveis se essas intervenções destinadas a salvar vidas fossem combinadas em ‘pacotes’ de cuidados e administradas em momentos críticos do ciclo de vida.

Saúde infantil em emergências complexas

O atendimento às necessidades de saúde de crianças, mulheres e famílias impõe desafios consideráveis em tempos de paz. Esses desafios ganham dimensões muito maiores em situações de emergência, sejam elas naturais ou provocadas pelo homem. E é nesses contextos que o provimento de serviços às populações, de maneira geral, e à criança, em particular, é especialmente importante. De fato, uma parcela significativa das crianças que neste momento não são alcançadas pelas intervenções existentes vive em países nos quais a prestação de serviços de saúde foi gravemente comprometida. Entre 1989 e 2000, foram registrados 110 conflitos, dos quais 103 foram guerras civis, muitas delas com longa duração, acompanhadas pelo colapso das instituições e pela violência direta contra civis. Neste momento, mais de 40 países – sendo 90% deles nações de baixa renda – enfrentam conflitos armados. A edição de 2006 do Relatório sobre Ações Humanitárias, produzido pelo UNICEF, destacou 29 situações de emergência que afetam crianças e mulheres.

Uma emergência complexa é definida, de maneira ampla, como uma situação que envolve conflito armado, deslocamento populacional e/ou insegurança alimentar, provocando aumentos nas taxas de mortalidade e de desnutrição. Em sua maioria, as principais causas de mortalidade infantil em situações de emergência são as mesmas identificadas como as principais responsáveis por mortes de crianças de maneira geral. Entre elas, estão sarampo, malária, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e desnutrição. Essas condições são agravadas pela ocorrência de outras doenças transmissíveis, como meningite, e deficiências nutricionais que podem contribuir decisivamente para a mortalidade e a morbidade infantis. Por exemplo, as taxas de mortalidade infantil mais elevadas em meio a populações refugiadas tendem a ocorrer entre crianças menores de 5 anos de idade.

As taxas de mortalidade infantil normalmente são mais altas durante a fase aguda de uma emergência complexa.

Em contraste, em condições pós-emergência, quando as crianças permaneceram por longos períodos em acampamentos estáveis para refugiados, a mortalidade infantil pode ser mais baixa em meio à população refugiada do que entre as crianças residentes em regiões vizinhas. Entre os obstáculos ao provimento de cuidados de saúde para crianças em emergências complexas estão acesso limitado, barreiras culturais, insegurança, limitações em recursos tais como medicamentos e suprimentos, e falta de comunicação entre as diversas organizações que provêm alívio.

A liderança e o envolvimento da comunidade são especialmente críticos nesses contextos. Ao contrário do que se supõe – que, em situações de crise, as comunidades tornam-se frágeis e tendem a fragmentar-se sob o estresse da guerra, da escassez de alimentos ou do deslocamento em massa –, as pesquisas sugerem cada vez mais que quase sempre é possível alguma forma de mobilização comunitária, e que elementos importantes da comunidade permanecem intactos, e chegam mesmo a ganhar importância em situações de pressão. Evidências identificadas na Etiópia, em Malaui e no Sudão Meridional, focalizando os desafios de tratar desnutrição grave em emergências complexas, demonstram que o sucesso de uma intervenção depende criticamente do envolvimento de pessoas específicas da comunidade – como líderes tradicionais, professores e agentes comunitários de saúde –, além de organizações comunitárias, redes de voluntários e organizações de mulheres. Adicionalmente, o envolvimento de profissionais da área da saúde conhecidos também pode ser importante, uma vez que, em muitos casos, são os primeiros a ser consultados quando as pessoas procuram ajuda e, portanto, podem desempenhar um papel fundamental na identificação de crianças com quadro de desnutrição grave em início.

Ver Referências, página 105.

Quando implementadas de maneira integrada e na forma de pacotes, intervenções já testadas e de baixo custo – por exemplo, imunização e complementação de vitamina A – são eficazes, e garantem também cuidados mais abrangentes para as crianças atendidas. Recentemente, verificou-se que um pacote de 16 intervenções já testadas poderia evitar até 72% das mortes de recém-nascidos. Essas intervenções incluem imunização contra o toxóide tetânico, presença de atendentes capacitados no momento do parto, acesso a cuidados obstétricos, aleitamento materno imediato e exclusivo, o cuidado de secar o recém-nascido e mantê-lo aquecido, acesso a procedimentos de ressuscitação, quando necessário, cuidados especiais para bebês com baixo peso ao nascer e tratamento de infecções.²¹

A determinação do momento para a implementação conjunta dessas intervenções pode ser crucial. Mais de 50% das mortes de mães e de recém-nascidos ocorrem no momento do parto e durante os primeiros poucos dias de vida, mas esse é também o período em que a cobertura de serviços é mais restrita. Para ter eficácia, uma sequência contínua de cuidados (ver *Destaque, página 17*) conecta pacotes de saúde essenciais destinados à mãe, ao recém-nascido e à criança ao longo da gravidez, no momento do parto, no período pós-natal, durante a lactância e através da infância e da adolescência. A vantagem é que cada etapa é construída a partir do sucesso na etapa anterior. Por exemplo, o fornecimento de serviços integrados para meninas adolescentes significa redução no número de gestações indesejadas ou inoportunas. Consultas com profissionais da área da saúde podem evitar problemas durante a gravidez e melhoram os cuidados prestados às mulheres no momento do parto. Cuidados especializados antes, durante e depois do parto reduzem o risco de morte ou de incapacitação para a mãe

e o bebê. O provimento de cuidados continuados para a criança é um apoio ao seu direito à saúde. Quando são eficazes, cuidados continuados também compensam falhas no atendimento em casa, na comunidade, no centro de saúde ou no hospital. Bebês com asfixia, sépsis ou complicações de nascimento devidas a parto prematuro podem morrer no prazo de algumas horas, ou mesmo de alguns minutos, caso não recebam atendimento adequado. Uma vez que mais de 60 milhões de mulheres no mundo em desenvolvimento dão à luz em casa,²² é fundamental que um atendente de saúde capacitado esteja presente no momento do parto, contando com a retaguarda de uma clínica de saúde local ou de outras instituições de atendimento de emergência e do hospital, caso ocorram complicações. A qualidade dos cuidados prestados em todos esses níveis é crucial.

Prioridade 3: Fortalecer os sistemas de saúde e as parcerias nas comunidades.

A prestação de cuidados de saúde abrangentes para as crianças demanda medidas preventivas, assim como o tratamento de doenças. Tipicamente, a prevenção requer mudanças de comportamento que começam na família e podem conseguir apoio por meio da comunidade. Melhorias na nutrição, por exemplo, freqüentemente resultam de melhores práticas de alimentação dos bebês por parte das mães e dos cuidadores, tanto por meio do aleitamento materno como também, mais tarde, por meio de uma dieta diversificada fornecida por hortas individuais ou comunitárias. Essas práticas devem ser aprendidas individualmente e reforçadas pela comunidade. Poços, bombas e banheiros são importantes para boas condições de higiene, mas sua eficácia depende do empenho da comunidade em mantê-los e utilizá-los. As crianças devem aprender a lavar as mãos e a aplicar boas práticas de higiene –

hábitos que são cultivados em casa, na escola e em meio a vizinhos e amigos.

Como parte integrante do sistema de saúde mais amplo, as parcerias comunitárias voltadas aos cuidados básicos de saúde podem exercer uma dupla função: promover o envolvimento ativo de membros da comunidade como agentes de saúde e mobilizar a comunidade em apoio a melhores práticas de saúde. Podem também estimular a demanda por serviços de saúde de qualidade que devem ser oferecidos pelos governos. O envolvimento da comunidade promove o sentido de propriedade comunitária. Pode também dar maior vitalidade a um sistema de saúde burocrático, e é essencial para atingir os indivíduos mais isolados ou excluídos. Como será demonstrado nos próximos capítulos deste relatório, muitos países, inclusive alguns dos mais pobres do mundo, implementaram com sucesso programas de saúde baseados na comunidade. O desafio agora será aprender a partir de suas experiências, ampliar a escala dos programas e alcançar os milhões de crianças que, até este momento, têm sido ignoradas pelos sistemas de saúde.

Criando um ambiente que dê apoio a estratégias de sobrevivência infantil

As perspectivas que se abrem à sobrevivência infantil são condicionadas pelo contexto institucional e ambiental no qual as crianças e suas famílias vivem. Não surpreende, por exemplo, que as taxas de mortalidade de bebês e crianças sejam mais altas nos países mais pobres, nos distritos com as comunidades mais depauperadas, mais isoladas, com menor nível de instrução e mais marginalizadas, e em países devastados por conflitos civis, com governos fracos e nos quais são cronicamente insuficientes os investimentos em sistemas de saúde pública e infra-estrutura física. Desde

Aumentando o poder da mulher para melhorar as condições de saúde materna, de recém-nascidos e de crianças

Aumentar o poder da mulher, especialmente no nível da comunidade, é uma ação essencial tanto para reduzir o número de mortes de menores de 5 anos como para atingir o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), que visa reduzir em 75% as taxas de mortalidade materna até 2015. Mesmo assim, o baixo *status* da mulher em muitas sociedades e as limitações impostas a ela quanto à tomada de decisões dentro da família freqüentemente colocam sérios desafios à realização de avanços significativos em qualquer dessas áreas. Por exemplo, a análise de dados extraídos das Pesquisas sobre Demografia e Saúde mais recentes, realizadas em 30 países, sugere que em muitas famílias, especialmente na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara, as mulheres têm pouca influência sobre decisões familiares relacionadas à saúde, quer afetem a sua própria saúde, quer afetem a saúde de seus filhos. Em Burquina Fasso, em Mali e na Nigéria, cerca de 75% das mulheres que participaram da pesquisa relataram que seus maridos assumem sozinho decisões relacionadas a cuidados de saúde da mulher. Nos dois países da Ásia Meridional pesquisados – Bangladesh e Nepal –, essa proporção chega a cerca de 50%.

Essa exclusão compromete a saúde e o bem-estar de todos os membros da família, especialmente mulheres e crianças, e está freqüentemente relacionada a altas taxas de mortalidade materna e infantil. Os cinco países mencionados estão entre os 60 que foram selecionados como prioritários pela Contagem Regressiva para 2015 (*ver outros detalhes na Figura 1.17, página 16*). A situação muitas vezes é mais grave em áreas rurais ou em favelas urbanas: nessas condições, as mulheres normalmente são analfabetas e enfrentam barreiras socioculturais que limitam seu acesso a serviços de saúde, tais como restrições para sair de casa ou interagir com estranhos, e freqüentemente não têm acesso a centros de saúde ou clínicas médicas.

Por exemplo, no Afeganistão, as mulheres são proibidas de receber cuidados médicos em hospitais, cujas equipes são compostas apenas por homens, uma vez que as normas culturais restringem o trabalho da mulher e impedem que receba capacitação médica em níveis avançados.

Diversos programas de agentes de saúde comunitários que dão prioridade à capacitação de mulheres conseguiram

contornar barreiras de gênero para a utilização de serviços de saúde. Em Bangladesh, as agentes de saúde comunitárias capacitadas pelo programa BRAC são mulheres de meia idade casadas, e seus serviços de saúde “de porta em porta” permitem que as mulheres contornem restrições impostas por costumes das sociedades hindu e muçulmana, que impedem que deixem suas casas para ir sozinhas a centros de saúde. No Paquistão, onde, em 1999, apenas cerca de 50% das mulheres em idade fértil eram imunizadas contra o tétano, uma campanha lançada pelo Ministério da Saúde conseguiu aumentar a proporção para 80% de um grupo-alvo de cinco milhões de mulheres, por meio de visitas domiciliares realizadas por Agentes de Saúde Femininas, que as mulheres aceitavam com maior facilidade do que vacinadores do sexo masculino.

Além disso, intervenções que aumentaram o poder e a liderança das mulheres nas comunidades também foram importantes para melhorar o *status* de saúde das mulheres e das crianças. Em Gana, a prevalência da doença do verme da Guiné, que é disseminada pela água e leva a pessoa infectada a um estado de incapacitação que dura meses, exigiu uma campanha abrangente de erradicação. Mulheres voluntárias, mais familiarizadas do que os homens com a utilização de fontes de água limpa de melhor qualidade, realizaram vigilância porta-a-porta, distribuíram filtros, identificaram fontes de abastecimento de água potencialmente contaminadas e promoveram educação comunitária. Como resultado, a incidência da doença caiu em 36% entre 2002 e 2003. Da mesma forma, em Porto Rico, um programa de prevenção da dengue, realizado pela OMS e pelo Centro dos EUA para Controle e Prevenção de Doenças, recorreu ao trabalho de mulheres indicadas pela comunidade, que atuaram na promoção da campanha. As mulheres realizaram visitas domiciliares, entrevistaram chefes de família e inspecionaram locais favoráveis à proliferação de vetores. Envolveram-se também em atividades de conscientização comunitária, que incluíram uma exposição sobre prevenção da dengue no supermercado local. Por meio dessa estratégia, 20% das famílias aderiram à campanha.

Ver Referências, página 105.

1989, registraram-se conflitos armados em mais de 50% dos 11 países nos quais no mínimo 20% das crianças morrem antes de completar 5 anos de idade – Afeganistão, Angola, Burquina Fasso, Chade, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Libéria, Mali, Níger, República Democrática do Congo e Serra Leoa.²³ Da mesma forma, Estados fracos, caracterizados por instituições frágeis, instabilidade

política e incertezas legais, são freqüentemente incapazes de prover serviços básicos a seus cidadãos.

Algumas vezes, fatores institucionais e ambientais podem ser determinantes com relação à sobrevivência infantil. Por exemplo, em países nos quais a aids atingiu níveis epidêmicos, o combate à síndrome constitui o principal desafio para a sobrevivência

infantil. A escala e a natureza da epidemia são de tal monta que todas as outras intervenções resultarão ineficazes sem que o problema da aids seja resolvido. Países que padecem de insegurança alimentar ou que estão sujeitos a secas também correm o risco de conseguir piores resultados com relação à sobrevivência infantil. A impossibilidade de prover uma dieta diversificada resulta em desnutrição



© UNICEF/HQ06-2640/Tom Pietrasik

Dar voz à mulher, permitindo que ela tome decisões relacionadas à saúde, resulta em melhores cuidados para suas crianças. *Discutindo cuidados de saúde em uma reunião, Índia.*

infantil crônica, aumentando a vulnerabilidade das crianças a doenças e, em última instância, à morte.

Em países que enfrentam problemas tão complexos, o desafio de atingir as crianças é assustador. Mesmo assim, desde que haja vontade política, há providências que podem ser tomadas para criar um ambiente que dê apoio à sobrevivência e ao desenvolvimento das crianças.

Criar leis que protejam a criança contra a violência, e garantir que sejam cumpridas

Dados referentes a países que pertencem à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE) indicam que, no universo de indivíduos com menos de 18 anos de idade, os bebês de até 1 ano

de idade são o grupo que corre o segundo maior risco de morte por homicídio. O risco de morte é cerca de três vezes maior para crianças com menos de 1 ano de idade do que para o grupo entre 1 e 4 anos de idade; e quanto mais nova for a criança, maior será a probabilidade de sua morte ser causada por um parente próximo. Nos locais em que as mortes não são registradas ou investigadas, a dimensão da violência fatal contra crianças não é conhecida com precisão, e pode ser mascarada pelas taxas de mortalidade de menores de 5 anos, que normalmente são altas. Presume-se que a violência sob qualquer forma – inclusive a negligência – pode frequentemente estar entre as causas de mortes de bebês e crianças pequenas que não são registradas como homicídio, ou que talvez não sejam

sequer registradas. É amplamente reconhecido que a violência praticada por membros da família contra a criança resulta em mortes com frequência muito maior do que sugerem os registros oficiais.²⁴

O casamento forçado é outra forma de violência praticada contra a criança – e muitas vezes, socialmente aceita – com implicações para a sobrevivência infantil. Quando uma menina dá à luz antes que seu corpo esteja completamente desenvolvido, a mãe e a criança correm um risco de morte muito maior. Em todas as partes do mundo, as mortes relacionadas à gravidez estão entre as principais causas de mortalidade de meninas entre 15 e 19 anos de idade, sejam elas casadas ou não.²⁵ A probabilidade de morrer no momento do parto é

cinco vezes maior no caso de meninas com menos de 15 anos de idade do que no caso de mulheres com mais de 20 anos.²⁶ Seus filhos também têm menor probabilidade de sobreviver. Quando a mãe tem menos de 18 anos de idade, a chance de seu bebê morrer durante o primeiro ano de vida é 60% mais alta do que no caso de bebês cujas mães têm mais de 19 anos.²⁷ Além de leis que proíbam o casamento infantil e outras formas de violência contra a criança, os países que buscam criar um ambiente no qual a criança possa sobreviver e se desenvolver devem adotar uma política de

“tolerância zero”. Outra forma de proteção essencial é o registro de nascimento de todas as crianças. Frequentemente, esse reconhecimento legal da existência de uma criança é exigido para que lhe seja permitido o acesso a serviços essenciais, tais como vacinação e suplementação de vitamina A. Estabelece também os vínculos familiares em localidades nas quais existem problemas de herança.²⁸

Educar as mulheres e aumentar seu poder

As estimativas mais recentes indicam que, em média, quase um em cada

quatro adultos (definidos aqui como indivíduos com no mínimo 15 anos de idade) é analfabeto. De acordo com dados recentes do Instituto da Unesco para Estatísticas, as mulheres representam quase dois terços desse universo.²⁹ As pesquisas demonstram que, de maneira geral, cuidadores com pouca instrução têm acesso mais restrito a informações sobre cuidados básicos de saúde do que seus colegas com melhor nível de educação.³⁰ Como consequência, essa limitação pode levar a decisões mal-informadas sobre quando e como procurar cuidados para crianças doentes.³¹ Em

Registro de nascimento: um passo importante em direção ao acesso a serviços essenciais

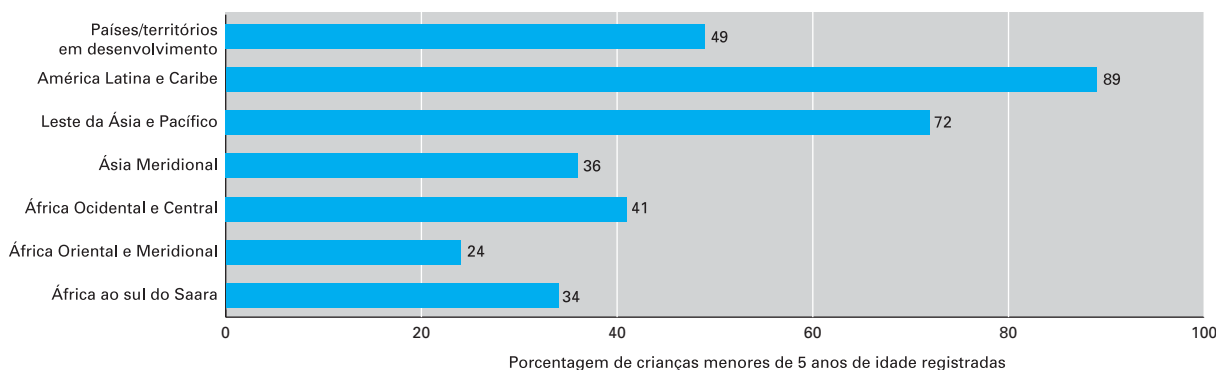
O direito a um nome e a uma nacionalidade está claramente estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança, que determina explicitamente, em seu artigo 7, que o registro de nascimento de uma criança deve ser feito imediatamente após o parto. Mesmo assim, a cada ano, cerca de 51 milhões de nascimentos deixam de ser registrados. Em quase todos os casos, essas crianças pertencem a famílias pobres, marginalizadas ou deslocadas de sua região de origem, ou que vivem em países cujos

sistemas de registro não estão funcionais. Frequentemente, as consequências para a saúde e o bem-estar dessas crianças são graves e duradouras.

Embora a África ao sul do Saara tenha a maior proporção de crianças não registradas no momento do nascimento (66%), na Ásia Meridional, onde a razão correspondente é de 64%, o número é maior. Os desafios são particularmente assustadores em alguns países, como Afeganistão,

Figura 1.20

Os níveis de registro de nascimento* são baixos na Ásia Meridional e na África ao sul do Saara



*Registro de nascimento refere-se à porcentagem de crianças menores de 5 anos de idade que já haviam sido registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram examinadas pelo entrevistador ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado. Dados das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos referem-se a crianças vivas no período da pesquisa.

Fonte: Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, Pesquisas de Demografia e Saúde, outros levantamentos nacionais e sistemas de registros de nascimento em funcionamento. Dados nacionais e regionais são apresentados na Tabela Estatística 9, página 146 deste relatório.

contraste, evidências registradas em Bangladesh mostram que uma criança cuja mãe concluiu a educação primária tem uma probabilidade de sobreviver cerca de 20 vezes maior do que uma criança cuja mãe não recebeu nenhuma instrução; essa diferença aumenta para 80% quando a mãe alcançou o nível secundário de educação.³²

O aumento do poder da mulher, tanto socialmente quanto economicamente, pode estabelecer uma nova rota para a melhoria da sobrevivência infantil. Em muitos

países, as mulheres são privadas de responsabilidades básicas de tomada de decisões, mesmo quando afetam a sua própria saúde ou a saúde de seus filhos. Já é também amplamente reconhecido que, quando as mulheres assumem a responsabilidade pelas finanças da família, tendem a gastar uma parcela maior do orçamento familiar com alimentação e outras necessidades das crianças. Por esses motivos, garantir à mulher os meios para que adquira maior autonomia econômica provavelmente resultará em benefícios paralelos para a criança.

Promover equidade social

Por serem pobres e privadas de direitos e privilégios, milhões de mulheres e crianças foram excluídas dos progressos nas últimas décadas. Com relação às perspectivas de sobrevivência infantil, são gritantes as disparidades entre crianças pobres e aquelas de famílias mais abastadas, não só na comparação entre os países, mas também dentro dos países. Por exemplo, em todos os países para os quais há dados disponíveis, as crianças que vivem na parcela de 20% das famílias mais pobres têm uma probabilidade de morrer antes de completar 5 anos de idade muito maior

Bangladesh, Tanzânia e Zâmbia, onde as taxas de registro no nascimento são muito baixas, devido à ausência de sistemas de registro de nascimento eficazes e operacionais. Em Bangladesh e em Zâmbia, o UNICEF estima que apenas 10% dos nascimentos sejam registrados, ao passo que na Tanzânia a taxa de registro é de apenas 8%.

Registro de nascimento e acesso a cuidados de saúde, em particular, são dois aspectos estreitamente relacionados, especialmente para crianças menores de 5 anos. Por exemplo, os dados de diversos países africanos sugerem uma íntima correlação entre a presença de um atendente qualificado no momento do parto e o registro de nascimento. Em Benin, 74% das crianças que nasceram com a assistência de um atendente qualificado foram registradas, em comparação com 28% que não tiveram esse apoio. Além disso, os dados também sugerem que os níveis de registro de nascimento estão associados ao número de vacinações recebidas e ao provimento de suplementação de vitamina A, assim como ao nível de cuidados médicos disponíveis. No Chade, por exemplo, 38% das crianças que recebem suplementação de vitamina A foram registradas, em comparação com 15% que não recebem suplementação. Inversamente, em muitos países, crianças que não têm registro não têm acesso a programas ou intervenções vitais.

Os desafios enfrentados pelos pais para registrar o nascimento de suas crianças muitas vezes indicam padrões mais amplos de exclusão social e de falta de acesso a serviços sociais, e se sobrepõem a eles. Assim sendo, especialmente em áreas remotas, os pais, que freqüentemente não percebem sequer os benefícios de sua própria cidadania, também não vêem as vantagens que o

registro traria para seus filhos. Além disso, mesmo quando os pais pretendem registrar um nascimento, os altos custos desse procedimento e as longas distâncias até os centros de registro muitas vezes constituem obstáculos poderosos. Em particular, custos elevados foram identificados em uma pesquisa recente realizada pelo UNICEF como o principal motivo de falta de registro em nada menos do que 20 países em desenvolvimento, o que resulta em grandes disparidades de registro entre crianças ricas e pobres. Na Tanzânia, onde o número de registros, de maneira geral, é muito baixo, existe forte disparidade entre ricos e pobres: apenas 2% das crianças da parcela das 20% mais pobres são registradas, em comparação com 25% da parcela das 20% mais ricas.

Para que a meta de registro universal de nascimentos seja alcançada, é preciso que governos, pais e comunidades assumam esse registro como prioridade. Uma abordagem integrada freqüentemente oferece a melhor estratégia – por exemplo, a combinação de campanhas nacionais de imunização com campanhas de registro de nascimento. Nos locais em que essa cooperação ocorreu, foram identificados resultados notáveis, mesmo nas circunstâncias mais penosas. No Afeganistão, em 2003, uma campanha nacional para registrar todas as crianças menores de 1 ano foi combinada com os Dias Nacionais de Imunização contra a Pólio. A campanha expandiu-se em 2004, e em meados de outubro daquele ano, alcançou dois milhões de crianças menores de 5 anos.

Ver Referências, página 105.

Sobrevivência infantil em situações pós-conflito: desafios e triunfos na Libéria

Por Ellen Johnson-Sirleaf, Presidente da Libéria

De acordo com a Comissão Feminina para Mulheres e Crianças Refugiadas, sediada em Nova Iorque, o tratamento que uma sociedade dedica às crianças é uma imagem de seu valor. No caso da Libéria pós-conflito, o destino do país está inextricavelmente associado ao destino de sua população mais vulnerável. A sobrevivência das crianças na Libéria constitui um sustentáculo fundamental de nossa agenda de desenvolvimento, uma vez que determina de que maneira progredimos como nação.

O impacto dos conflitos sobre a sobrevivência das crianças liberianas é imenso: com 235 mortes por mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade de menores de 5 anos registrada na Libéria é a quinta mais alta do mundo; sua taxa de mortalidade de bebês é a terceira mais alta, e a mortalidade materna ocupa a 21^a. colocação. As tendências em mortalidade materna representam uma referência importante para o cumprimento do quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4) e de outras metas de ODM relacionadas à saúde da criança, uma vez que a saúde da mãe dá suporte à sobrevivência infantil – e sem que haja uma política consistente para o desenvolvimento e o aumento de poder da mulher, crianças em qualquer situação pós-conflito serão, ao final, evidências negligenciadas que comprovam o fracasso de uma nação.

É desconcertante verificar que, a despeito de todos os avanços da medicina moderna, crianças liberianas menores de 5 anos ainda morrem devido a malária (18% do número total de mortes), diarreia e doenças que podem ser evitadas por meio de vacinas, tais como sarampo, tétano neonatal, difteria, coqueluche e infecções respiratórias agudas. Entre as causas subjacentes a essas condições estão desnutrição crônica e deficiências de vitaminas e minerais, que são comuns em meio a menores de 5 anos. A insegurança alimentar atinge 51% da população. Estima-se em 5,7% a proporção de gestantes infectadas com HIV em 2007, em comparação com 4% registrados em 2004 – outro exemplo do impacto causado por 15 anos de conflitos e de problemas estruturais na economia, que colocaram mulheres e crianças em situação de desvantagem.

O acesso a cuidados básicos de saúde vem melhorando, porém a cobertura e a distribuição ainda são inadequadas, especialmente em áreas rurais. A tarefa de alcançar acesso universal é imensa, devido a efeitos devastadores de conflitos armados, como destruição da infra-estrutura de saúde, baixa disponibilidade de agentes de saúde capacitados e escassez de recursos públicos para a saúde. O governo da Libéria está empreendendo esforços vigorosos para reduzir significativamente a mortalidade e a morbidade infantis até 2011. Uma política e um plano de ação nacionais para a área da saúde voltados para o acesso universal foram desenvolvidos e vêm sendo

implementados, e o governo elaborou uma estratégia e um plano em nível nacional para acelerar a sobrevivência infantil. Estão em curso uma estratégia e um plano de ação para servir como 'mapa' para a redução da mortalidade materna. A paz permitiu aumentos significativos na imunização de crianças pequenas e gestantes.

No entanto, os desafios permanecem.

Antes do conflito, água limpa, essencial para a sobrevivência, estava disponível em centros com grandes populações, inclusive Monróvia, a capital da Libéria, porém a maioria dos sistemas de abastecimento canalizado foi destruída. Atualmente, com exceção da Monróvia, onde esses sistemas vêm sendo reconstruídos gradualmente, os centros urbanos não dispõem de acesso a água canalizada. Sem água limpa e própria para o consumo, as crianças não podem sobreviver, e muito menos desenvolver-se. E atualmente esse recurso só está disponível para 32% da população.

Saúde e educação são os fundamentos de qualquer estratégia consistente de sobrevivência infantil. São lados opostos da mesma moeda, e, para que a Libéria consiga atingir o ODM 4, devem ser enfrentados simultaneamente. O analfabetismo é alto em meio à população, estimado em 68% (de homens, 55%; de mulheres, 81%). A alfabetização e a educação, especialmente de meninas, estão estreitamente associadas a melhorias nas taxas de sobrevivência infantil. A Política de Educação de Meninas para 2006 visa ao provimento de educação para todas as meninas. Para garantir a sobrevivência infantil, as crianças do sexo feminino também precisam ser protegidas. O conflito deixou muitas meninas jovens grávidas ou já com filhos. São necessários esforços especiais para proteger meninas adolescentes contra exploração e abuso sexual, gravidez e aids, não só para garantir que desfrutem de seu próprio direito à sobrevivência, mas também para assegurar os direitos de todas as crianças.

É preciso que seja criado um novo *momentum* em torno da questão da sobrevivência infantil, e a Libéria está liderando esse apelo vibrante. Queremos garantir que nossas crianças consigam mais do que a sobrevivência, e que cheguem a uma fase do desenvolvimento que lhes permita progredir e transformar-se em cidadãos produtivos.

do que aquelas que pertencem ao quintil mais rico da população; em alguns países, o risco chega a ser cinco vezes maior.³³ Intervenções de políticas visando eliminar essas desigualdades – ou seja, trazer as taxas de mortalidade infantil da parcela dos 80% mais pobres da população para o mesmo nível da parcela dos 20% mais ricos – teriam um efeito dramático sobre as taxas de mortalidade de menores de 5 anos para um país como um todo.³⁴ Em todas as partes do mundo, essa providência poderia evitar cerca de 40% das mortes de menores de 5 anos.³⁵

As crianças também são excluídas dos serviços de saúde devido a discriminação, isolamento geográfico, baixos níveis de educação dos pais, aids em níveis epidêmicos e emergências complexas, tais como conflitos armados e desastres naturais. Muitas crianças são afetadas por essas circunstâncias simultaneamente, o que reduz ainda mais acentuadamente a possibilidade de serem alcançadas por intervenções que podem salvar vidas.

Abordagens bem-sucedidas, utilizadas para enfrentar essas desigualdades,

incluem programas que levam intervenções de saúde aos locais em que vivem as populações mais difíceis de alcançar. Outras opções são os subsídios a programas de cuidados de saúde para os pobres e o direcionamento de *marketing* social para os excluídos. Talvez a providência mais crucial seja garantir prioridade aos aspectos de igualdade na formulação de intervenções e estratégias de provimento de serviços voltadas à sobrevivência infantil. Essa ação demanda amplo conhecimento da situação por meio de coleta de dados de pesquisa, que também podem ser utilizados para intervenções de educação e de advocacia. Juntamente com esses mecanismos, deve ser instituído um acompanhamento constante, de modo a garantir a responsabilidade final, não só nos níveis de cada país, mas também internacionalmente.

Enfrentando o desafio de prover cuidados continuados para as mães, os recém-nascidos e as crianças

São esses os tipos de desafio que devem ser enfrentados por prestadores de

serviços na área de cuidados de saúde para alcançar crianças que neste momento não têm acesso a serviços essenciais. O principal desafio à sobrevivência infantil já não reside na determinação das causas imediatas ou de soluções para a mortalidade infantil, mas sim na garantia de que os serviços e a educação que são necessários para que essas soluções alcancem as comunidades e os países mais marginalizados. Como será demonstrado neste relatório, muitos países, inclusive alguns dos mais pobres do mundo, realizaram avanços significativos para levar serviços essenciais a grande número de crianças e famílias. Entretanto, para que esse alcance seja ampliado de maneira eficaz, é preciso que todos aprendam as lições das últimas décadas – com ênfase particular no fortalecimento de abordagens integradas voltadas para a saúde da criança no nível da comunidade.



RESUMO

O acentuado declínio no número de mortes de bebês e crianças em muitas partes do mundo durante o século passado constitui uma das maiores histórias de sucesso da saúde pública internacional. Também causou um efeito profundamente positivo sobre a expectativa de vida. Entretanto, uma análise mais atenta dessas tendências favoráveis, em geral, revela que os progressos não vêm sendo distribuídos de forma equitativa. Em alguns países e algumas regiões, os avanços diminuíram acentuadamente desde a década de 1990. Na África Meridional, a mortalidade de bebês e de menores de 5 anos de idade aumentou, ao mesmo tempo em que a aids reduziu a expectativa de vida e aumentou a mortalidade causada por infecções oportunistas, tuberculose, malária e subnutrição. Nesse meio tempo, a mortalidade materna permanece inaceitavelmente alta na África e na Ásia Meridional, que registraram avanços insuficientes ao longo das últimas décadas.

Com a aproximação de 2015 – data final estabelecida para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – e com os progressos insuficientes alcançados por muitos países em relação a todas as metas, surgem questões críticas: de que forma o *momentum* da sobrevivência materna, neonatal e infantil pode ser recuperado, e como os progressos podem ser acelerados nos próximos oito anos? Que níveis de redução da mortalidade materna podem ser realmente alcançados nesse mesmo período? De que maneira os países devem estabelecer prioridades em relação à saúde materna, neonatal e infantil?

Uma análise de diferentes abordagens ao provimento de serviços essenciais desde o início do século 20 até o presente demonstra que uma gama de intervenções e políticas eficazes detém a maior parte do potencial para acelerar os progressos. Essas medidas que podem salvar vidas incluem a implementação de intervenções já

É preciso um foco mais acentuado em estratégias para acelerar os progressos na prestação de cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças. *Uma clínica em um acampamento de refugiados, Antiga República Iugoslava da Macedônia.*

testadas nas áreas de saúde, nutrição, fornecimento de água, saneamento e higiene, e HIV e aids, com boa relação custo/benefício, em uma ampla diversidade de contextos, para o provimento de cuidados de saúde de boa qualidade para mulheres e crianças. Incluem também a redução de barreiras ao acesso, assim como a mobilização de recursos financeiros e humanos adicionais. Um foco sobre resultados requer estratégias baseadas no conhecimento coletivo sobre sobrevivência e saúde de mães, recém-nascidos e crianças, de modo a identificar as soluções que melhor se adaptem a cada país e a cada comunidade.

Lições aprendidas a partir de sistemas e práticas de cuidados de saúde em evolução

Uma abordagem para a formulação de cuidados continuados de boa qualidade no atendimento básico de saúde para mães, recém-nascidos e crianças, orientada para resultados e baseado em evidências, deve rever as melhores fontes de informações, dados e análises disponíveis para tirar as lições mais úteis que possam orientar ações no presente e no futuro. Uma etapa necessária envolve uma análise mais aprofundada das diversas abordagens atualmente utilizadas para o provimento de serviços essenciais de saúde para crianças e mães.

Essas ações variam de iniciativas direcionadas a doenças ou condições simples, como sarampo ou subnutrição, ao ideal de provimento da prestação contínua de serviços de saúde básicos e abrangentes, que integrem cuidados em hospitais e clínicas, serviços ampliados e prestados a pacientes não internados, e cuidados baseados na família e na comunidade.

Ao longo dos anos, vêm ocorrendo intensos debates sobre os méritos relativos de cada uma das principais intervenções e das mudanças de políticas, principalmente sobre benefícios e restrições das estratégias mais abrangentes em comparação com as mais seletivas, resultando em extensa literatura. As diferenças entre quaisquer estratégias não são acentuadas, uma

vez que, em parte, cada uma delas surgiu como resposta às limitações da anterior. Embora breve, a revisão histórica apresentada a seguir, sobre as realizações de sistemas e práticas públicas de cuidados de saúde ao longo do século passado, assim como dos desafios existentes e emergentes, fornece perspectivas importantes sobre a situação atual e contribui para orientar os caminhos a seguir.

O período colonial: 1900-1949

Até o início do século 20, as mortes de bebês e crianças eram comuns em todas as partes do mundo. Altas taxas de mortalidade e de deficiências devidas a diarreia, malária, sarampo, pneumonia, varíola, tuberculose e diversas formas de subnutrição afetavam grande parcela da população mundial.

Por volta de 1900, a população mundial chegava a cerca de 1,65 bilhão de habitantes. A essa época, embora alguns ganhos em expectativa de vida já tivessem sido observados em diversos países – tais como a Inglaterra e os países escandinavos –, a expectativa de vida global média estimada era de apenas 30 anos.¹

No início do século 20, esforços para controlar doenças infecciosas, tais como verminoses, malária e febre amarela, estabeleceriam as bases das futuras intervenções de controle de

doenças. Na primeira metade do século, foram desenvolvidos no continente africano alguns programas básicos contra a malária, que associavam pesquisas sobre a doença com seu controle. Esses esforços preliminares foram fragmentados, realizados por governos colonialistas, com foco em suas colônias e suas forças de trabalho. Embora com foco restrito, algumas iniciativas foram bem-sucedidas – por exemplo, o controle da malária de 1930 a 1950 nas minas de cobre e em seus arredores, na atual Zâmbia.

Todos os serviços de saúde nas colônias tinham centros de atendimento acentuadamente segregados, que davam prioridade a expatriados e militares. Na África e na Índia anglófonas, pesquisas sobre doenças exóticas resultaram em especialidades e programas dirigidos a doenças tropicais. À época, eram poucas as escolas de medicina que admitiam estudantes locais e, quando o faziam, era apenas como parte do ‘acordo rescisório de indenização’ que acompanhou a independência de muitos países em desenvolvimento nas décadas de 1950 e 1960.

O provimento de serviços de saúde para a população foi liderado principalmente pelas missões, e consistia essencialmente de cuidados baseados em centros de atendimento.

A capacitação de equipes locais teve início com as escolas de enfermagem. Devido à sobrecarga de trabalho, enfermeiros de ambos os sexos logo começaram a gerenciar serviços de atendimento mais periféricos. Em alguns países, os governos distritais criaram clínicas e pequenos hospitais distritais, mas, na maioria deles, os hospitais das missões ofereciam de 50% a 80% dos leitos hospitalares. A saúde pública centrava-se na proteção ambiental, principalmente nos esforços iniciais para o provimento de água limpa e instalações sanitárias de melhor qualidade nas áreas urbanas.

Serviços de saúde em colônias francófonas e em outras colônias européias eram singularmente diferentes daqueles oferecidos pelos países anglófonos, uma vez que enfatizavam veementemente o programa das “Grandes Endémies”. Nesse programa, níveis separados de uma rede nacional enfocavam uma única doença, como

doença do sono, elefantíase, lepra e outras condições altamente prevalentes, que afetavam a capacidade de trabalho. Cuidados em massa eram providos por unidades móveis, freqüentemente muito bem equipadas, com instalações completas para viagens. A hipótese era que oferecer serviços de saúde ampliados para tratar pacientes em grandes concentrações populacionais seria mais eficaz para alcançar grandes proporções de indivíduos do que investir em instalações fixas. Ciclos repetitivos de tratamentos concentravam-se em intervenções curativas simples, e não na prevenção ou no controle.

Assim como na África, os primeiros hospitais chineses foram criados principalmente pelas missões. Um sistema público nacional de saúde foi criado na década de 1920, reunindo esforços para controlar a praga pneumônica que rapidamente se disseminava na província da Manchúria.

Uma nota histórica importante: a publicação do primeiro estudo de caso de cuidados básicos de saúde centrados na comunidade diz respeito a um projeto dessa época. O projeto foi implementado em Ding Xiang (antiga Ting Hsien), que ficava a cerca de 200 quilômetros ao sul de Pequim. Nessa província de cerca de meio milhão de habitantes, os cuidados de saúde eram fornecidos por agentes de saúde, que foram os predecessores dos ‘doutores descalços’ da China. Por um quarto de século, e para mais de um quinto da população mundial, a China contava com os sistemas de saúde mais equitativos jamais criados. Essa experiência forneceu lições importantes para o planejamento da Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, realizada em 1978 em Alma-Ata, na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (hoje, Almaty, no Cazaquistão).

A Iniciativa do Sarampo

A Iniciativa do Sarampo mostra de que forma uma iniciativa global vertical bem gerenciada, com disponibilidade de recursos e bem direcionada pode ser ampliada rapidamente e produzir resultados impressionantes. A iniciativa é uma parceria entre UNICEF/OMS e outras agências internacionais importantes e organizações privadas proeminentes. Lançada em 2001, a Iniciativa do Sarampo adotou o objetivo estabelecido na Sessão Especial sobre a Criança, da Assembleia Geral das Nações Unidas, realizada em maio de 2002, para reduzir, entre 1999 e 2005, as mortes de crianças causadas pelo sarampo. A Iniciativa foi a principal patrocinadora da campanha em massa para aumentar a cobertura da vacinação contra o sarampo, que resultou na imunização de mais de 217 milhões de crianças entre 2001 e 2005 – a maioria delas, na África.

Os resultados superaram a meta da ONU: o número de mortes causadas por sarampo diminuiu em 60% entre 1999 e 2005. A África contribuiu com 72% da redução absoluta no número de mortes. Estimativas concluíram que a imunização ajudou a evitar cerca de 7,5 milhões de mortes causadas por essa doença.

A redução no número de mortes por sarampo reflete o apoio e o compromisso por parte da Iniciativa do Sarampo para ampliar a cobertura de imunização, e por parte dos governos nacionais, para implementar a estratégia abrangente, elaborada pela parceria OMS/UNICEF, para reduzir a

mortalidade causada pelo sarampo. A estratégia envolve quatro ações fundamentais:

- Fornecer no mínimo uma dose de vacina contra sarampo, ministrada aos 9 meses de idade ou logo após, por meio de cobertura de rotina de vacinação, para no mínimo 90% das crianças, nos níveis distritais e nacionais.
- Dar a todas as crianças uma segunda oportunidade de vacinação contra sarampo.
- Estabelecer supervisão eficaz.
- Aprimorar a gestão clínica de casos complicados – incluindo suplementação de vitamina A.

As atividades de controle do sarampo contribuem de diversas maneiras para o desenvolvimento de sistemas de saúde – por exemplo, por meio da promoção de práticas seguras de aplicação, desenvolvimento de melhores condições e capacidade de armazenamento de vacinas à temperatura adequada, e estabelecimento de uma rede global de laboratórios para a área da saúde pública. Além disso, as campanhas de vacinação são freqüentemente associadas a outras intervenções essenciais, tais como suplementação de vitamina A, distribuição de vermífugos e de mosquiteiros tratados com inseticida.

No início do século, países como Dinamarca, Holanda, Noruega e Suécia conseguiram reduzir rapidamente a mortalidade materna. Aparentemente, a forma como o atendimento qualificado ao parto foi organizado foi o fator principal para essa conquista. No caso desses quatro países, os esforços centralizaram-se no provimento de cuidados profissionais perto do local onde as mulheres viviam, principalmente aprimorando as habilidades das parteiras das comunidades.²

Campanhas em massa para o controle de doenças: 1950-1977

Por volta de 1950, a população mundial superava os 2,5 bilhões, e a expectativa global média de vida havia subido para 47 anos.

As décadas de 1950, 1960 e 1970 presenciaram inúmeros esforços para

controlar doenças, freqüentemente denominados ‘campanhas em massa’ ou ‘respostas focalizadas nas doenças’. Esses esforços utilizavam intervenções cientificamente consistentes e comprovadamente eficazes em termos epidemiológicos, realizadas por meio de programas gratuitos elaborados para combater uma doença ou condição específica. Freqüentemente caracterizados por objetivos claramente definidos, esses programas incluíam metas com prazos definidos, para a redução ou para a erradicação da doença, utilizando tecnologia específica aplicada por agentes de saúde dedicados.³

A campanha mais bem-sucedida foi a iniciativa para erradicação da varíola, que teve o último caso de transmissão de ser humano para ser humano relatado em 1977. Outras campanhas em massa foram bem-sucedidas na erradicação ou na redução

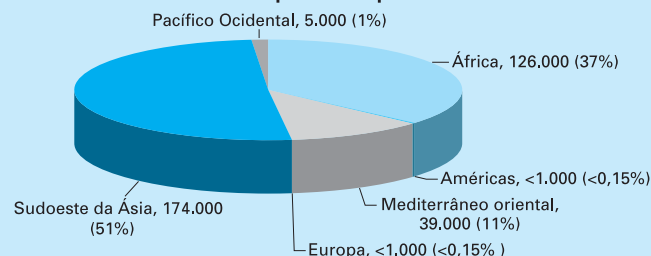
substancial de doenças tais como verme da Guiné, tracoma e framboesia (boubá).

O sucesso da campanha de erradicação da varíola foi um elemento essencial para o planejamento do programa mais bem-sucedido na história da saúde pública – o Programa Ampliado de Imunização (PAI), lançado em 1974. Inicialmente, o PAI tinha por objetivo vacinar crianças durante seu primeiro ano de vida contra seis doenças principais – difteria, tétano, pertússis (coqueluche), pólio, sarampo e tuberculose. Quando o programa teve início, menos de 5% das crianças em todos os lugares do mundo foram vacinadas contra essas doenças. Estatísticas mais recentes registram atualmente taxas globais de imunização – medidas por meio da cobertura da vacinação contra difteria, tétano e pertússis – acima de 75%.

Figura 2.1

A carga global de mortes causadas pelo sarampo*

Crianças menores de 5 anos respondem por 90% das mortes causadas pelo sarampo



* Regiões de acordo com a Organização Mundial de Saúde.

Fonte: Estimativas da Organização Mundial da Saúde, publicadas em *The Lancet*, vol369, 20 de janeiro de 2007, p. 194.

Na Assembléia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2005, foi estabelecido um novo objetivo global: reduzir o número de mortes por sarampo em 90% até 2010, em relação aos dados de 2000. Essa meta é um desafio, e sua realização exigirá a sustentação dos progressos alcançados

nos países que apresentaram bom desempenho e grandes incursões em países que registram altos níveis de mortes por sarampo, tais como Índia e Paquistão. Há providências a tomar na luta contra o sarampo – 345 mil indivíduos morreram devido à doença em 2005, e 90% deles eram crianças menores de 5 anos de idade. Essa doença altamente contagiosa continua sendo uma causa importante de morte de menores de 5 anos, responsável por cerca de 4% da carga global. Enfraquece o sistema imunológico da criança, possibilitando a ocorrência de outras doenças e condições que ameaçam a vida – inclusive pneumonia, diarreia e encefalite aguda – e ainda é uma das principais causas de mortes evitáveis por vacinas entre as crianças.

No período entre 1999 e 2005, o sucesso de esforços para reduzir o sarampo demonstrou o que pode ser feito quando vontade política, compromisso financeiro e estratégias consistentes por parte de parceiros internacionais e dos governos nacionais são implementados para prover tratamentos com boa relação custo/benefício. Desde que esse grau de comprometimento seja sustentado, é possível acreditar que a nova meta possa ser alcançada, contribuindo com os progressos rumo ao quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4).

Ver Referências, página 105.

No início da história das campanhas em massa, diversas abordagens utilizadas para prover os serviços de saúde eram frequentemente descritas como abordagens ‘vertical’ (ou por categorias) ou ‘horizontal’. Essencialmente, essas distinções eram as medidas de duas dimensões na estrutura de programas:

- Grau de integração entre gestão do programa e gestão geral do sistema de saúde, principalmente nos níveis mais baixos de gerenciamento (horizontal), em comparação com posições de gerenciamento estritamente separadas (vertical).
- Tipo de função que os agentes de saúde exerciam: uma função (vertical) em oposição a muitas funções (horizontal).⁴

Os méritos e restrições relativos das abordagens vertical e horizontal estão bem documentados, e uma revisão ampla do debate extrapola o escopo dessa retrospectiva. Os méritos de uma abordagem refletem as restrições da outra de diversas maneiras.

Cuidados básicos de saúde: 1978-1989

A Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, foi o resultado de inovações bem-sucedidas em cuidados comunitários de saúde desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial, em locais de poucos recursos. Essas inovações incluíram: clínicas para menores de 5 anos de idade, na Nigéria; agentes comunitários de saúde, na Indonésia; doutores descalços, na China; e sistemas de saúde em Cuba e no Vietnã.⁵ A conferência de Alma-Ata e a declaração resultante foram marcos importantíssimos. À época, foi a maior conferência jamais realizada sobre um único tema relacionado à saúde e ao desenvolvimento internacionais:

estavam presentes representantes de 134 países e de 67 organizações não-governamentais, assim como das Nações Unidas. Ao colocar em discussão conceitos inovadores que se tornaram senso comum, a conferência preparou o caminho para importantes compromissos globais, tais como a Estratégia Global de Saúde para Todos até o Ano 2000, elaborada na conferência de Alma-Ata; o Encontro de Cúpula pela Criança, em 1990; e, mais recentemente, a Declaração do Milênio e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A partir de Alma-Ata, cuidados básicos de saúde englobam os princípios de equidade, envolvimento comunitário, colaboração intersetorial, utilização de tecnologia adequada, custos acessíveis e promoção da saúde. Esses princípios tornaram-se diretrizes básicas do desenvolvimento de sistemas de saúde, que levam em consideração questões mais amplas de saúde das populações, refletindo e reforçando as funções da saúde pública; que enfatizam a integração de cuidados em todos os lugares e ao longo do tempo; que associam prevenção, cuidados em fases agudas e crônicas através de todos os componentes do sistema; que avaliam e empreendem esforços para melhorar o desempenho; e que informam a população sobre critérios de saúde, como base para tomada de decisões que afetam a organização, as finanças e o provimento de serviços de cuidados de saúde para indivíduos e comunidades.⁶

A Declaração de Alma-Ata recomenda que cuidados básicos de saúde incluam, no mínimo, as seguintes atividades:

- Educação sobre saúde.
- Promoção de suprimentos apropriados para alimentação e nutrição adequadas.
- Água limpa e saneamento básico.

- Cuidados maternos e infantis.
- Imunização contra as principais doenças da infância.
- Tratamento adequado de doenças e lesões comuns.
- Prevenção e controle de doenças endêmicas locais.
- Provimento de medicamentos essenciais.

O conceito de sistema de saúde distrital – também conhecido na Europa e em outros países como ‘centro de área de captação’ ou a abordagem de ‘pequena área’ ou ‘grupo intermediário’ – foi desenvolvido subsequente à Organização Mundial da Saúde como modelo para implementação de cuidados básicos de saúde.⁷

Embora trouxesse inúmeros benefícios, a implementação de sistemas de cuidados básicos de saúde foi prejudicada por ambientes econômicos desfavoráveis – principalmente na década de 1980 –, que forçaram os Estados a uma redução significativa no provimento de serviços públicos tais como cuidados de saúde, abastecimento de água, descarte de lixo e controle da qualidade dos alimentos. Essa situação levou muitos países em desenvolvimento à beira de um colapso nos serviços de saúde para áreas de periferia, assim como a um declínio no apoio ao trabalho de saúde comunitária.⁸

Cuidados primários seletivos e a revolução pela sobrevivência infantil: a década de 1980

No início da década de 1980, a saúde da criança ainda constituía uma emergência ‘silenciosa’, uma vez que cerca de 15 milhões de crianças ainda morriam anualmente antes de completar 5 anos de idade. No final da década de 1970, dois cientistas – Julia

Walsh e Kenneth Warren – publicaram ‘Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries’ (Cuidados de Saúde Primários Seletivos: Uma estratégia provisória para o controle de doenças nos países em desenvolvimento) – um documento de referência que propunha uma estratégia alternativa para reduzir rapidamente a mortalidade de bebês e crianças a um custo razoável.⁹ Após decompor os papéis relativos de cada causa principal de mortalidade infantil e de listar as intervenções comprovadamente eficazes para enfrentá-la, concluíram que um pequeno número de causas – diarreia, malária, doenças respiratórias e sarampo, entre outras – eram responsáveis pela imensa maioria das mortes de menores de 5 anos, e que essas doenças poderiam ser facilmente evitadas por meio de imunização (a essa época, apenas 15% das crianças em todos os lugares do mundo estavam imunizadas), terapia de reidratação oral, aleitamento materno e medicamentos antimaláricos.¹⁰ Essa pesquisa surgiu no momento crítico do debate sobre os méritos relativos das abordagens horizontal e vertical, e sobre a possibilidade de traduzir os princípios de cuidados de saúde primários abrangentes na forma de programas eficazes.

O resultado foi uma nova estratégia, conhecida como ‘cuidados de saúde primários seletivos’.¹¹ Introduzida um ano após a Declaração de Alma-Ata, essa estratégia foi considerada inicialmente como uma primeira etapa para a implementação de cuidados de saúde primários abrangentes, mas tornou-se rapidamente um modelo. Integrando elementos fundamentais de abordagens verticais, visando às doenças identificadas como as causas mais importantes das altas taxas de mortalidade de bebês e de crianças, o programa pretendia ser mais objetivo e mais viável do que o programa de cuidados básicos de saúde.¹²

A “revolução pela sobrevivência infantil”, liderada pelo UNICEF e lançada em 1982, baseou-se nessa estrutura. Enfocava quatro intervenções de baixo custo, referidas coletivamente como o programa Gobi – acompanhamento do crescimento, para a subnutrição; terapia de reidratação oral, para tratar a diarreia infantil; aleitamento materno, para garantir a saúde de crianças pequenas; e imunização contra seis doenças infantis fatais. O Programa Gobi foi apoiado por programas importantes liderados pela OMS, inclusive o Programa Ampliado de Imunização e programas de controle de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas.

Subseqüentemente, o Gobi incorporou mais três elementos – suplementação alimentar, distanciamento entre as gestações e educação da mulher – e tornou-se Gobi FFF.¹³ Os esforços globais empreendidos em defesa da importância dessas intervenções para a sobrevivência infantil conseguiram estimular um grande número de países a criar seus próprios sistemas nacionais para promover e implementar intervenções básicas.¹⁴ Desde o início, o programa de cuidados de saúde primários seletivos recebeu apoio consistente de doadores ansiosos por canalizar recursos para programas de ‘sobrevivência infantil’. Essas iniciativas mantiveram suas raízes comunitárias oriundas do programa de cuidados básicos de saúde, mas, ao mesmo tempo, possuíam o atrativo de utilizar tecnologias médicas de custo relativamente baixo para alcançar objetivos específicos.

Iniciativas de cuidados primários seletivos obtiveram sucesso relativo nas últimas décadas. Melhorias importantes na cobertura de cuidados básicos de saúde – principalmente quanto à imunização e à terapia de reidratação oral – são atribuídas ao Gobi FFF e às iniciativas da Organização Mundial da



Comprovadamente, a imunização protege as crianças contra as principais doenças infantis. Uma criança recebe a vacina DPT3, Costa do Marfim.

Saúde. Sem dúvida, esses esforços contribuíram para a queda acentuada na taxa global de mortalidade de menores de 5 anos, de 115 por mil nascidos vivos, em 1980, para 93, em 1990 – uma redução de 19% ao longo da década.

Analizando programas que integram enfoque setorial amplo e sistemas de saúde: a década de 1990

Em muitos países em desenvolvimento, apesar do sucesso dos programas de cuidados de saúde primários seletivos, os sistemas de saúde enfrentaram fortes pressões até o final da década de 1980. Crescimento populacional, crises relacionadas à dívida externa em muitos países da América Latina e da África ao sul do Saara, e transição política e econômica nos países da antiga União Soviética e na Europa

Central e Oriental foram apenas três dos fatores envolvidos.

Em resposta, inúmeros países empreenderam esforços para reformar sistemas de saúde deteriorados e carentes de recursos, e aumentaram sua eficácia, sua eficiência e sua viabilidade financeira, além de aumentar sua equidade.

A Iniciativa de Bamako

Uma dessas abordagens, utilizada por muitos países, foi a Iniciativa de Bamako, lançada em 1987 na reunião de ministros de saúde africanos, realizada pela Organização Mundial da Saúde em Bamako, Mali. Essa estratégia centrou-se no aumento do acesso a cuidados básicos de saúde e no atendimento às necessidades básicas das comunidades na África ao sul do Saara, por meio do fornecimento de um pacote mínimo integrado de cuidados

de saúde nos centros de atendimento. Deu forte ênfase ao acesso a medicamentos e ao contato regular entre agentes de saúde e comunidades (Ver outros detalhes sobre a Iniciativa de Bamako no Destaque da página 36).

Integração

Na década de 1990, a ênfase na integração de serviços essenciais – característica central da Iniciativa de Bamako – tornou-se a força propulsora de muitas abordagens. Abordagens integradas buscavam associar os méritos dos programas de cuidados primários seletivos e dos programas de cuidados básicos de saúde. Como abordagens seletivas, enfatizavam consistentemente o provimento de um grupo básico de soluções com boa relação custo/benefício, planejadas para enfrentar desafios específicos de saúde; como programas de cuidados básicos de saúde, também davam

atenção à participação da comunidade, à colaboração intersectorial e à integração ao sistema geral de atendimento de saúde.

Um exemplo estabelecido há muito tempo, que dá maior ênfase à integração ocorrida durante a década de 1990, é a Gidi – Gestão Integrada das Doenças Infantis. Desenvolvida em 1992 pelo UNICEF e pela OMS, e utilizada desde então em mais de cem países, a Gidi adota uma abordagem ampla e transversal para a gestão de casos de doenças infantis, reconhecendo que a condição geralmente é influenciada por mais de uma causa.¹⁵ De fato, em muitos casos, crianças doentes apresentam sintomas sobrepostos de doenças, complicando os esforços de diagnóstico, mesmo em comunidades que possuem instalações de pronto atendimento adequadas para exames,

Dias nacionais de imunização e dias de saúde infantil

Dias nacionais de imunização (DNI) surgiram como campanhas em massa de um dia de vacinação contra a pólio em todos os países. Os DNI, que ainda acontecem em muitos países, são suplementares e não substituem a imunização de rotina. Seu objetivo original foi evitar a disseminação da pólio, por meio da imunização de todas as crianças menores de 5 anos de idade, independentemente de seu histórico anterior de vacinação contra essa doença.

Não é novo o conceito de estabelecer um dia especial para intervenções em massa sobre a saúde infantil. Na década de 1980, dias especiais de imunização foram realizados com sucesso em países como Burquina Fasso, Colômbia e Turquia. Mais recentemente, em países como Angola, Serra Leoa e Somália, as guerras civis foram interrompidas durante "dias de tranquilidade", permitindo que as crianças fossem vacinadas com segurança. A vacinação em massa permite economias de escala, uma vez que profissionais capacitados podem supervisionar equipes de voluntários, principalmente em relação à vacina oral contra a pólio, que não requer agulha e seringa.

Os dias de saúde infantil ampliaram o escopo das intervenções: além da imunização contra a pólio, passaram a incluir suplementação de vitamina A e, no caso do Zimbábue, distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida e outras imunizações. Outros países que realizam eventos semelhantes incluem Nepal e Nigéria.

No Nepal, o programa nacional de vitamina A é particularmente notável, uma vez que utiliza uma rede já existente de voluntárias de saúde comunitárias para fornecer os suplementos. Foi constatado que o programa tem uma relação custo/benefício altamente eficaz: estima-se que cada morte evitada custe entre US\$327 e US\$397; e o custo dos anos de vida que deixaram de ser perdidos, ajustado por deficiência (DALY), ficou aproximadamente entre US\$11 e US\$12. O programa foi ampliado de maneira consistente, a partir dos 32 distritos originalmente considerados prioritários, até cobrir todos os 75 distritos, em aumentos anuais de oito a dez distritos ao longo de um período de oito anos. A expansão foi auxiliada pela utilização de dias nacionais de imunização para aumentar a cobertura.

Integrando o provimento de uma variedade de intervenções em um único local e em um mesmo momento, os dias de saúde infantil são eficientes tanto para as famílias quanto para os provedores de serviços de saúde. Conceitos relacionados – como semanas de saúde infantil – estão aumentando as oportunidades de colocar intervenções essenciais ao alcance de um grande número de crianças normalmente excluídas.

Ver Referências, página 106.

o que se agrava naquelas em situações menos favorecidas.

As estratégias de Gidi têm três componentes principais, sendo que cada um exige adaptação ao contexto do país:

- *Melhorar o desempenho dos agentes de saúde:* este componente envolve a capacitação dos agentes de saúde para avaliar os sintomas das doenças, corrigir o mapeamento das doenças para tratamento, e prover tratamento adequado às crianças e informações aos cuidadores. Por meio do provimento de diretrizes adaptadas localmente, equipes de saúde aprendem as habilidades de gestão para cinco das principais causas de mortalidade infantil: infecções respiratórias agudas, principalmente pneumonia;

doenças diarreicas; sarampo; malária; e subnutrição.

- *Melhorar os sistemas de saúde:* este componente busca fortalecer os sistemas de saúde visando à eficácia da gestão das doenças infantis. As medidas utilizadas incluem apoio à disponibilidade de medicamentos, aprimoramento da supervisão, fortalecimento de procedimentos de encaminhamento de casos, e ampliação dos sistemas de informações sobre saúde. São fornecidas orientações de planejamento para os gerentes nos níveis distrital e nacional.
- *Melhorar as práticas da comunidade e da família:* o componente final é sempre mencionado como Gestão Comunitária Integrada das Doenças Infantis (Gidi-C). Fundamenta-se em práticas domésticas básicas realizadas

pelas famílias e comunidades, apresentadas no Destaque do Capítulo 3, página 47.¹⁶

A integração da gestão de casos busca proteger a criança contra todas as doenças principais, não apenas contra uma ou duas, e oferecer-lhes o tratamento adequado. Enfatiza também a adaptação de soluções remediais para a capacidade e as funções de sistemas locais de saúde, e promove a prevenção de doenças por meio da capacitação de agentes de saúde e cuidadores sobre a importância dos serviços essenciais. É fundamental o papel dos pais e de outros cuidadores para detectar os sintomas comuns das doenças, levar a criança ao centro de saúde e implementar medidas preventivas, tais como alimentação adequada e práticas de higiene.

Financiando a área da saúde: programas com enfoque setorial amplo e iniciativa em favor dos Países Pobres Altamente Endividados

Durante a década de 1990, aumentaram as preocupações sobre a predominância potencial de abordagens verticais, que tendem a criar e utilizar estruturas gerenciais, operacionais e logísticas separadamente do sistema nacional de saúde, visando ao controle de doenças. Essas preocupações contribuíram para o desenvolvimento de um novo modo de financiamento para a saúde: o Programa com Enfoque Setorial Amplo (Pesa). Sob o comando dos programas Pesa, as principais contribuições financeiras para o setor da saúde apóiam um plano único para políticas, estratégias e gastos do setor, com a retaguarda de lideranças governamentais. Por meio de abordagens adotadas em comum, o setor inteiro assume o provimento de serviços de saúde, e procedimentos estipulados pelos governos aumentam progressivamente o controle de desembolsos e da contabilidade dos recursos.

Os programas Pesa foram criados com diversos objetivos: resolver os problemas de limitações de formulários baseados em projetos de ajuda de doadores; garantir que os objetivos gerais de reforma do sistema de saúde sejam realizados; reduzir os altos custos de transações para os países; e estabelecer parcerias genuínas entre doadores e países, por meio das quais os dois lados tenham direitos e responsabilidades. Os programas Pesa constituem um processo dinâmico, e não um ponto final, e apresentam variações consideráveis através dos países. Esses programas

contribuíram para maiores oportunidades de diálogo e confiança, pronunciada ênfase sobre um número selecionado de prioridades fundamentais do setor, e associações mais estreitas entre políticas e implementação. Entretanto, há restrições: ênfase exageradamente acentuada sobre detalhes de procedimentos de planejamento e desenvolvimento; participação limitada da sociedade civil; fraco desempenho administrativo; e mudança lenta da ênfase em coordenação de doações para uma consideração sobre aprimoramento e resultados dos serviços prestados.

No final da década de 1990, no contexto da Iniciativa em favor dos Países Pobres Altamente Endividados, implementada pelo Fundo Monetário Internacional e pelo Banco Mundial, o foco sobre o setor da saúde e o financiamento de sua reforma foram ampliados em muitos países de baixa renda para incluir os Documentos de Estratégias para Redução da Pobreza (DERP). Estruturas de gastos de médio prazo – os instrumentos plurianuais de planejamento público associadas aos DERP – são utilizadas para planejar requisitos orçamentários futuros para os serviços públicos e avaliar as implicações dos recursos disponíveis para mudanças de políticas e novos programas.

Ver Referências, página 106.



© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorian

As abordagens à prestação de cuidados básicos de saúde devem ser adaptadas às necessidades e aos recursos individuais de cada país e comunidade. *Uma enfermeira mede a pressão arterial de uma gestante, Bangladesh.*

A Gestão Comunitária Integrada das Doenças Infantis vem sendo rigorosamente avaliada desde sua concepção, em meados da década de 1990. Diversas agências – inclusive OMS, UNICEF, o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID) e a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid) – realizaram avaliações multinacionais no início da década de 2000. Em 2004 e 2005, o UNICEF também revisou os componentes comunidade e família (Gidi-C).¹⁷ Embora os resultados iniciais fossem decepcionantes, principalmente devido à implementação incompleta dos três componentes centrais da Gidi, os resultados mais recentes demonstraram alguns sucessos notáveis. De acordo com estudos realizados, a gestão de caso Gidi melhorou a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos em

centros de pronto atendimento, deu motivação a agentes e gestores de saúde, e melhorou o desempenho dos agentes de saúde. E foi implementada a custos equivalentes ou inferiores aos custos dos serviços já existentes.¹⁸

Em diversos países da África ao sul do Saara foram observados resultados positivos relacionados à implementação da Gidi. Um estudo realizado em distritos rurais da Tanzânia, por exemplo, constatou que os distritos que implementaram uma iniciativa de fortalecimento de sistemas de saúde e a Gidi registraram uma redução na mortalidade infantil 13% maior do que nos distritos de controle.¹⁹

Resultados de levantamentos realizados na África do Sul, em Malaui, na Tanzânia e em Uganda

indicaram que a implementação em larga escala da estratégia Gidi-C pode resultar em melhorias significativas em algumas práticas familiares essenciais, tais como etapas para melhorar a nutrição e a sobrevivência de bebês, a prevenção de doenças, cuidados no lar e busca de cuidados para crianças doentes, e provimento de ambientes favoráveis ao crescimento e ao desenvolvimento da criança.²⁰

Essas ações bem-sucedidas levaram os especialistas em políticas de saúde a recomendar o desenvolvimento de políticas nacionais baseadas nas prioridades do país, com papéis claramente definidos para a Gidi e outras intervenções na saúde infantil, e a necessidade de analisar e gerenciar de forma crítica as restrições dos sistemas.²¹

Estimulados por uma série de estudos sobre sobrevivência da mãe, do recém-nascido e da criança, publicados na *The Lancet*, os modelos integrados de cuidados de saúde vêm sendo desenvolvidos dentro do contexto de cuidados de saúde continuados para a mãe, o recém-nascido e a criança (ver outros detalhes sobre cuidados continuados e parcerias no Capítulo 1, página 17). De fato, o conceito de cuidados continuados amplia a Gidi, para incluir a gestão integrada de doenças neonatais.²² A Índia foi pioneira em experiências preliminares bem-sucedidas com a nova abordagem, denominada Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis (Gidni), implementadas em sua totalidade (ver Destaque na página 35).

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e abordagens baseadas em resultados: a partir de 2000

Em 2000, a expectativa de vida no mundo todo aumentou de 47 anos, no início da década de 1950, para cerca de 65 anos. Entretanto, muitos países não

Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis na Índia

Durante a década de 1990, a Índia registrou acentuada redução nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos e de bebês. Essas tendências não foram acompanhadas por reduções na taxa de mortalidade neonatal. Em 2000, a mortalidade neonatal representava aproximadamente dois terços de todas as mortes de bebês e cerca de 45% das mortes de menores de 5 anos de idade. Quase 50% das mortes de neonatos ocorrem na primeira semana de vida. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas caso os pais reconhecessem os sinais de alerta, utilizassem práticas adequadas de alimentação ou tivessem acesso a agentes de saúde capacitados e a cuidados baseados em centros de atendimento.

Em 2000, o governo da Índia adaptou a estratégia de Gestão Comunitária Integrada das Doenças Infantis (*Gidi*) para dar maior atenção aos cuidados neonatais. A abordagem resultante – Gestão Comunitária Integrada das Doenças Neonatais e Infantis (*Gidni*) – modifica a *Gidi* com ações específicas para promover a saúde e a sobrevivência de neonatos. Assim como a *Gidi*, a *Gidni* apóia três pilares de provimento eficaz de serviços essenciais para neonatos, bebês e crianças pequenas: fortalece a infra-estrutura do sistema de saúde, aprimora as habilidades dos agentes de saúde e promove a

participação da comunidade – sempre com ênfase adicional sobre a saúde e a sobrevivência de neonatos.

Na prática, a *Gidni* consiste em três visitas domiciliares nos primeiros dez dias após o nascimento, para promover as melhores práticas de cuidados para a criança pequena; provimento especial no nível do vilarejo, com acompanhamento dos bebês com baixo peso ao nascer; reforço das mensagens por meio de reuniões de grupos de mulheres e a criação de um vínculo entre o vilarejo e o domicílio; e avaliação da criança em centros locais de atendimento, com base em casos referenciados.

A *Gidni* é incorporada como parte do programa governamental de Saúde Reprodutiva e da Criança II – uma abordagem integrada para a saúde da mulher, que tem por objetivo oferecer cuidados continuados desde o nascimento até a vida adulta. O custo adicional de acrescentar o componente recém-nascido – em sua maioria, visitas domiciliares – é de apenas US\$0,10 por criança.

Ver Referências, página 106.

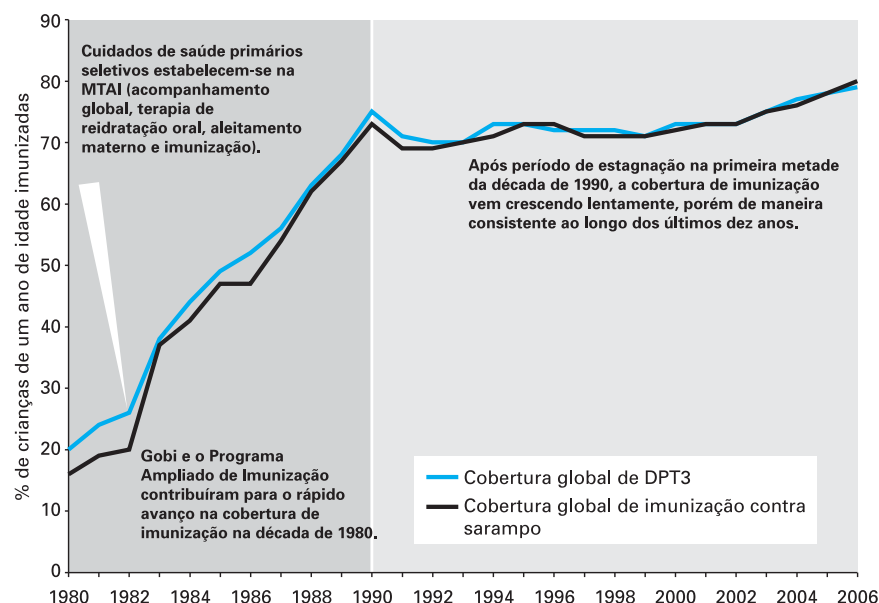
conseguiram compartilhar os ganhos na área da saúde que tanto contribuíram para o aumento da longevidade e, nas áreas de alta prevalência, a pandemia da aids ameaçou reverter esses ganhos.

A partir de então, três objetivos relacionados à saúde foram incluídos entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, adotados por 189 países em 2000, e que devem ser atingidos até 2015 (ver lista completa dos ODM relacionados à saúde e os indicadores a eles associados na Figura 1.9, página 9).

Como explicado no Capítulo 1, os progressos rumo aos ODM relacionados à saúde vêm sendo mais lentos do que esperavam os idealizadores dos ODM. Existem sérias preocupações de que, sem um impulso conjunto e sustentado para expandir o acesso a intervenções essenciais para milhões de mães e crianças que ainda não são atendidas, muitos países – principalmente na África ao sul do

Figura 2.2

Cuidados de saúde primários seletivos e tendências nas taxas de imunização desde 1980



Fonte: Dados fornecidos por Strategic Information Section, Fundo das Nações Unidas para a Infância.

A Iniciativa de Bamako

A Iniciativa de Bamako, patrocinada pelo UNICEF e pela OMS, e adotada em 1987 pelos ministros africanos da área da saúde, baseou-se na percepção de que, embora ao final da década de 1980, aceitassem, em princípio, a doutrina central de cuidados básicos abrangentes de saúde, muitos países – especialmente na África ao sul do Saara – foram sobrecarregados pela falta de recursos e de estratégias práticas de implementação. Em particular, muitos centros de saúde não dispunham de recursos e suprimentos para funcionar de forma eficaz. Em consequência, muitas vezes os agentes de saúde apenas prescreviam medicamentos, que freqüentemente não tinham licença e não eram supervisionados, e que precisavam ser adquiridos no comércio privado. E muitos pacientes perdiam a confiança nos centros de saúde pública, ineficientes e sem recursos. Todas essas circunstâncias ameaçavam reverter os ganhos conquistados na década de 1980. Os principais desafios eram promover a doação de investimentos adicionais, interromper e reverter o declínio dos gastos governamentais com a área social em geral, e com a área da saúde, em particular, e recuperar para o sistema público o dinheiro gasto nos setores privado e informal.

A Iniciativa de Bamako tinha por objetivo aumentar o acesso a cuidados básicos de saúde, melhorando a eficácia, a eficiência, a viabilidade financeira e a equidade dos serviços de saúde prestados. Os centros de saúde de Bamako implementaram um pacote integrado de cuidados mínimos de saúde para satisfazer as necessidades básicas das comunidades, enfocando o acesso a medicamentos e o contato regular entre provedores de cuidados de saúde e comunidades. Com base no conceito da participação direta da comunidade na administração e no financiamento de medicamentos e suprimentos essenciais, os comitês de vilarejo envolveram-se em todos os aspectos da gestão dos centros de saúde, com resultados positivos para a saúde da criança, principalmente na África Ocidental.

O objetivo do financiamento feito pela comunidade era captar uma parcela dos recursos que as famílias já gastavam no setor informal e associá-la aos recursos provenientes do governo e de doadores, de modo a revitalizar os serviços de saúde e melhorar sua qualidade. As intervenções mais eficazes foram oferecidas a preços abaixo daqueles cobrados pelo setor privado, e foram subsidiadas conjuntamente por meio de maior margem de lucro e de pagamento compartilhado mais alto para intervenções de baixa prioridade. A imunização e a terapia de reidratação oral foram oferecidas sem qualquer custo. Critérios locais para isentar os mais pobres de qualquer pagamento foram estabelecidos pelas comunidades.

Embora os países seguissem caminhos diferentes na implementação da Iniciativa de Bamako, tinham, na prática, um único objetivo primordial: oferecer um pacote básico de serviços integrados, por meio de centros de saúde revitalizados, que utilizavam taxas de usuários e gestão de recursos compartilhada com a comunidade. Inúmeras estruturas comuns de apoio

foram organizadas em torno dessa agenda básica, inclusive o fornecimento de medicamentos essenciais, capacitação e supervisão, e acompanhamento.

No processo de implementação, a 'expansão' tornou-se uma etapa crítica. O ritmo da expansão dependia da disponibilidade de recursos internos e externos, da capacidade local, da necessidade de trabalhar na velocidade exigida pelas necessidades das comunidades, e da pressão de governos e doadores. A maioria dos países da África ao sul do Saara que adotaram a Iniciativa de Bamako utilizou alguma forma de expansão gradual, e diversos deles – mais destacadamente Benin, Mali e Ruanda – conseguiram resultados significativos.

Essencialmente, a implementação da Iniciativa de Bamako foi um processo político que envolveu mudanças nos padrões prevalentes de autoridade e poder. A participação da comunidade na gestão e no controle de recursos no nível dos centros de saúde foi o principal mecanismo para garantir a responsabilização dos usuários pelos serviços públicos de saúde. Comitês de saúde, representando as comunidades, conseguiram acompanhar sessões durante as quais metas de cobertura, insumos e gastos eram estabelecidos, revistos, analisados e comparados. Estima-se que a iniciativa melhorou o acesso, a disponibilidade, a viabilidade financeira e a utilização dos serviços de saúde em grande parte da África, elevando e sustentando a cobertura de imunização, e aumentando a utilização de serviços por mulheres e crianças pertencentes ao quintil mais pobre da população.

A Iniciativa de Bamako teve suas limitações. A aplicação de taxas de usuário para famílias pobres e o princípio de recuperação de custos gerou pesadas críticas e, embora muitos países africanos tenham adotado a abordagem, a iniciativa só foi ampliada em alguns deles. No início da década de 2000, mesmo nos países em que a Iniciativa de Bamako foi considerada um sucesso, a população pobre via o preço como uma barreira, e uma grande parcela dessa população não utilizou os serviços essenciais de saúde, apesar das isenções e dos subsídios. O desafio que Benin, Guiné e Mali – assim como outros países africanos que adotaram a Iniciativa de Bamako – ainda enfrentam é proteger os mais pobres e garantir que os custos não impeçam o acesso das comunidades pobres e marginalizadas a serviços essenciais de cuidados básicos de saúde.

Ver Referências, página 106.

Saara – ficarão muito distante da realização desses objetivos.

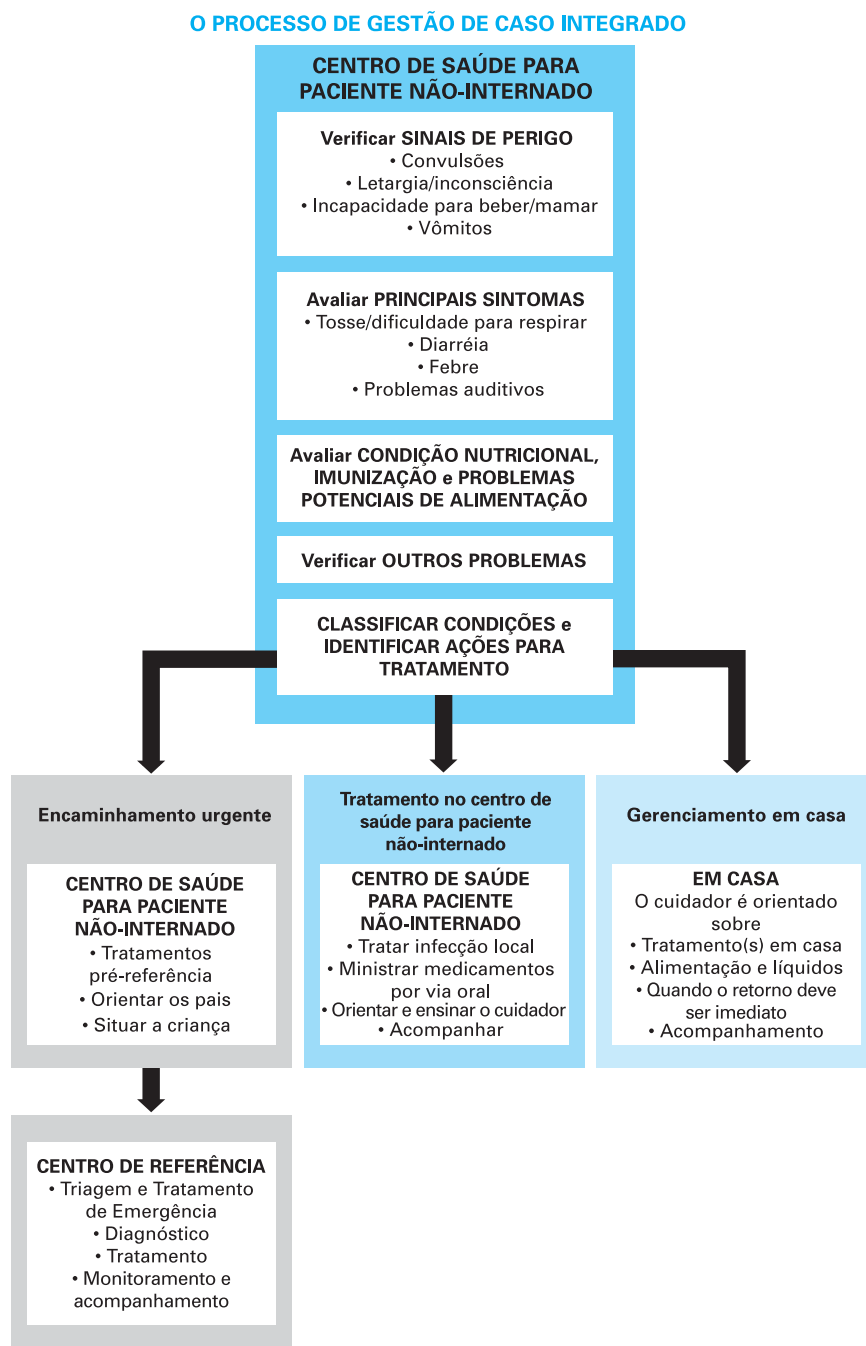
Nos últimos anos, foram realizadas inúmeras reuniões de alto nível, com o objetivo de identificar oportunidades para atingir os ODM, explorar as melhores práticas, assumir compromissos com relação a resultados mensuráveis no nível nacional, e apoiar os ajustes institucionais pertinentes necessários nos níveis regionais, nacionais e globais. Uma preocupação crucial manifestada nesses encontros é o progresso dos países africanos ao sul do Saara, a região com as mais altas taxas de mortalidade materna, de recém-nascidos e de crianças, e a que tem registrados os progressos mais modestos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde.

Ao ritmo atual, a maioria dos 46 países dessa região – e também o Sudão – não conseguirão atingir os ODM. Projeções atuais indicam que a taxa de pobreza na África ao sul do Saara – medida pela proporção de indivíduos que vivem com menos de um dólar por dia – chegará a aproximadamente 40% em 2015.²³ Em alguns países, as taxas de mortalidade de menores de 5 anos ficaram estagnadas, ou até mesmo reverteram, e o número de mortes pediátricas devidas à aids continua a aumentar.

Apesar dessa perspectiva desanimadora, ainda há esperanças provenientes de experiências de outros países, cujas abordagens objetivas resultaram em um declínio significativo nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos.²⁴ Recentemente, diversas revisões abrangentes das intervenções para a sobrevivência infantil, baseadas em evidências, confirmaram que há intervenções de baixo-custo que podem evitar em até dois terços a mortalidade de menores de 5 anos, e em mais de 50% a mortalidade neonatal.²⁵ Além disso, de 88% a 98% das mortes maternas podem ser evitadas.²⁶

Figura 2.3

Gidi (Gestão Integrada de Doenças Infantis) em centros de saúde para pacientes não internados, centros de referenciamento de pronto atendimento e em casa, para crianças doentes a partir de 2 meses até 5 anos de idade



Fonte: Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, Model Chapter for Textbooks: Integrated Management of Childhood Illness. OMS e UNICEF, Genebra e Nova Iorque, 2001, p. 6.

Rumo a uma estrutura unificada para garantir resultados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças

Nos últimos anos, governos e parceiros de desenvolvimento vêm renovando seus compromissos para alcançar os ODM relacionados à saúde e garantir que sua nova

disposição seja traduzida, de maneira eficaz, em estratégias regionais conjuntas ou coordenadas. Ao mesmo tempo, especialistas em mortes maternas, de recém-nascidos e de crianças vêm-se unindo em torno de um conjunto de princípios estratégicos baseados nas lições do século passado. Esses princípios estão baseados em três linhas principais:

Um reconhecimento renovado dos princípios de cuidados básicos de saúde, que enfatizam a primazia da parceria entre família e comunidade em favor da sobrevivência, do crescimento e do desenvolvimento da criança.²⁷ Essa abordagem estimulou um interesse renovado em outro princípio de cuidados básicos de saúde – a necessidade de parcerias com as

Abordagens diagonais: o caminho mexicano

De acordo com um de seus proponentes – Jaime Sepúlveda, do Instituto Nacional de Saúde do México –, a abordagem diagonal constitui o “provimento pró-ativo, baseado em suprimentos, de um conjunto de intervenções em larga escala, com boa relação custo/benefício, que estabelece a conexão entre clínicas de saúde e domicílios”.

Freqüentemente, intervenções verticais constituem o ponto de partida de abordagens diagonais, com a exigência de que essas intervenções sejam ampliadas ao longo do tempo, com apoio de instalações e agentes de campo já existentes. A abordagem diagonal enfatiza a importância da integração e da coordenação entre intervenções verticais, iniciativas baseadas na comunidade e centros de saúde ou serviços ampliados. Enfrenta uma série de questões básicas por meio da implementação prioritária de intervenções específicas, que incluem: fornecimento de medicamentos; planejamento de instalações; financiamento; desenvolvimento de recursos humanos; garantia de qualidade; e prescrição racional.

Nos 25 anos entre 1980 e 2005, o México implementou com sucesso inúmeros programas verticais que subseqüentemente foram ampliados. Esses programas tinham por objetivo: doenças diarreicas (distribuição de sais de reidratação oral e o Programa Água Limpa); doenças imunoevitáveis (dias nacionais de vacinação, campanhas de vacinação contra sarampo, Programa de Vacinação Universal, semanas nacionais de saúde); suplementação de vitamina A e terapia anti-helmíntica (semanas nacionais de saúde).

O Progres a – um programa condicional de transferência de dinheiro, elaborado para envolver as famílias mais pobres do país – forneceu incentivos financeiros para melhorar as práticas de saúde e nutrição, e para manter as crianças na escola. Os benefícios são condicionados à freqüência regular às clínicas de saúde que fornecem serviços essenciais de saúde e nutrição. Suplementos alimentares são distribuídos a todas as crianças entre 6 meses e 23 meses de idade e a crianças entre 2 anos e 4 anos de idade com baixo peso, de famílias selecionadas. O programa foi associado a um impacto fortemente positivo sobre o *status* nutricional das crianças.

Em 2001, quando o Ministério da Saúde lançou o programa *Arranque Parejo en la Vida*, foi introduzido um pacote mais abrangente, composto por cuidados continuados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças. Essa iniciativa promove a participação social e da comunidade, fortalece e amplia os cuidados pré-natais e neonatais, e fornece suplementação de ácido fólico para mulheres, entre outros fatores. Vem alcançando altos níveis de cobertura. Por meio do Seguro Popular – uma iniciativa pública de seguro de saúde –, a saúde materna e a saúde infantil tornaram-se um direito.

Em parte, a abordagem diagonal surgiu como resultado de pesquisas sobre o sistema de saúde do México e de seu desenvolvimento durante os últimos 25 anos. Diferentemente de outras abordagens, surgiu como resposta prática à crescente complexidade dos perfis das doenças e à pressão enfrentada pelo país para desenvolver intervenções e sistemas de saúde que oferecessem serviços de qualidade a preços acessíveis, e que alcançassem as populações mais pobres e mais marginalizadas.

Em 2005, o programa Contagem Regressiva para 2015: Acompanhando o Progresso na Sobrevivência Infantil selecionou 60 países que devem receber atenção prioritária. Entre eles, o México tornou-se um dos sete países a caminho da realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, devido à implementação dessa abordagem diagonal. Atualmente, essa abordagem está formalizada e é patrocinada pelo ex-ministro da Saúde do México Julio Frenk, para quem essa estrutura deve ser integrada a políticas de saúde mais abrangentes. Seu objetivo é superar as dicotomias existentes entre as abordagens horizontal e vertical, as políticas intersetorial e setorial, e os esforços nacionais e internacionais, oferecendo uma “terceira opção”, por meio da qual intervenções eficazes se transformem em forças motrizes do desenvolvimento de sistemas de saúde.

Ver Referências, página 106.

Figura 2.4

Estrutura conceitual para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde

Resultados esperados de saúde, nutrição e população: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	Ações no nível micro: famílias e comunidades	Ações no nível intermediário: sistemas de saúde e outros setores	Ações no nível macro: políticas e financiamento
Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde 1. Erradicar a fome 4. Reduzir a mortalidade de menores de cinco anos 5. Melhorar a saúde materna 6. Combater HIV e aids, malária e outras doenças 7. Garantir sustentabilidade ambiental	Cuidados no nível da família/comunidade Serviços (ampliados) orientados para a população	Sistemas de acompanhamento e informações Capacitação e supervisão Mobilização social Mecanismos de financiamento equitativos Aquisição e fornecimento Infra-estrutura e logística	ODM enfocado e baseado em evidências Políticas, estratégias e planos nacionais Documentos sobre Estratégia de Redução da Pobreza (Derp) Abordagens ampla por setor (AAS) Apoio orçamentário Estrutura de gastos no médio prazo (EGMP)
Proteger a renda familiar ODM 1: Erradicar a pobreza extrema	Cuidados (clínicos) individuais		

comunidades no apoio às famílias, para melhorar suas práticas com as crianças, e para responsabilizar os sistemas de saúde pelo provimento de serviços de qualidade a custos acessíveis. O Capítulo 3 analisa as parcerias com as comunidades no apoio a práticas familiares e de saúde relacionadas à mãe, ao recém-nascido e à criança.

A abordagem ‘desenvolvimento de sistemas de saúde por resultados’ para o provimento de serviços de saúde associa os pontos fortes das abordagens seletiva/vertical e abrangente/horizontal. Essa nova abordagem vem sendo adotada como estrutura para expandir pacotes de intervenções com boa relação custo/benefício e integrá-los a programas de cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças. Enfatiza a expansão de intervenções e práticas de alto impacto, baseadas em

evidências, relacionadas a saúde, nutrição, HIV e aids, água, saneamento e higiene, e ressalta a importância de remover os gargalos existentes nos sistemas, que prejudicam o provimento e a utilização de cuidados de saúde. Quando seu alcance é ampliado em conjunto e quando são implementadas de maneira abrangente, essas intervenções devem exercer um impacto duplo e sinérgico não apenas sobre a sobrevivência infantil, mas também sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança.

Essa abordagem desafia a dicotomia há muito existente entre abordagens verticais, que buscam resultados, e abordagens integradas, que buscam o fortalecimento dos sistemas, com o argumento de que ambas podem ser realizadas por meio da adaptação dos sistemas de saúde, para que produzam

resultados. Reconhece também que as probabilidades de que condições ótimas de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento sejam atingidas e sustentadas são maiores quando medidas preventivas estão disponíveis para as futuras mães (ou seja, para adolescentes e mulheres jovens) antes do nascimento de seus filhos, e quando podem usufruir dos benefícios de um conjunto de cuidados, que compõem uma abordagem integrada em desenvolvimento em favor da saúde reprodutiva maternal, neonatal e infantil. O Capítulo 4 analisa como expandir o alcance dessas estratégias.

Melhores formas de trabalho nos níveis nacional e internacional, com forte ênfase em coordenação, harmonização e resultados. É preciso uma nova forma de trabalhar pela comunidade global em apoio aos países, para que possam

Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado na África Ocidental

O Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado (ACSD) é um exemplo mais recente de abordagem integrada aos cuidados básicos de saúde, lançado por governos nacionais na África Ocidental e Central em cooperação com o UNICEF. Tem por objetivo reduzir as taxas de mortalidade de bebês (menores de 1 ano de idade), de menores de 5 anos e materna. O programa foi criado quando a Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (Cida) solicitou ao UNICEF que desenvolvesse um projeto inovador para reduzir a mortalidade infantil. Foi lançado em 2002 em quatro países, cobrindo 16 distritos e três milhões de pessoas. Desde então, o programa vem crescendo rapidamente e, em 2004, prestava atendimento a mais de 16 milhões de pessoas em distritos selecionados em 11 países da África Ocidental e Central que registram altas taxas de mortalidade de menores de 5 anos. O programa concentra-se em três estratégias de provimento de serviços para aumentar a cobertura para mulheres e crianças:

- *Promoção baseada na comunidade* de um pacote de práticas familiares de saúde e nutrição, utilizando principalmente voluntários.
- *Expansão e campanhas* para oferecer serviços e produtos essenciais, tais como imunização, vitamina A, tratamento anti-helmíntico e atendimento pré-natal selecionado.
- *Distribuição baseada em centros* de um pacote de cuidados mínimos integrados, composto por todas as intervenções prioritárias selecionadas.

Essas intervenções prioritárias também são organizadas em torno de três áreas, que se baseiam nos pontos fortes dos programas e das abordagens já existentes:

- *Atendimento pré-natal plus (ANC+)*, que fornece tratamento preventivo intermitente contra malária durante a gestação, suplementação de ferro e ácido fólico, vacina contra tétano e prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança.
- *Programa Ampliado de Imunização plus (PAI+)*, que inclui imunização, suplementação de vitamina A e desverminação.
- *Gestão Comunitária Integrada de Doenças Infantis plus (Gidi+)*, que cobre promoção de mosquitos tratados com inseticida, terapia de reidratação oral, medicamentos antimaláricos, aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar.

O atendimento 'três por três' e a estrutura da intervenção são apoiados por estratégias transversais, que lidam com restrições comportamentais, institucionais e ambientais. Essas estratégias incluem:

- Advocacia, mobilização social e comunicação em favor de mudanças comportamentais.
- Abordagem baseada em resultados para o fornecimento de serviços no nível da comunidade.
- Acompanhamento e micro-planejamento baseados em distritos.
- Capacitação integrada.
- Sistemas aprimorados de suprimentos.

O Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado adota uma estrutura integrante baseada em intervenções já existentes, com parceiros nacionais e internacionais. Coloca grande ênfase na regulamentação da estrutura junto a políticas e programas nacionais, tais como programas com enfoque setorial amplo, estratégias de redução da pobreza e estruturas associadas de gastos de médio prazo, um fundo comum e apoio ao orçamento. Enfatiza também a construção da capacidade nos níveis regional, distrital e da comunidade.

O programa tem um componente fortemente baseado na comunidade e é considerado "centrado no comportamento", uma vez que a maioria das intervenções promove mudanças comportamentais – por exemplo, utilização de mosquitos tratados com inseticidas nas comunidades em que a malária é endêmica, melhoria dos cuidados com crianças e recém-nascidos doentes, e estímulo ao aleitamento materno e à alimentação complementar. O programa inclui também estratégias de expansão ativas e móveis, essenciais para alcançar as áreas mais remotas.

Com base em dados preliminares apresentados pelas equipes distritais de saúde em Gana, esta abordagem integrada – que inclui imunização, alimentação de bebês e de crianças pequenas, gestão integrada das doenças infantis, e atendimento pré-natal – já vem causando um impacto positivo sobre a cobertura da imunização de rotina. Mosquitos tratados com inseticidas subsidiados estão sendo distribuídos durante as atividades *plus* de imunização.

Ver Referências, página 106.

expandir as abordagens diagonais aos cuidados básicos de saúde. A harmonização entre as inúmeras iniciativas globais e parcerias relacionadas à saúde e o apoio de doadores para a realização dos ODM relativos à saúde é fundamental para um paradigma unificado. Outros requisitos incluem:

- Apoio mais consistente aos países em desenvolvimento em seus planejamentos, suas políticas e suas estruturas orçamentárias nacionais direcionadas aos ODM relativos à saúde.
- Alinhamento de doadores no apoio a prioridades e planos nacionais, e provimento de recursos previstos para o longo prazo, direcionados aos ODM relativos à saúde.
- Fortalecimento de sistemas de saúde e outros setores, visando aos resultados dos ODM.
- Aprimoramento da eficácia e da eficiência do apoio multilateral dentro do contexto de harmonização das Nações Unidas, por meio do estímulo a um sentido global coletivo de urgência para alcançar os ODM relativos à saúde.
- Alteração das formas institucionais de negociação para alcançar os ODM; desenvolvimento de uma abordagem mais sistemática e robusta para gestão e aprendizagem de conhecimentos.
- Aproveitamento da oportunidade apresentada pelos interesses renovados em resultados na área da saúde.
- Reconhecimento de que o papel da sociedade civil e do setor privado será essencial para o sucesso. (O Capítulo 5 discute essa nova forma de trabalho).

A Figura 2.4 demonstra a complementaridade desses novos

© UNICEF/HQ05-2059/Donia DeCesare



Crianças pequenas precisam de nutrição adequada para ter um começo de vida saudável. Comendo uma refeição juntos, Honduras.

princípios estratégicos para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde. Esclarece também que, embora os ODM sejam primariamente determinados nos níveis da família e da comunidade, suas realizações exigem que famílias e comunidades recebam apoio dos sistemas de saúde e de outros setores. É preciso que políticas e financiamentos – tanto no nível global quando no nível nacional – permitam que sistemas de saúde e outros setores apoiem famílias e comunidades, e garantam a responsabilidade final pelos resultados.²⁸

Construindo a partir das lições aprendidas

Conforme demonstrado por esta breve revisão, a aprendizagem e o desenvolvimento da comunidade da saúde pública são constantes. É preciso focalizar estratégias já testadas, direcionadas ao alívio das principais causas de mortes infantis, e que, ao fazê-lo de forma eficaz, as intervenções devem prover cuidados continuados,

que envolvam comunidades e famílias, assim como serviços ampliados e baseados em centros. Os sistemas de saúde devem ser fortalecidos e ampliados, para apoiar novas iniciativas, inclusive parcerias com as comunidades, e devem contar com a retaguarda de lideranças fortes e de compromissos nacionais e internacionais. Além disso, as inúmeras instituições envolvidas com a sobrevivência, a saúde e a nutrição maternal e infantil devem trabalhar em conjunto e de forma eficaz. Um princípio abrangente que surgiu da revisão de seis décadas de abordagens à sobrevivência e à saúde infantis é que não existe uma abordagem única que seja aplicável a todas as circunstâncias. A organização, o provimento e a orientação para intervenção em relação a serviços de cuidados de saúde devem ser adaptados para adequar-se às restrições de recursos humanos e financeiros, ao contexto socioeconômico, à capacidade existente do sistema de saúde e, por fim, à urgência para alcançar resultados.

HIV e aids na África e seu impacto sobre mulheres e crianças

Elizabeth N. Mataka, enviada especial do Secretário-Geral das Nações Unidas para HIV/aids na África

É desalentador observar que as mulheres representam cerca de 50% de todos os adultos que vivem com HIV em todos os lugares do mundo. Apenas na África ao sul do Saara, de 23 milhões de adultos entre 15 e 49 anos de idade infectados com HIV, 13,1 milhões – ou 57% – são mulheres. Na Zâmbia, por exemplo, mulheres e meninas são altamente vulneráveis ao HIV e à aids, e as mulheres entre 15 e 24 anos têm probabilidade três vezes maior de ser infectadas do que os homens no mesmo grupo etário. O custo imposto às mulheres pelo HIV – principalmente aquelas que vivem na África – vem sendo amplamente subestimado. As crianças também não têm sido poupadas dos efeitos da aids, e seu impacto é devastador. Estima-se que, ao final de 2006, 2,3 milhões de crianças menores de 15 anos de idade viviam com HIV.

Muitas crianças continuam a perder seus pais como consequência da aids, e essa situação levou a um aumento no número de órfãos e de crianças vulneráveis. As previsões para 2010 calculam em cerca de 15,7 milhões o número de crianças órfãs devido à aids apenas na África ao sul do Saara. As crianças sofrem por um longo período antes da morte de seus pais, principalmente as meninas, que precisam sair da escola para cuidar dos pais doentes, principalmente de suas mães. As crianças perdem a oportunidade de educação e de desenvolvimento máximo de seu potencial devido à falta de apoio. Quando seus pais morrem, as crianças por vezes precisam mudar para outro local – perdem seus amigos, assim como a vizinhança familiar e o ambiente em que se sentiam seguras. O trauma real sofrido por essas crianças permanece desconhecido, uma vez que não há serviços de orientação infantil na África. Suponho que a ênfase seja dada às necessidades físicas visíveis, em detrimento das necessidades psicológicas das crianças, mais complexas e desafiadoras.

As crianças já não podem mais confiar no apoio do sistema tradicional da família ampliada, que fornece cuidados e apoio para idosos, órfãos e qualquer outro membro da família em situação vulnerável e menos favorecida. Este Esse mecanismo de apoio foi sobrecarregado pela pobreza e pelos números absolutos de crianças que precisam de cuidados, uma vez que a aids afeta os membros mais produtivos das famílias na plenitude de sua vida produtiva e reprodutiva. Consequentemente, muitas vezes as crianças mudam-se para lares que já estão sobrecarregados e nos quais não são realmente bem-vindas. Algumas delas ficam sem ter onde morar e vivem nas ruas das principais capitais da África.

Todas as crianças precisam de um teto, nutrição adequada, cuidados e estruturas de apoio para ajudar na sua criação e renovar sua esperança no futuro. Sem educação e socialização, providas por pais e guardiões, as crianças não conseguem adquirir as habilidades e o conhecimento de que necessitam para que se tornem adultos plenamente

produtivos na sociedade. O HIV e a aids estão deixando para trás uma geração de crianças criadas por avós que, na maioria dos casos, também necessitam de apoio devido a sua idade.

As taxas de infecção entre mulheres e meninas causam profunda preocupação, e quando associadas à carga de trabalho assumida pelas mulheres – cuidar de pacientes com aids, de órfãos da aids e de suas próprias famílias –, tornam a situação insustentável, principalmente na África Meridional.

A disparidade do *status* socioeconômico entre homens e mulheres causa grande impacto na disseminação do HIV, principalmente entre mulheres e meninas. Normas culturais e casamentos precoces aumentam ainda mais a vulnerabilidade de meninas jovens à infecção. A comunicação restrita sobre questões de sexo limita sua capacidade para negociar práticas mais seguras e pode forçá-las a permanecer em relações de risco. E os problemas socioeconômicos podem limitar seu acesso a orientação e tratamentos. Em contextos desse tipo, as mulheres não possuem bens nem têm acesso a recursos financeiros, sendo dependentes do apoio de seus maridos, pais, irmãos e filhos. Sem recursos, essas mulheres ficam suscetíveis à violência sexual, e a ameaça dessa violência também limita sua capacidade de proteção contra HIV e aids.

A crise está longe de ser superada. Os governos africanos devem comprometer-se com o fortalecimento de iniciativas que aumentem a capacidade de proteção dos indivíduos – principalmente de mulheres e crianças. O aumento do poder das mulheres não pode mais ser tratado sob o título geral de “Colocar as Questões de Gênero em Todos os Aspectos do Desenvolvimento”. O aumento do poder das mulheres, assim como o apoio a órfãos e crianças vulneráveis, deve subir para o nível seguinte de programas bem direcionados, bem financiados, com prazos determinados e que apresentem resultados mensuráveis.

É necessário maior apoio de iniciativas ‘além da conscientização’, que enfoquem desenvolvimento de habilidades, promoção de saúde baseada na comunidade, condições positivas de vida, igualdade de gênero e acesso universal à prevenção, cuidados e tratamento.

As ramificações da pandemia de aids são muitas e causam impacto negativo em todos os aspectos do desenvolvimento. Há muito a ser feito na África para garantir que a resposta seja proporcional aos desafios humanos e financeiros impostos pelo HIV e pela aids. São necessários programas de prevenção, cuidados e apoio sustentados no longo prazo, e de provimento de recursos consistentes, previsíveis e sustentados. É necessário também capacitar as mulheres e mudar as práticas culturais que as discriminam. Respostas sustentáveis no longo prazo são essenciais e só podem ser alcançadas quando todos os interessados relevantes trabalharem em conjunto.

Parceria pela Saúde Materna, Neonatal & Infantil

A Parceria pela Saúde Materna, Neonatal & Infantil (PMNCH), lançada em setembro de 2005, reúne 180 comunidades maternas, neonatais e infantis em uma aliança para reduzir a mortalidade e a morbidade. A Parceria é produto de uma aliança entre as três principais parcerias pela saúde materna, neonatal e infantil: Parceria pela Maternidade Segura e pela Saúde do Recém-nascido, sediada pela OMS, em Genebra; Parceria pelo Recém-nascido Saudável, com base no Save the Children dos Estados Unidos; e Parceria pela Sobrevivência da Criança, sediada pelo UNICEF, em Nova Iorque.

A PSMNI está centrada em quatro áreas de trabalho básicas:

- **Advocacia:** sua missão central, para analisar o perfil da saúde materna, neonatal e infantil nas agendas de políticas e pressionar por financiamento e recursos adicionais.
- **Promoção e avaliação de intervenções eficazes,** baseadas em evidências: visando à expansão, com foco na redução da desigualdade no acesso a cuidados de saúde.
- **Apoio nacional:** para incluir cuidados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças nos planos nacionais de

desenvolvimento e investimento, fortalecer sistemas de saúde e melhorar a equidade na cobertura.

- **Acompanhamento e avaliação da cobertura de intervenções prioritárias,** dos progressos realizados rumo aos ODM 4 e 5, e igualdade na cobertura: para manter a responsabilização dos interessados.

Os membros da PMNCH estão divididos em seis grupos: instituições acadêmicas e de pesquisa; profissionais da área da saúde; agências da ONU; organizações não-governamentais; doadores e fundações; e governos.

A parceria tem por objetivo colocar no mínimo 50% dos 60 países identificados pelo programa Contagem Regressiva para 2015: Acompanhando os Progressos na Sobrevivência Infantil no caminho para alcançar os ODM 4 e 5 até 2010. Uma definição de seu trabalho é gerar atendimentos integrados de cuidados continuados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças, ao longo do tempo (períodos de gestação, nascimento, lactância e infância) e em qualquer localização (domicílio, comunidade e centros de saúde).

Ver Referências, página 106.

O Capítulo 3, que destaca a necessidade de desenvolver sistemas de saúde que forneçam cuidados continuados de qualidade e que enfoquem os benefícios de utilizar parcerias com comunidades nos países

cujos sistemas de saúde têm capacidade insuficiente, mostra como o acúmulo de conhecimentos vem sendo utilizado. Os resultados são promissores e, algumas vezes, impressionantes. Mas ainda há muito a fazer – e muito mais

a aprender – para expandir essas abordagens de modo que alcancem os milhões de mães, recém-nascidos e crianças que atualmente vivem ou morrem sem acesso a cuidados de saúde de boa qualidade.



RESUMO

Para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a área de saúde sejam alcançados, será preciso fortalecer os sistemas de saúde em todos os níveis – serviços baseados em centros de atendimento, programas formais de saúde pública e parcerias na comunidade. Um conjunto crescente de evidências mostra que melhores práticas na comunidade e na família, associadas a oportunidades de encaminhamento ao sistema de saúde, podem ter um impacto poderoso sobre a redução da mortalidade de menores de 5 anos. Como resultado, sistemas de saúde integrados e cuidados básicos de saúde organizados na comunidade vêm recebendo novamente mais atenção e maior ênfase em políticas nacionais e em parcerias e programas internacionais voltados à questão da saúde.

A experiência demonstra que parcerias comunitárias bem-sucedidas estão fundamentadas em diversos

aspectos comuns: organização e participação da comunidade de forma coesiva e inclusiva; apoio e incentivos para agentes comunitários de saúde; programas desenvolvidos com supervisão e apoio adequados; sistemas de referência eficazes para o atendimento baseado em centros de saúde; cooperação e coordenação com outros programas e setores; segurança no financiamento; e integração com programas e políticas distritais e nacionais.

Liderança nacional e domínio de parcerias comunitárias são condições essenciais para garantir a sustentabilidade e para promover a expansão. Os governos têm um papel crítico no desenvolvimento e na implementação de políticas que busquem a redução de barreiras aos cuidados básicos de saúde, na melhoria da qualidade e da eficiência dos prestadores de serviços, e no aumento da responsabilização por parte dos órgãos públicos.

Parcerias comunitárias são fundamentais para reduzir as taxas de mortalidade materna, de recém-nascidos e de crianças. *Uma animadora comunitária para o desenvolvimento, Índia.*

O desenvolvimento de políticas de saúde eficazes, centradas na criança, e a construção de instituições fortes que estabeleçam a ligação entre a comunidade e os sistemas de saúde são passos fundamentais em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde: em muitos países, para que sejam realizados progressos significativos, aumentos nos gastos deverão ser acompanhados por melhorias substanciais no ambiente de políticas. Os doadores, por outro lado, devem reorganizar-se em torno de políticas e estratégias nacionais voltadas para a melhoria das condições de sobrevivência, saúde e nutrição da mãe e da criança e, juntamente com os governos, devem investir recursos humanos e financeiros em volumes suficientes para expandir e fortalecer parcerias comunitárias.

Parcerias comunitárias em cuidados básicos de saúde para mães, recém-nascidos e crianças

O papel e a importância de parcerias comunitárias

Quando bebês e crianças adoecem, a linha de frente para a prestação de cuidados é formada por membros da família, especialmente os pais e outros cuidadores próximos. Os membros da família, principalmente a mãe, elaboram o primeiro diagnóstico da doença, avaliam a gravidade e os desdobramentos prováveis, selecionam o tratamento e as opções de prestação de cuidados – inclusive tratamento em casa – e adquirem e administram medicamentos e outros remédios. As famílias e os cuidadores tomam a decisão de buscar cuidados de saúde formais para mulheres grávidas e crianças que adoecem, e decidem se devem ou não adotar outras práticas de alimentação e higiene.

O aumento do poder das comunidades e das famílias, para que participem de ações voltadas aos cuidados de saúde e nutrição de mães, recém-nascidos e crianças, constitui uma maneira lógica de aumentar a oferta de cuidados, especialmente em países e comunidades que não dispõem de cuidados básicos de saúde e de serviços ambientais. A necessidade de participação comunitária nos cuidados de saúde e na nutrição dos indivíduos e das

famílias foi estabelecida há quase três décadas, acompanhando o movimento que levou ao conceito de cuidados de saúde primários abrangentes incorporado à Declaração de Alma-Ata, em 1978.¹ Já está claro há muito tempo que, sem a participação das comunidades, o objetivo de “cuidados de saúde para todos” continuará seriamente limitado, especialmente nas áreas mais marginalizadas e empobrecidas.²

Os benefícios de parcerias comunitárias, já conhecidos, constituem parte da experiência de aprendizagem necessária para melhorar as condições de saúde no longo prazo. A participação da comunidade é vista como um mecanismo para reduzir e, ao final, eliminar desconexões profundas entre conhecimento, política e ação, que impedem o sucesso dos esforços que buscam resolver os problemas de oferta e demanda de cuidados.³

A importância da participação nas áreas de cuidados de saúde, práticas de higiene, nutrição e serviços de abastecimento de água e de saneamento extrapola os benefícios diretos aos membros da comunidade, à medida que eles se envolvem em atividades que têm impacto positivo sobre sua saúde. A participação está na essência de uma

abordagem ao progresso humano baseada em direitos. É fundamental para permitir que as pessoas alcancem sua plena capacidade e exercitem seu direito ao envolvimento com questões públicas e comunitárias, e promove equidade, igualdade e aumento de poder – características essenciais para o desenvolvimento humano sustentável e para os objetivos de pactos tais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher e a Declaração do Milênio, entre outras.

Uma multiplicidade de parcerias comunitárias

Não há uma definição universal de comunidade na literatura sobre saúde pública, e o conceito pode ser mais ou menos amplo, de acordo com as circunstâncias. Intuitivamente e na prática, no entanto, ‘comunidade’ frequentemente refere-se a um grupo de pessoas que residem em uma área geográfica específica e que têm em comum interesses, heranças e bens compartilhados. É possível também que sofram privações semelhantes de seu direito a cuidados de saúde de qualidade, nutrição adequada e água limpa e saneamento.⁴



© UNICEF/HQ05-2186/Giacomo Prozzi

O apoio a gestantes por meio de atendimento comunitário amplia os cuidados para a mãe e a criança. *Orientação sobre HIV para gestantes em um centro de saúde local, República Democrática do Congo.*

Com base nessa definição ampla de comunidade, *parcerias comunitárias* são abordagens e estratégias que buscam envolver ativamente os membros da comunidade em ações voltadas para suas próprias condições de saúde e bem-estar, assim como de seus filhos e outros dependentes.

Parcerias comunitárias na área de saúde materna, do recém-nascido e da criança são ricas em diversidade. Algumas são realizadas em pequena escala, envolvendo apenas alguns milhares de pessoas, ou mesmo algumas centenas; outras iniciativas – como a rede de agentes de saúde comunitários, no Brasil, ou o programa Mulheres Trabalhadoras na Saúde, do Paquistão – envolvem milhares de trabalhadores, cobrindo milhões de crianças e mulheres. Alguns programas enfatizam aspectos do suprimento, como a prestação de serviços por meio de agentes de saúde comunitários, ao passo que outros estão mais centrados em iniciativas voltadas para a demanda, para mobilizar demanda social por responsabilização e resultados por parte do governo. Algumas iniciativas de agentes de saúde comunitários recorrem à participação

voluntária, ao passo que outras envolvem pagamento em espécie, parcial ou em dinheiro. Alguns programas baseados na comunidade são apoiados nacionalmente e integrados a políticas setoriais e ao sistema de saúde mais amplo, enquanto outros ainda estão por ser incorporados, total ou parcialmente.⁵

Ao menos em parte, a multiplicidade de programas e abordagens à participação comunitária reflete a diversidade das comunidades. Cada um deles tem suas próprias características sociais, sua estrutura organizacional e vínculos específicos com outros grupos. Portanto, para que sejam eficazes, programas e abordagens direcionados às comunidades devem adaptar-se às necessidades e ao contexto local, e devem ser mantidos sob o domínio da comunidade.

A adaptação de estratégias para contextos individuais é um processo complexo, uma vez que, assim como países e regiões, também as comunidade frequentemente são entidades heterogêneas. Além de existirem diferenças marcantes entre

comunidades em determinado país ou distrito, é provável que existam disparidades também dentro delas. Membros de comunidades podem compartilhar heranças e interesses comuns, e podem sofrer privações, discriminação e falta de poder em níveis semelhantes; mas indivíduos diferentes terão necessidades, preocupações e expectativas específicas em relação a cuidados de saúde. As comunidades podem abrigar indivíduos com personalidade forte, que tanto podem contribuir para o desenvolvimento de um programa de saúde como podem obstruí-lo, dependendo de seu ponto de vista ou de seu interesse.

Apesar dessas variações, as evidências e a observação permitem a identificação de fatores comuns em abordagens a cuidados de saúde e nutrição baseadas na comunidade. Um objetivo abrangente é que programas baseados na comunidade aumentem a possibilidade de acesso da população local a serviços e intervenções de saúde. Além disso, são considerados recursos potenciais para a aceleração de avanços em mudanças de comportamento, em práticas de cuidados e na busca por cuidados, e para aumentar o poder das comunidades e das famílias para que demandem serviços de qualidade.⁶ Outros aspectos comuns entre abordagens a cuidados de saúde e nutrição baseadas na comunidade são apresentadas no Destaque da página 48.

Fatores de sucesso em parcerias comunitárias

Diversos fatores são comuns em abordagens baseadas na comunidade que apresentam bons resultados. Qualquer que seja o ambiente, a

Práticas básicas para intervenções de cuidados de saúde baseados na comunidade

Inúmeras agências, incluindo UNICEF e OMS, concordaram com as 12 práticas familiares fundamentais para neonatos e bebês, que podem ajudar a promover a sobrevivência, a saúde e a nutrição da criança nas comunidades:

- **Aleitamento materno exclusivo:** Promover o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até 6 meses de idade. Mães com HIV necessitam de orientação sobre possíveis alternativas ao aleitamento materno.
- **Alimentação complementar:** Iniciar aos 6 meses de idade. A complementação alimentar rica em nutrientes e simultânea ao aleitamento materno, por no mínimo dois anos, pode evitar mais de 10% das mortes causadas por diarreia e infecções respiratórias agudas, principalmente a pneumonia; e aumentar a resistência ao sarampo e a outras doenças.
- **Suplementação de micronutrientes:** Aumentar da ingestão de vitamina A por meio da dieta ou de suplementos nas comunidades nas quais foi constatada a deficiência dessa vitamina pode reduzir em 20% a mortalidade de crianças entre 6 meses e 5 anos de idade.
- **Higiene:** Melhorar as práticas de higiene, principalmente a lavagem das mãos com sabão (ou cinzas) e o descarte seguro das fezes, pode reduzir em 35% a incidência de diarreia.
- **Imunização:** Vacinar todas as crianças menores de 1 ano de idade contra o sarampo pode evitar a maioria das mortes anuais relacionadas a essa doença. Os cuidadores devem certificar-se de que as crianças recebam a série completa de vacinas antes de completar 1 ano de idade – vacinas contra bacilo Calmette-Guérin (BCG), difteria, coqueluche e tétano, vacina oral contra pólio e vacina contra sarampo.
- **Prevenção da malária:** Utilizar mosquiteiros tratados com inseticida nos domicílios situados em áreas em que a malária é endêmica pode reduzir em até 23% as mortes de crianças relacionadas à malária.
- **Cuidados e desenvolvimento psicossociais:** Promover o desenvolvimento mental e social por meio do atendimento das necessidades de cuidados da criança e de conversas e brincadeiras em um ambiente estimulante.

- **Alimentação e fluidos para crianças doentes:** Não interromper a alimentação e oferecer maior quantidade de líquidos, inclusive leite materno, para crianças doentes.
- **Tratamento domiciliar:** Dar às crianças doentes tratamento domiciliar adequado para infecções.
- **Busca por cuidados:** Reconhecer quando uma criança doente necessita de cuidados fora do ambiente do lar, e buscar cuidados em centros de atendimento adequados.
- **Práticas adequadas:** Seguir a orientação do agente de saúde sobre tratamento, acompanhamento e cuidados referenciados.
- **Cuidados pré-natais:** Todas as gestantes devem receber atendimento pré-natal adequado. Esse atendimento inclui no mínimo quatro consultas pré-natais com um prestador de cuidados de saúde adequado e as doses recomendadas de vacinação contra o toxóide tetânico. A mãe também merece o apoio de sua família e de sua comunidade na busca de cuidados no momento do parto e durante o período pós-parto e de lactação.

Outras práticas importantes que protegem as crianças incluem: prover cuidados adequados para aquelas afetadas por HIV/aids, principalmente órfãs e crianças vulneráveis; proteger as crianças de lesões e acidentes, abuso e negligência; e envolver os pais nos cuidados com seus filhos.

Muitas dessas ações podem ser realizadas por agentes comunitários de saúde ou pelos próprios membros das comunidades, desde que tenham o apoio adequado e recebam os produtos e serviços necessários. O envolvimento direto da comunidade talvez seja mais adequado para os aspectos dos cuidados de saúde e nutrição que afetam os indivíduos de maneira mais direta e rotineiramente. Esses cuidados incluem alimentar bebês e crianças pequenas, outras práticas de cuidados e o fornecimento de água e saneamento.

Ver Referências, página 107.

implementação depende do contexto local. A identificação dos fatores de sucesso não é apenas uma maneira positiva de avaliar programas e de ‘aprender fazendo’: é também um procedimento muito mais fácil do que tentar desagregar dos fatores contextuais aqueles elementos que não

funcionaram em um programa baseado na comunidade. Conseqüentemente, embora o Destaque da página 48 relacione uma série de desafios comuns enfrentados por parcerias comunitárias na área de cuidados básicos de saúde, o capítulo abordará principalmente a

identificação e a explicação dos princípios comuns a iniciativas bem-sucedidas.

Fatores de sucesso identificados a partir de evidências e experiências são apresentados e resumidos a seguir, e incluem:

- Organização e participação da comunidade de forma coesiva e inclusiva.

- Apoio e incentivos para agentes comunitários de saúde.

- Programas desenvolvidos com supervisão e apoio adequados.

- Sistemas de encaminhamento eficazes para o atendimento baseado em centros de saúde.

- Cooperação e coordenação com outros programas e setores.

- Segurança no financiamento.

- Integração com programas e políticas distritais e nacionais.

Cada um desses princípios será brevemente resumido nas próximas páginas.

Organização e participação da comunidade de forma coesiva e inclusiva.

Uma organização coesiva e inclusiva é uma característica fundamental de parcerias comunitárias bem-sucedidas. As comunidades

funcionam sob normas e práticas determinadas que, com frequência, estão profundamente arraigadas em heranças sociais, religiosas ou culturais. Programas que respeitam essa herança estão entre as abordagens baseadas na comunidade que tiveram os maiores sucessos em ações voltadas à saúde e à nutrição. Na Ásia, por exemplo, as iniciativas em grande escala empreendidas em Bangladesh (BRAC), na Índia (Jamkhed e outras), no Paquistão (Agentes de Saúde Femininas) e em outros países foram conduzidas por organizações locais – frequentemente,

Aspectos e desafios comuns das parcerias nas comunidades em relação a saúde e nutrição

Meta abrangente

- Reduzir a mortalidade e a morbidade de mães, recém-nascidos e crianças.

Objetivos

- Melhorar o acesso a serviços preventivos e curativos.
- Promover o contato mais direto e freqüente entre agentes de saúde e cuidadores, mães e crianças.
- Estimular mudanças comportamentais sustentáveis.
- Apoiar práticas de cuidados.
- Estimular a mobilização social pela comunidade visando à demanda por melhores serviços e por responsabilização.

Características centrais

- Atividades de cuidados de saúde e nutrição realizadas fora dos centros formais de saúde.
- Agentes comunitários de saúde – freqüentemente voluntários ou pessoas que trabalham em meio período – são participantes essenciais no provimento de serviços essenciais e na promoção de melhores práticas de cuidados.
- Capacitação, apoio e supervisão de agentes comunitários de saúde são aspectos comuns nos programas.
- Disponibilidade de um ponto central nas imediações para o provimento de serviços ou para visitas domiciliares.
- Organização comunitária em apoio ao programa e contribuindo não apenas com administração e implementação, mas muitas vezes também com planejamento e avaliação.

- Outros aspectos dos cuidados básicos de saúde – principalmente água e saneamento, assim como intervenções agrícolas – fazem parte do programa.

Características adicionais comuns a algumas parcerias com as comunidades, mas não a todas

- Encaminhamento de casos a centros de saúde.
- Apoio dado por agentes que atuam em programas expandidos.
- Integração do programa ao setor de saúde mais amplo.
- Integração a programas e políticas de desenvolvimento nacional.
- Medidas para fortalecer o ambiente de apoio, ou seja, iniciativas em favor da igualdade de gênero.

Restrições comuns nas parcerias com as comunidades

- Falta de agentes comunitários de saúde para prover serviços de qualidade.
- Coordenação inadequada dos diversos participantes.
- Recursos insuficientes para atividades baseadas na comunidade.
- Suprimento irregular de medicamentos e instalações.
- Apoio e supervisão inconsistentes por parte dos agentes comunitários de saúde.
- Práticas tradicionais de cuidados infantis arraigadas.
- Baixo *status* econômico da mulher.

Ver Referências, página 107.

por grupos de mulheres. Esses grupos iniciaram suas ações a partir de estruturas estabelecidas dentro das comunidades, e as ampliaram para outras áreas de atividade, inclusive educação, crédito e saúde.⁷

Apenas organização não basta para promover mudanças duradouras. Para que seja realmente eficaz e universal em seu escopo, a participação comunitária deve ser socialmente inclusiva. Uma vez que as comunidades são freqüentemente heterogêneas em composição e estrutura, o estabelecimento de uma parceria comunitária socialmente inclusiva pode ser um desafio. Padrões de exclusão e discriminação relativos a gênero, religião, etnia e deficiência que se mantêm por muito tempo podem comprometer o alcance das intervenções. Divisões entre membros da comunidade também podem ter raízes em eventos e circunstâncias mais recentes, tais como conflitos civis e o estigma associado ao HIV e à aids.⁸

Mesmo quando as comunidades são organizações respeitadas, socialmente inclusivas, sua participação em programas não ocorre de maneira automática. É preciso que haja defesa de seus interesses e comunicação para que organizações comunitárias consigam afirmar suas preferências e necessidades na área de cuidados de saúde, nutrição e serviços de abastecimento de água e de saneamento. Depois que o programa é lançado e implementado, os membros da comunidade devem verificar se seu desenvolvimento atende aos objetivos individuais e coletivos estabelecidos. À medida que os programas avançam, sua relevância deve ser avaliada com regularidade.⁹

Programas que limitam a participação comunitária à implementação correm o risco de fragilizar o domínio local, resultando em uma participação apenas experimental e irrelevante.¹⁰ Reuniões

© UNICEF/HQ07-0463/Christine Nesbitt



Líderes locais podem atuar vigorosamente em defesa da promoção de intervenções de saúde essenciais dentro das comunidades. *Um chefe distrital vacina seu filho contra a pólio, Nigéria.*

periódicas das organizações comunitárias envolvidas em programas comunitários constituem um componente de participação importante. Nessas reuniões, os resultados e as evidências podem ser discutidos como parte do planejamento, do acompanhamento e da avaliação.

Apoio e incentivos para agentes comunitários de saúde

Agentes de saúde comunitários são constituídos como parte integrante de programas baseados na comunidade, atuando como ponte de ligação entre a equipe de profissionais da saúde e a comunidade, ajudando a comunidade a identificar e encaminhar suas próprias necessidades.

De maneira geral, agentes de saúde comunitários são o elemento principal em programas baseados na comunidade que envolvem tratamento, educação e orientação, normalmente por meio de visitas domiciliares. Além disso, esses agentes dão assistência em centros de

saúde, adquirem e prescrevem medicamentos e outros produtos essenciais, participam das reuniões na comunidade e cumprem suas responsabilidades no gerenciamento dos programas. Outras tarefas incluem a participação em reuniões no distrito local e na região para capacitação e troca de informações, e a atribuição de representar a comunidade no diálogo com outras comunidades e com equipes de saúde do governo.

Uma vez que podem alcançar crianças vulneráveis que de outra forma não teriam acesso a serviços básicos de saúde, os agentes de saúde comunitários foram particularmente eficazes em projetos voltados para a melhoria das condições para a sobrevivência infantil em países tão diversos como Equador, Etiópia, Colômbia e Nepal. O sucesso dos esforços no sentido de ampliar o alcance das intervenções através dos países em desenvolvimento confirma o potencial dos agentes de saúde comunitários para prestar serviços de

saúde de maneira equitativa para crianças que vivem em áreas remotas, e para ajudar a suprir a demanda não atendida pela prestação regular de serviços de saúde em países cujos sistemas de saúde são frágeis.

Os esforços para ampliar o número de programas que envolvem agentes de saúde comunitários, analisados em maior profundidade no Capítulo 4, podem enfrentar obstáculos e gargalos. Na verdade, o simples fato de conseguir manter uma estrutura e um número adequado de participantes muitas vezes é um dos maiores desafios. Programas em curso, independentemente de sua escala, enfrentam dificuldades relacionadas a capacitação deficiente, supervisão inadequada, falta de suprimentos e

relações precárias com as comunidades que devem ser atendidas. As taxas de perda de pessoal em programas que envolvem agentes de saúde comunitários frequentemente são altas. Por exemplo, uma revisão constatou taxas de perda de pessoal de 30% ao longo de nove meses, no Senegal, e de 50% ao longo de dois anos, na Nigéria. Desafios semelhantes foram identificados na Índia, no Sri Lanka e na Tanzânia.¹¹

A perda de pessoal está relacionada a múltiplos fatores. O cumprimento das responsabilidades de um agente de saúde comunitário consome tempo e recursos financeiros, e pode envolver significativos custos de oportunidade. Os agentes de saúde comunitários – em especial, aqueles que atuam como

voluntários ou que recebem pagamento parcial – podem ter obrigações a cumprir, e precisam ter renda para sustentar suas famílias. Quando as demandas de tempo e recursos tornam-se excessivas, é possível que esses trabalhadores não consigam desempenhar sua função de agentes de saúde de maneira eficaz, ou que abandonem as parcerias comunitárias.

A sustentabilidade de programas de agentes de saúde comunitários depende da criação de um pacote de incentivos que seja suficientemente atraente para evitar a perda de equipes. Esses pacotes variam conforme o contexto, refletindo as diferentes funções que os agentes de saúde assumem em diferentes comunidades. No entanto, todos devem estar focados em prioridades, que

Índia: reduzindo a subnutrição por meio de parcerias com a comunidade

Desafio

Na Índia, apesar de grandes avanços na economia do país, a subnutrição continua sendo um problema. Em 1999, a Pesquisa Nacional sobre Saúde da Família constatou que 47% de todas as crianças menores de 3 anos de idade estavam abaixo do peso – uma prevalência média mais alta do que a encontrada na África ao sul do Saara. Dados coletados na última rodada da pesquisa, concluída em 2006, mostram apenas um ligeiro declínio, com níveis de subnutrição em torno de 45% para crianças menores de 3 anos de idade; em diversos estados, como Madhya Pradesh e Bihar, os níveis de subnutrição aumentaram em relação aos níveis da pesquisa anterior. Os motivos para essa alta prevalência incluem o conhecimento inadequado dos cuidadores em relação à alimentação correta de bebês e crianças pequenas, infecções frequentes agravadas por condições precárias de higiene, alta pressão populacional, baixo *status* da mulher e da menina, e o provimento deficiente de serviços sociais.

Para combater a subnutrição em crianças pequenas, o governo da Índia baseia-se amplamente no Programa Integrado de Desenvolvimento Infantil (Pidi). Lançado em 1975, o programa fornece educação em saúde e nutrição para mães de bebês e de crianças pequenas, assim como outros serviços, tais como nutrição suplementar, cuidados básicos de saúde e cuidados pré-natais, acompanhamento e promoção do crescimento, educação infantil não-formal, suplementação de micronutrientes e imunização. Esses serviços são fornecidos por meio de uma rede de cerca de 700 mil agentes comunitários *anganwadi*. Entretanto, a eficácia do Pidi foi limitada por diversos fatores, desde habilidades e conhecimentos limitados dos agentes

anganwadi até falta de supervisão, falta de funcionários e falhas na política do programa, como foco inadequado para crianças muito pequenas.

Estratégia e abordagem

O UNICEF colabora com o governo da Índia para aumentar a eficácia do Pidi. As intervenções específicas apoiadas incluem: fortalecer o sistema de gerenciamento e supervisão; melhorar o conhecimento e as habilidades dos agentes *anganwadi* e aumentar o tempo e a atenção que dedicam aos bebês; melhorar o envolvimento da comunidade, por meio de análises conjuntas da situação do vilarejo, identificando voluntários locais e fornecendo-lhes capacitação básica em cuidados infantis; aumentar o número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes *anganwadi* e por voluntários, visando melhorar o comportamento dos pais em relação aos cuidados; e melhorar o alcance dos serviços de saúde.

Resultados

A estratégia descrita acima foi implementada em seis estados. Em cada um deles, foram atendidos no mínimo mil vilarejos, alcançando mais de um milhão de pessoas por estado. Após três anos de operações, uma avaliação sobre seu impacto foi realizada em diversos estados, utilizando pesquisas domiciliares representativas para comparar os vilarejos que receberam as intervenções com vilarejos de controle com condições sociais, econômicas e geográficas semelhantes. Em Rajasthan, por exemplo, foi constatado que havia aumentado a taxa de aleitamento materno imediatamente após o nascimento, e que a prevalência de retardo de crescimento havia diminuído significativamente em comparação com os vilarejos de controle (ver Figura 3.1).

incluem: compensar os agentes de saúde comunitários por perdas econômicas relacionadas a custos de oportunidade; prover supervisão adequada e apoio dos colegas; oferecer oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoais; e criar um vigoroso sistema de apoio dentro da comunidade.¹²

Os incentivos necessários para reter e motivar agentes de saúde comunitários não são necessariamente monetários. Os resultados decepcionantes de avaliações realizadas após a capacitação e à preparação de agentes de saúde comunitários em grande escala, que se seguiram ao encontro de Alma-Ata, ressaltaram o fato de que gestão de programas e reciclagem são medidas mais eficazes para a manutenção do bom desempenho dos

agentes de saúde do que uma capacitação inicial. Em todas as partes do mundo, participação e apoio comunitários ativos constituem elementos vitais para o sucesso e a sustentabilidade de programas de agentes de saúde comunitários. Nas Filipinas, por exemplo, agentes de saúde atuando no nível da menor unidade política do país – o *barangay* – tornaram-se uma força indutora significativa na promoção das condições de sobrevivência infantil. Esse sucesso foi estimulado pela Lei de Benefícios e Incentivos de Agentes de Saúde de Barangay, de 1995, cujos dispositivos incluem ajuda de custos de subsistência, programas de desenvolvimento de carreira e de capacitação especial, e acesso preferencial a empréstimos. Da mesma

forma, no Ceará (Brasil), um programa baseado em uma abordagem descentralizada, que permite que agentes de saúde comunitários recebam mensalmente uma renda substancial – mais do que o dobro da renda média local – resultou em melhorias impressionantes nas condições da saúde das crianças, inclusive com uma redução de 32% nas taxas de mortalidade infantil.¹³

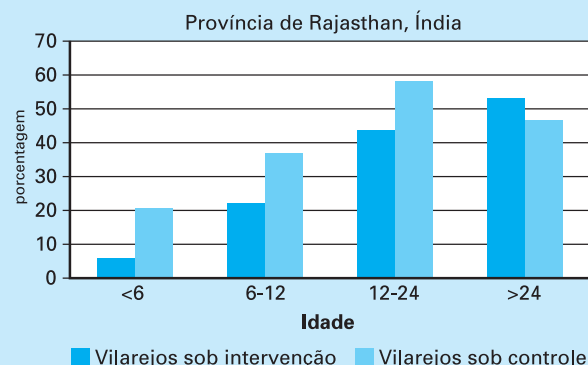
Programas desenvolvidos com supervisão e apoio adequados

Sistemas de supervisão e apoio para parceiros comunitários em cuidados básicos de saúde podem reduzir o sentimento de isolamento que afeta os agentes comunitários de saúde, além de contribuir para manter interesse e motivação, diminuindo os riscos de

Em Bengala Ocidental, a taxa de aleitamento materno imediato (76% nos vilarejos com intervenções contra 44% nos vilarejos de controle), a suplementação de vitamina A (50% contra 33%) e as taxas de imunização (89% contra 71% para o sarampo) eram mais altas nos vilarejos com intervenções do que nos vilarejos de controle, e as taxas de subnutrição haviam diminuído (27% de retardo de crescimento contra 32%). O custo 'adicional' dessas intervenções é modesto: de US\$150 a US\$200 anuais por vilarejo, representando de 9% a 10% dos custos anuais de manutenção que o governo já gastava por vilarejo.

Figura 3.1

Prevalência de retardo de crescimento por idade (meses)



Fonte: UNICEF Índia, *Annual Report 2006*, p. 47.

Lições aprendidas

Considerando que o nível de subnutrição infantil permanece alto na Índia, é importante demonstrar que mudanças de baixo custo podem ser introduzidas no Pidi existente, visando melhorar significativamente os cuidados de saúde para bebês e crianças pequenas; e que essas mudanças podem levar a melhorias nutricionais em um curto espaço de tempo. Na Índia, aproximadamente 43% das crianças menores de 5 anos de idade têm baixo peso. Portanto, resultados satisfatórios das soluções de baixo custo para a subnutrição nos estados com alta prioridade causarão impacto global.

Desafios que ainda permanecem

Os governos dos estados nos quais essas intervenções foram implementadas decidiram expandi-las utilizando seus próprios recursos. O UNICEF continua a colaborar, com o objetivo de garantir que a qualidade da implementação permaneça adequada, e para enfrentar a resistência de mudança de alguns comportamentos, tais como tendências dos cuidadores para postergar o início da alimentação complementar – para muito depois dos 6 meses de idade. Embora nos estados envolvidos o *status* nutricional de bebês e crianças tenha melhorado, é evidente que ainda há muito a fazer para melhorar a situação das crianças no futuro.

Ver Referências, página 107.

perda de equipes. Agentes de saúde qualificados que atuam em centros de saúde ou estão vinculados a eles normalmente assumem a função de supervisão, que pode aumentar ainda mais sua carga já pesada de trabalho. Os próprios supervisores precisam de capacitação para adquirir as habilidades necessárias para supervisionar programas baseados na comunidade. Restrições de recursos – humanos, financeiros ou organizacionais – podem limitar a amplitude e a profundidade da capacitação, colocando os supervisores e os agentes de saúde comunitários em considerável desvantagem na implementação e no gerenciamento de programas. Em especial, visitas à comunidade realizadas pelos

supervisores são importantes para ambas as partes, permitindo capacitação *in loco* e aprendizagem na prática. No entanto, essas visitas frequentemente ficam comprometidas por restrições de recursos financeiros ou devido à precariedade da infraestrutura de transportes.

A administração eficiente de programas comunitários facilita a avaliação, e o acompanhamento pode garantir que a cobertura seja a mais universal possível. Registros de pacientes, tratamentos e resultados devem ser mantidos atualizados, e reuniões devem ser realizadas a intervalos regulares, para consolidar relações colaborativas entre os agentes de saúde e para orientar avaliações e alterações nos

programas. A utilização de recursos tecnológicos, tais como bancos de dados informatizados, e-mail e telefones celulares, pode dar agilidade ao processo de coleta e disseminação de informações, liberando tempo para que os agentes de saúde e os supervisores visitem as comunidades e as famílias, que realizem suas próprias reuniões.

Outros tipos de apoio a programas incluem logística, suprimentos e equipamentos. Agentes de saúde comunitários devem dispor de ferramentas suficientes – inclusive capacitação e produtos – para conseguir realizar seu trabalho e manter sua posição na comunidade. As avaliações de programas de agentes de saúde comunitários realizadas em larga

África Oriental e Meridional: prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança; impacto de programas de mães para mães

É evidente a urgência de programas de prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança (PTMPC). Estima-se que 530 mil crianças foram infectadas em 2006, principalmente por meio da transmissão da mãe. Sem tratamento, 50% dos bebês que nascem com o vírus morrerão antes de completar 2 anos de idade.

Entretanto, reduções significativas na transmissão da mãe para a criança podem ser conseguidas por meio da implementação de ações básicas, mas essenciais. Entre elas estão o fornecimento de testes de HIV de rotina, para identificar gestantes infectadas pelo vírus; sua inscrição em programas de PTMPC; garantia de que os sistemas de saúde tenham capacidade absoluta para prover tratamento anti-retroviral eficaz como profilaxia e tratamento; e apoio para que as mulheres adotem alimentação infantil segura e de boa qualidade.

Mesmo quando esses serviços e intervenções estão disponíveis, muitas gestantes não têm acesso a eles porque não recebem as informações necessárias, porque têm medo do estigma associado ao HIV, ou porque os agentes de saúde estão sobrecarregados. Em muitos países, a falta de participação em programas relacionados com a PTMPC pós-parto é comum, mesmo quando as mulheres são atendidas por esses serviços durante a gestação.

O programa de mães para mães (m2m) é inovador. Está baseado em centros de saúde e opera em 73 localidades na África do Sul e em 15 em Lesoto. O programa adota uma abordagem que utiliza educação e aumento de poder para evitar a transmissão de HIV da mãe para a criança, combater

o estigma dentro das famílias e das comunidades, e manter as mães vivas por meio da adesão ao tratamento. Fundado pelo Dr. Mitch Besser em 2001, o m2m baseia-se na premissa de que as próprias mães são as pessoas mais indicadas para orientar e apoiar futuras mães.

O objetivo do m2m é reunir as mulheres, suas orientadoras e suas mentoras no atendimento pré-natal, para discutir saúde, prevenção de HIV e cuidados infantis pós-parto. O programa oferece capacitação e emprego para mães infectadas pelo HIV que já participaram de programas PTMPC, que passam a atuar como educadoras de suas colegas – ou 'mães mentoras'; e trabalha com centros de cuidados de saúde locais e organizações não-governamentais, para implementar um modelo que possa ser integrado aos esforços nacionais de PTMPC na África ao sul do Saara. As mães mentoras são educadoras de suas colegas gestantes. Sua capacitação permite que dêem orientação sobre infecção por HIV e tratamento anti-retroviral; promovam comportamentos para ajudar a prevenção da transmissão do HIV da mãe para a criança; discutam sobre a importância de acompanhamento adequado para a mãe e a criança após o nascimento; e ofereçam abordagens para negociar práticas sexuais seguras e diretrizes nutricionais para mulheres que vivem com HIV.

A organização vem-se expandindo rapidamente. Já conta com parcerias internacionais em Botsuana e na Etiópia, e está em processo de implementar novos programas no Quênia, em Ruanda e em Zâmbia.

Tendo em vista o aumento contínuo de tratamentos e a pressão sobre os recursos de muitos centros de saúde em

escala na década de 1980, já citadas anteriormente, mostram que quando tais ferramentas e produtos – especialmente medicamentos – são inadequados ou não são reabastecidos com regularidade, a eficácia dos agentes de saúde fica comprometida. Quando as comunidades estão situadas a grandes distâncias dos centros de saúde, as evidências indicam que os programas são mais eficazes quando existe uma agenda clara que identifique as visitas dos supervisores e dos agentes de saúde comunitários, e quando são feitos os preparativos para o transporte de ida e volta para sua ação nessas localidades.

A supervisão não deve ficar restrita às autoridades oficiais da saúde, e as

organizações comunitárias têm um papel na fiscalização dos resultados dos programas e do trabalho dos agentes de saúde. De acordo com normas amplamente aceitas pelos profissionais que atuam na área, é recomendável que a comunidade seja envolvida na seleção inicial dos agentes de saúde, e que estes aceitem a participação dos membros da comunidade na identificação de prioridades e no planejamento de projetos.¹⁴

Sistemas de encaminhamento eficazes

Sistemas de encaminhamento eficazes constituem um complemento essencial para que programas baseados na comunidade que são bem-sucedidos garantam a prestação de cuidados

continuados (*ver Capítulo 4*). Os hospitais fornecem serviços que não podem ser prestados com segurança em nenhum outro local, tais como cirurgias cesarianas e outros cuidados obstétricos de emergência. No entanto, nos países mais pobres com as taxas mais elevadas de mortalidade materna e infantil, os recursos de cuidados de saúde freqüentemente são limitados, e o acesso a hospitais de referência freqüentemente é baixo. Nessas situações, milhões de crianças podem ser atendidas rapidamente por meio da expansão de intervenções já testadas de cuidados de saúde emergenciais, que oferecem boa relação custo-benefício. Essa possibilidade aplica-se especialmente no caso das intervenções baseadas na comunidade.

áreas de alta prevalência de HIV, não há como superestimar a importância de programas como o m2m. As novas orientações da Organização Mundial da Saúde em relação a PTMPC solicitam um esforço para a introdução de regimes anti-retrovirais mais complexos, em um esforço para reduzir ainda mais as taxas de transmissão da mãe para a criança. Há uma ênfase maior sobre o aumento do acesso de gestantes infectadas com HIV a tratamentos para sua própria saúde, e um impulso para garantir que mais crianças provenientes de programas de PTMPC façam testes para diagnóstico o mais cedo possível. Programas como o m2m, que envolvem membros da comunidade informados e comprometidos com a promoção do sucesso de iniciativas de PTMPC, são cada vez mais vitais para o apoio a provedores de saúde na prevenção e no tratamento da aids.

O programa m2m tem a firme convicção de que mães mentoras devem ser adequadamente reconhecidas por suas significativas contribuições. Segundo Dr. Besser, “mães mentoras que já passaram pelos serviços de PTMPC são recrutadas localmente e recebem um salário pelo trabalho realizado, o que as torna membros profissionais da equipe de cuidados de saúde.”

Uma avaliação independente do m2m foi realizada recentemente pelo Programa Horizontes do Conselho Populacional. Foram constatados muitos resultados estimulantes associados à participação no programa, entre eles:

- Mulheres que tiveram dois ou mais contatos com o m2m no período pós-parto mostraram propensão

significativamente maior a informar seu *status* sorológico para outra pessoa em comparação com mulheres que não participaram do programa (97% para participantes contra 85% para não-participantes; p-valor<0,01).

- Participantes do programa pós-parto mostraram propensão significativamente maior a receber nevirapina para evitar a transmissão de HIV da mãe para a criança do que mulheres que não participaram do programa (95% para participantes contra 86% para não-participantes; p-valor<0,05).
- Participantes do programa m2m mostraram propensão significativamente maior a relatar um método exclusivo de alimentação (aleitamento materno exclusivo ou leite em pó, porém sem leite materno) do que não-participantes.
- Participantes do programa m2m mostraram propensão significativamente maior a submeter-se a teste de imunidade (CD4) durante sua última gestação do que não-participantes (79% contra 57% p-valor<0,01) (células de CD4 são células sangüíneas brancas que formam uma parte fundamental do sistema imunológico humano. São as mais vulneráveis a infecções por HIV. Quanto mais baixa a contagem de células CD4, mais fraco o sistema imunológico e mais alto o risco de infecções oportunistas).

Ver Referências, página 107.

Etiópia: Liderança leva mudanças para mães e crianças

por Tedros Adhanom, Ministro da Saúde, Etiópia

A experiência da Etiópia com a sobrevivência infantil mostra que forte liderança política pode levar a resultados significativos. Em 2004, o primeiro-ministro Meles Zenawi desafiou o governo e seus parceiros a acompanhá-lo na elaboração de um mapa dos cuidados universais de saúde, apesar dos enormes obstáculos existentes. Embora fosse possível evitar mais de 80% das mortes de crianças, a cobertura e a utilização de serviços preventivos continuava baixa: menos de 30% das mulheres recebiam cuidados pré-natais e apenas 49% das crianças recebiam uma série completa de vacinas antes de completar 1 ano de vida.

Programa Expansão da Saúde

O governo e seus parceiros vêm enfrentando bravamente esses desafios, por meio do Programa Expansão de Saúde – uma estratégia nacional elaborada para promover a saúde da criança e da mãe, com base na comunidade. Fundamentado na filosofia de que a saúde é um produto que pode ser produzido por indivíduos, o Programa Expansão da Saúde aumenta o poder das comunidades para que tomem decisões informadas sobre suas próprias questões de saúde, equipando-as com habilidades e conhecimentos adequados.

Para o sucesso desse plano, o governo está organizando um contingente de 30 mil mulheres que atuarão como Agentes de Extensão de Saúde (AES) – um imenso compromisso de recursos financeiros e humanos –, para promover 16 intervenções básicas voltadas para as principais causas da mortalidade infantil e materna. Até o momento, mais de 17 mil AES foram empregadas, e outras sete mil estão em treinamento. Cada *kebele* (menor unidade administrativa) recebe uma equipe de AES, recrutadas localmente e capacitadas pelo Ministério da Saúde. O governo também implementou uma Estratégia de Expansão, um programa transitório que fornece cuidados básicos e emergenciais para comunidades enquanto estas esperam pela chegada das agentes de saúde capacitadas.

Ao mesmo tempo, estão sendo implementadas iniciativas para fortalecer a infra-estrutura que apóia hospitais de referência. O governo está investindo em um Sistema de Informações de Gestão de Saúde, elaborado para coletar dados em todos os níveis, inclusive em postos de saúde. Em outubro de 2006, o governo adotou um sistema de Suprimento de Instalações de Saúde para garantir que vacinas, medicamentos essenciais e outros insumos de saúde estejam prontamente disponíveis para centros de saúde do setor público. Essas iniciativas são vitais para garantir a sustentabilidade dos progressos realizados até o momento por meio de iniciativas verticais e de saúde baseadas na comunidade.

Lições aprendidas

O Programa Expansão da Saúde forneceu inúmeras lições valiosas. A primeira é que a ampliação requer velocidade, volume e qualidade. Processos consistentes de planejamento ajudaram a garantir velocidade e volume. Por exemplo, quando o governo organizou uma campanha nacional para distribuir mosquiteiros tratados com inseticidas, os parceiros doadores – principalmente Centro Carter, Fundo Global, UNICEF e Banco Mundial – coordenaram seu apoio para a campanha nacional, ajudando a alcançar a meta de 20 milhões de mosquiteiros no prazo de dois anos. Cada família recebeu dois mosquiteiros para camas, que são utilizados para proteger principalmente mulheres e crianças contra a malária.

A segunda lição é que velocidade e volume não garantem necessariamente a qualidade. É necessário um esforço adicional para garantir que as famílias saibam quando e como utilizar os recursos de saúde, inclusive mosquiteiros. As AES estão trabalhando para superar as falhas de comunicação entre o setor de saúde e as comunidades às quais prestam serviços, ganhando a confiança das comunidades e conversando diretamente com as mães.

A terceira lição – e talvez a mais vital – é a importância extraordinária de liderança política. Uma liderança política genuína requer o envolvimento ativo e significativo em todas as etapas do processo – da identificação do problema e do estabelecimento de metas à mobilização de recursos e à promoção da participação da comunidade. Debates públicos sobre necessidades e prioridades dos cuidados de saúde, e a cooperação entre todos os interessados, incluindo doadores, prestadores de cuidados de saúde e comunidades, ajudaram a promover amplo domínio sobre o Programa Expansão da Saúde.

Nossos parceiros, inclusive UNICEF e outros doadores, apóiam o processo nacional de planejamento, harmonizando suas atividades e seu apoio às prioridades da Etiópia. Todos os doadores parceiros assinaram um código de conduta e endossaram um manual único de harmonização, que tem por objetivo criar um único plano, um único orçamento e um único relatório final. Foi uma conquista espantosa. Esse é um objetivo ambicioso e estamos trabalhando em conjunto para alcançá-lo no longo prazo.

O mapa da Etiópia para alcançar o ODM 4 ainda enfrenta inúmeros obstáculos, mas os progressos realizados até o momento demonstram que nossa visão do acesso universal a cuidados de saúde, a um custo acessível, pode tornar-se realidade.



Mudanças comportamentais positivas na família e na comunidade levam a melhorias na saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. Um agente de saúde comunitário demonstra como usar suprimentos de tratamento de água, Indonésia.

Ao mesmo tempo, é necessário investir no fortalecimento de sistemas de saúde distritais, para fornecer cuidados básicos de referência e para apoiar a expansão de serviços essenciais em cuidados de saúde emergenciais. Os agentes de saúde comunitários mostraram desempenho eficaz no gerenciamento de muitas doenças infantis graves, tais como diarreia, malária, subnutrição aguda e pneumonia; supervisão e acesso a serviços de referência fortalecem a qualidade dessa atividade.

O desempenho dos agentes de saúde comunitários foi menos eficaz na identificação e no gerenciamento de complicações no momento do parto. Assim sendo, a redução das taxas de mortalidade materna demanda a expansão do atendimento especializado no momento do parto, com sistemas de referência para a

prestação de cuidados em emergências obstétricas.

Os sistemas de saúde distritais também servem como centros de coordenação de programas de saúde, integrando cuidados prestados diretamente aos pacientes, com campanhas e supervisão baseadas na população, à coordenação de cuidados baseados na comunidade e outros serviços de saúde de nível mais baixo. Em níveis de encaminhamento mais altos – como hospitais regionais e nacionais –, esse papel muitas vezes é ampliado para incluir funções como capacitação e pesquisa, e apoio técnico e garantia de qualidade para níveis mais baixos.

Um componente essencial de um sistema de referência eficaz é uma boa comunicação entre os participantes do programa comunitário e a equipe que atua baseada em centros de saúde.

Reforçando aspectos abordados nas seções anteriores, hospitais de referência devem envolver-se em programas comunitários, devem fornecer apoio vigoroso a agentes de saúde comunitários, e devem gastar uma parcela significativa do tempo em atividades de orientação, por meio de contato individual ou outros modos de comunicação. Mesmo em países de baixa renda, melhores recursos tecnológicos nas áreas de informação e de comunicação podem facilitar o diálogo e o encaminhamento.¹⁵

Coordenação e cooperação com outros programas e setores essenciais

Assim como sistemas de referência são essenciais para apoiar e coordenar atividades no nível da comunidade, também são importantes a cooperação e a coordenação entre programas no nível do distrito e a colaboração inter-



© UNICEF/MENA06219/Shehzad Noorani

Agentes de saúde comunitários são a força condutora de parcerias comunitárias em cuidados básicos de saúde. *Um agente de saúde pesa uma criança e acompanha seu crescimento em uma comunidade rural, Iraque.*

setorial. A coordenação com outros serviços de saúde pode assumir muitas formas. São inúmeros os benefícios possíveis, inclusive o compartilhamento de novas idéias, capacitação, recursos e habilidades de avaliação; e alarmes imediatos, gerenciamento e contenção de surtos de doenças.¹⁶

Em Camboja, por exemplo, organizações não-governamentais compartilham recursos por meio de um Grupo nacional de ONGs pela Sobrevivência Infantil, que se reúne regularmente em Phnom Penh. Cada membro desse grupo e representantes do Ministério da Saúde visitam os projetos que os outros membros desenvolvem, para analisar os avanços

e as adaptações em abordagens a cuidados para a mãe, o recém-nascido e a criança, e aprender com eles.¹⁷ Por meio do contato com esses grupos, organizações internacionais puderam compartilhar boas práticas através do mundo. Por exemplo, métodos aplicados pelo Grupo de Cuidados, mencionado no Destaque sobre Moçambique, na página 59, também estão sendo empregados no Camboja, em Malaui e em Ruanda.¹⁸

Dentro das comunidades, os vínculos entre grupos também podem ser importantes para a sustentabilidade de programas de saúde. Uma série de pesquisas domiciliares aplicadas em larga escala em sete áreas da Colômbia,

do Equador, da Nicarágua e do Peru foi realizada para avaliar as questões operacionais práticas na distribuição e na utilização de mosquiteiros tratados com inseticida. As pesquisas revelaram uma ampla diversidade com relação ao uso de mosquiteiros tratados – de 25% das famílias, em áreas da Nicarágua, a 90%, no Amazonas peruano. Em quatro das áreas de estudo, as redes eram fabricadas por clubes de mulheres locais. Em seguida, eram vendidas nas comunidades por agentes de saúde dos vilarejos, que depositavam o dinheiro da venda em um fundo rotativo.¹⁹

A colaboração inter-setorial envolve o trabalho com todos os setores que têm influência sobre os resultados da família e da comunidade na área da saúde. Além de permitir uma base integrada e potencialmente mais sustentável para a realização de avanços com relação às condições de saúde, a cooperação também pode aumentar o poder das comunidades, estruturando uma plataforma para seu envolvimento em uma gama mais ampla de questões que afetam a saúde de seus membros. Sem que haja ações colaborativas, os setores podem trabalhar isoladamente ou com objetivos opostos, possivelmente deixando de lado sinergias que permitiriam a multiplicação de efeitos.

Uma abordagem integrada à saúde da mãe, do recém-nascido e da criança requer ações colaborativas entre programas e setores que tratam de saúde, nutrição, higiene, doenças importantes e segurança alimentar, assim como de iniciativas que enfrentam a ausência de infra-estrutura de transporte e acesso a instalações de abastecimento de água e saneamento.²⁰

Outra motivação crucial para a colaboração inter-setorial é a alta prevalência de co-morbidade em crianças doentes. Embora esse aspecto seja tratado, em parte, pelo Gerenciamento Integrado Comunitário de Doenças da

Infância, as ações para combater doenças são fortalecidas pela melhoria simultânea das condições ambientais. Por exemplo, no caso de doença diarreica – que ainda é a principal causa de mortalidade infantil –, a criança pode sofrer também de subnutrição. Assim sendo, é fundamental a colaboração inter-setorial entre os agentes de saúde comunitários e os responsáveis por melhoramentos no abastecimento de água e no provimento de saneamento. Medidas para melhorar práticas alimentares – por exemplo, por meio de maior atenção à higiene dos alimentos – freqüentemente ficam comprometidas pelo fornecimento de água em volume insuficiente e contaminada e por instalações saneamento inadequadas.²¹ Da mesma forma, medidas para fortalecer os sistemas de encaminhamento de doentes seriam otimizadas por uma melhor infraestrutura de estradas, que facilitaria o transporte entre centros de saúde e hospitais para pacientes, agentes de saúde e alimentos e suprimentos médicos essenciais.

Segurança no financiamento

O financiamento para programas de saúde baseados na comunidade pode ter origem em diversas fontes: os próprios membros da comunidade; governos municipais ou distritais, por meio de instalações de saúde locais; patrocinadores privados ou organizações comunitárias; e governos nacionais ou organizações não-governamentais em níveis administrativos mais altos, dentro do país ou no exterior.

Garantir o financiamento para programas baseados na comunidade é um processo complexo e por vezes controverso. Uma análise mais aprofundada dos argumentos extrapola o escopo deste relatório. No entanto, nos países de baixa renda, grande parte do financiamento para a saúde infantil continuará sendo fornecida por doadores externos. Para que um programa baseado na comunidade

tenha sucesso, deve ser sustentável no longo prazo, partindo da premissa de que demandará uma base de financiamento sólida no momento em que o apoio do doador for retirado.

Essa certamente não é uma situação fácil. Na ausência do apoio de doadores, países e distritos cujos sistemas de saúde têm baixa capacidade e recursos financeiros limitados podem lutar muito para manter até mesmo programas de médio porte. Além disso, não há respostas simples para o desenvolvimento de estruturas financeiras seguras e auto-suficientes. Em especial, agentes de saúde no nível da comunidade demandam algum tipo de incentivo financeiro para alimentar suas famílias e para garantir sua participação e sua motivação para permanecer no programa. Da mesma forma, pode ser necessária uma compensação financeira para que profissionais qualificados, porém freqüentemente mal remunerados, trabalhem em áreas carentes e em programas comunitários.

Considerações sobre sustentabilidade e equidade significam que a questão de compartilhar custos na forma de taxas de usuário para cuidados de saúde e outros serviços essenciais dentro da comunidade deve ser tratada pelas próprias comunidades. Quando se decide pela cobrança, o valor das taxas não deve impedir o atendimento de serviços importantes. Serviços como imunizações e cuidados de emergência devem ser gratuitos. Em qualquer esquema de prestação de serviços que envolva custos pagos também pela comunidade, é desejável que esses recursos sejam mantidos e gerenciados pelas próprias comunidades, e que sejam utilizados para atividades que as beneficiem diretamente, tais como aquisição de medicamentos ou incentivos por desempenho para os agentes de saúde. Comitês comunitários de saúde, que idealmente incluem membros da comunidade, agentes de

saúde e gerentes de centros de saúde locais, devem ser o canal utilizado para o pagamento de agentes de saúde comunitários. Quando a comunidade decide cobrar taxas pela prestação de serviços de saúde, deve ser criado um sistema que permita que aqueles que não podem pagar os valores determinados pela comunidade recebam todos os serviços gratuitamente.²²

Integração de programas comunitários a serviços distritais e políticas nacionais

Parceiros comunitários nas áreas de saúde, nutrição, água e saneamento e aids existem em abundância através dos países em desenvolvimento. Seu potencial é inquestionável, embora o sucesso de suas atividades dependa claramente do envolvimento de uma série de fatores, existindo, portanto, muitas ameaças à sua sustentabilidade e à realização de seus objetivos. Dois elementos básicos que podem contribuir para manter e apoiar iniciativas comunitárias são o apoio ativo dos governos locais e centrais, e a integração a políticas, planos e orçamentos governamentais.

Sobrevivência, saúde e nutrição de mães e crianças são questões que devem ocupar lugar de destaque em planos e orçamentos nacionais e regionais, com objetivos claros e marcos de referência concretos. Estratégias para a sobrevivência da criança devem ser formuladas por meio de processos de consulta, envolvendo representantes da comunidade e das instituições dos níveis distrital e nacional, assim como da comunidade de doadores. Um primeiro passo fundamental para o desenvolvimento de uma estratégia é a compreensão das variações existentes entre os países com relação aos perfis epidemiológicos. Também é importante que sejam avaliadas as realidades econômicas e os níveis de infraestrutura de prestação de serviços de saúde existentes na comunidade, no



© UNICEF/HQ97-1086/Giacomo Prozzi

Programas baseados na comunidade são fortalecidos quando existe acesso a cuidados baseados em centros de saúde. *Uma agente de saúde prepara uma solução de sais de reidratação oral, Eritreia.*

distrito e no país. Esses aspectos são vitais para o sucesso da implementação de uma estratégia nacional para a saúde materna e infantil e, portanto, devem ser considerados desde o início do planejamento.

Estratégias nacionais devem dar atenção prioritariamente à remoção dos obstáculos à expansão eficaz e à implementação em diferentes níveis do sistema de saúde (*ver no Capítulo 4 outros detalhes sobre medidas para superar gargalos na prestação de serviços de saúde*). Entre os gargalos bastante conhecidos estão sessões de imunização implementadas sem regularidade, experiências negativas com o sistema de saúde, distância dos centros de saúde e falta de informações. No nível da família e da comunidade, a cobertura eficaz de serviços básicos de saúde frequentemente é prejudicada pela falta de suprimentos a custo acessível, baixa demanda e outros desafios fundamentais, como o tratamento de mosquiteiros com inseticida.²³

Provavelmente, continuarão a co-existir programas de desenvolvimento do setor da saúde baseados em iniciativas de curto prazo, visando a doenças específicas – que vêm contando progressivamente com o apoio de novas parcerias de doadores internacionais – e aqueles baseados em iniciativas de longo prazo. Para que produzam ganhos sustentáveis para a saúde infantil, volumes suficientes de recursos humanos e financeiros devem ser investidos nos dois conjuntos de iniciativas. Parcerias com doadores para a implementação de programas voltados a doenças específicas devem considerar a necessidade de adaptar suas abordagens a estruturas multisectoriais em linha com prioridades nacionais na área da saúde, gerando benefícios que sejam distribuídos de maneira equitativa através de todo o sistema de saúde nacional.²⁴

Em última instância, a responsabilidade pela garantia dos direitos da criança a boas condições de saúde e nutrição cabe aos governos dos países em parceria

com a sociedade civil. Os governos têm um papel importante no desenvolvimento e na implementação de políticas para derrubar as barreiras impostas aos cuidados básicos de saúde, na melhoria da qualidade e da eficiência dos prestadores de serviços, e no aumento da responsabilização do setor público. Ao mesmo tempo, é preciso que as políticas para a saúde sejam justificáveis para as comunidades e os distritos atendidos. Os governos e os sistemas de saúde devem estar claramente sintonizados com as necessidades e os interesses da população. O desenvolvimento de políticas de saúde centradas na criança e a construção de instituições fortes ligando as comunidades e os sistemas de saúde são providências críticas: na maioria dos países, para que sejam realizados progressos significativos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde, aumentos nos gastos com saúde deverão ser acompanhados por melhorias substanciais no ambiente de políticas.²⁵

Encontrando a combinação de soluções adequada para produzir melhores resultados nas áreas de saúde e nutrição

Cada país em desenvolvimento tem um conjunto específico de oportunidades e restrições para o desenvolvimento de seu sistema de saúde, que têm relação com diferentes níveis de progresso, circunstâncias ambientais e institucionais, situação política e capacidade atual do sistema de saúde. Assim sendo, não existe um método que possa ser aplicado universalmente para a promoção de melhorias. Alguns talvez considerem que seu maior desafio não está na expansão, em nível nacional, das abordagens à prestação de serviços de saúde baseada na comunidade, mas sim no fortalecimento e na expansão da prestação do serviço por meio de programas baseados em centros de

Moçambique: Reduzir a mortalidade de menores de 5 anos por meio de programas baseados na comunidade

Contexto e desafio: Moçambique é um dos países mais pobres do mundo, com renda nacional bruta *per capita*, em 2006, de apenas US\$340 e taxa de mortalidade de menores de 5 anos de 138 mortes por mil nascidos vivos. A expectativa de vida ao nascer é de apenas 42 anos; mais de 40% das crianças menores de 5 anos têm retardo de crescimento moderado ou grave; e apenas um terço da população utiliza instalações sanitárias adequadas. O acesso a serviços de cuidados essenciais de saúde é limitado, e 23% dos bebês não são imunizados contra o sarampo. Apenas 10% das crianças dormem sob um mosquiteiro (tratado ou não); e quase dois terços da população vivem em áreas rurais, onde apenas um indivíduo em cada quatro tem acesso a fontes de água limpa para beber de melhor qualidade.

O desafio era fornecer às comunidades rurais com infraestrutura física e saúde ambiental precárias um programa eficaz de sobrevivência infantil baseado na comunidade, e verificar que esse programa contribuísse para a redução da mortalidade.

Abordagem: O projeto de parceria entre o Ministério da Saúde de Chokwe e a World Relief, em operação durante o período de 1999 a 2003, utilizou a abordagem 'Grupo de Cuidados' para implementar um programa de sobrevivência infantil que visava melhorar três elementos da Gestão Comunitária Integrada de Doenças Infantis (Gidi-C):

- Melhores parcerias entre sistemas de saúde e a comunidade.
- Cuidados mais acessíveis para provedores baseados na comunidade.
- Promoção de práticas domésticas essenciais para a saúde da criança.

A abordagem Grupo de Cuidados capacita educadoras comunitárias por meio de interações de grupo. Uma voluntária que atua como Educadora em Saúde da Mulher dá instrução em grupo para 15 famílias vizinhas; e dez Educadoras em Saúde da Mulher formam um Grupo de Cuidados, que se reúne mensalmente com um supervisor remunerado. Durante os encontros mensais do Grupo de Cuidados, um membro da equipe de campo ou um supervisor de Educadoras em Saúde da Mulher apresenta mensagens de saúde sobre sobrevivência infantil e saúde da mulher. A seguir, as participantes do Grupo de Cuidados praticam entre si o que aprenderam, compartilhando as informações apresentadas. Antes do encontro seguinte, cada voluntária responsabiliza-se pela visita a domicílios sob sua jurisdição para transmitir as informações que acabou de receber.

O programa de sobrevivência infantil foi elaborado para ser abrangente, integrando aleitamento materno, alimentação complementar, utilização de terapia de reidratação oral e distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida. O programa fortaleceu as instalações locais de saúde para casos referenciados e o gerenciamento de casos de doenças comuns nos centros de atendimento.

Parcerias com o UNICEF e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha facilitaram o provimento gratuito de mosquiteiros tratados com inseticidas, vacinas e suplementos de vitamina A. A estreita cooperação com os comitês de saúde dos vilarejos e com religiosos locais resultou em apoio para as voluntárias na realização da promoção da saúde e na mobilização da comunidade para atividades tais como distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida e realização de campanhas de imunização.

Resultados: O projeto também implementou um sistema de informações sobre saúde e de registro de nascimentos baseado na comunidade, por meio de 2.300 voluntários comunitários, que coletaram mensalmente dados sobre nascimentos, mortes e doenças da infância. Esses dados foram agregados durante os encontros mensais, e os registros foram enviados a postos de saúde operados por prestadores de serviços comunitários ou *socorristas*, que foram capacitados pelo Ministério da Saúde distrital. As informações coletadas foram enviadas de volta aos comitês de saúde dos vilarejos, aos centros de saúde e ao Ministério da Saúde.

Dados extraídos do sistema de informações sobre saúde e de registro de nascimentos baseado na comunidade mostraram uma redução de 66% na mortalidade de bebês e de 62% na mortalidade de menores de 5 anos. Para verificar a confiabilidade dessas constatações, uma avaliação independente da mortalidade foi realizada por pesquisadores experientes, que utilizaram uma pesquisa de histórico de gestação baseada em metodologias padronizadas aplicadas nas Pesquisas de Demografia e Saúde. Essa pesquisa de mortalidade constatou reduções de 49% e 42% na taxa de mortalidade de bebês e de menores de 5 anos, respectivamente.

Esses resultados demonstraram a eficácia da Gidi Comunitária, e confirmaram que agentes comunitários de saúde podem coletar dados confiáveis sobre saúde para acompanhar as taxas de mortalidade.

Ver Referências, página 107.

Parcerias com a comunidade para sistemas de água e saneamento nas escolas

Sistemas de água limpa no Afeganistão

Em todos os lugares do mundo, o fornecimento de água limpa vem sendo priorizado há muitos anos, tanto em programas emergenciais como em programas de desenvolvimento continuado. Melhorar a qualidade da água para beber, no nível das famílias, por meio de tratamento no ponto de utilização, e melhorar as condições de armazenamento são abordagens simples que podem evitar as doenças causadas pela água. Foi criada uma parceria de desenvolvimento entre diversas instituições – Centro de Controle e Prevenção de Doenças, *Population Services International*, UNICEF, Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (Usaid), OMS e outras –, para produzir e distribuir os produtos de que as famílias necessitam para ter água limpa em suas casas. Em conjunto, esses produtos são denominados Sistemas de Água Limpa (SAL).

Os Sistemas de Água Limpa englobam três elementos:

- Tratamento da água pelos consumidores no ponto de utilização, com uma solução de hipoclorito de sódio diluída (alvejante) fabricada no local.
- Armazenamento seguro de água tratada em recipientes projetados para evitar nova contaminação.
- Mudança comportamental com respeito à água de melhor qualidade e à manipulação de alimentos, a práticas de saneamento e de higiene no lar e na comunidade.

Associando habilidades e recursos de diversos parceiros, os produtos SAL são produzidos e distribuídos por meio de parcerias público-privadas e abordagens baseadas no

mercado. A mobilização da comunidade é implementada por organizações não-governamentais, com o objetivo de estimular o uso correto e consistente, e alcançar populações de alto risco.

Sistemas de água limpa vêm sendo promovidos e introduzidos em 23 países, e vêm provando sua capacidade para reduzir em algo entre 25% e 84% a incidência de doenças diarreicas. Foram particularmente eficazes na proteção de populações mais vulneráveis: bebês, indivíduos imunocomprometidos e suas famílias, e em comunidades com surtos de cólera.

No Afeganistão – um país com alta taxa de mortalidade materna e baixa frequência a centros de saúde, tanto antes como depois do parto –, os produtos SAL foram introduzidos como parte de programas de saúde materna. Para atrair maior frequência aos centros de saúde, gestantes e mães de primeiro filho receberam produtos SAL e *kits* de higiene, e foram instruídas sobre como utilizar essa tecnologia simples para sua proteção e a proteção de suas famílias.

Bangladesh: Educação em saneamento e higiene nas escolas

Um projeto relacionado a água, saneamento básico e higiene, implementado em escolas secundárias de um vilarejo remoto em Bangladesh, associado a um componente de educação escolar em saneamento e higiene (ESSH), demonstrou a importância da participação e da ação da comunidade, assim como os impactos positivos sobre a comunidade. O vilarejo de Gava está localizado no sudoeste de Bangladesh. O Fórum de ONG decidiu rever sua abordagem em relação à educação sobre água, saneamento e higiene no nível do vilarejo. Iniciar o projeto nas escolas do vilarejo mostrou-se uma abordagem promissora, uma vez

saúde, na descentralização de serviços de saúde e no controle de doenças e condições não-contagiosas, tais como diabetes e obesidade.²⁶ Para países de baixa renda, especialmente aqueles nos quais é grande a proporção de mães e crianças que ainda estão excluídas de programas baseados em centros de saúde, e cujos sistemas de saúde tiveram sua capacidade comprometida por anos de investimentos insuficientes e mau gerenciamento, governança fraca, migração maciça de profissionais da saúde, emergências complexas ou a pandemia de aids, a determinação da melhor estratégia não é óbvia nem está livre de riscos. Nesses países, uma consideração importante, e talvez das

mais relevantes, é a viabilidade, na forma da seguinte questão: qual é a estratégia mais adequada, com melhor relação custo-benefício, mais oportuna e sustentável para melhorar as condições de sobrevivência e de saúde de mães, recém-nascidos e crianças, e para ampliar a cobertura de serviços e instalações essenciais, tendo em vista a estrutura atual dos sistemas implantados no país nas áreas de saúde, nutrição e saúde ambiental?²⁷

O paradigma da viabilidade tem o objetivo de enfrentar as necessidades urgentes das sociedades mais pobres e mais marginalizadas – nas quais as taxas de mortalidade materna, de

recém-nascidos e de crianças estão nos níveis mais elevados –, e que têm as maiores necessidades de serviços básicos de prevenção, tais como imunização e acesso a medicamentos e cuidados de emergência. Em países com sistemas relativamente fracos nas áreas de saúde, nutrição e água e saneamento, e com baixa capacidade de provimento na área da saúde, abordagens baseadas na comunidade, com menor dependência em instalações de saúde e no alcance dos serviços, podem contribuir para expandir a cobertura de serviços, produtos e práticas essenciais – especialmente quando já existe uma estrutura para a prestação de serviços de prevenção,

que jovens em idade escolar estão sempre abertos a novas informações e podem ser facilmente motivados, e a organização estava ansiosa por utilizar esse potencial.

Foram criados comitês 'WatSan' nos níveis da escola e de cada turma. O diretor da escola foi escolhido como presidente do Comitê Escolar 'WatSan'. Os comitês das turmas eram formados por professores e estudantes, tanto meninas quanto meninos. Esses comitês participaram de inúmeras sessões de orientação, que abordavam questões como a promoção e o uso de água limpa, melhores condições de saneamento e práticas de higiene, comunicação interpessoal eficaz entre estudantes e seus pais, e mobilização da comunidade. Foram organizadas sessões de filmes motivacionais, e foram distribuídas entre professores e estudantes informações sobre diferentes mudanças comportamentais, educação e materiais de comunicação, para serem utilizados em discussões em grupo na comunidade.

Os estudantes organizaram reuniões e desfiles utilizando diversos tipos de pôsteres e *banners* promocionais, cantando *slogans* sobre a importância da utilização de água limpa e de latrinas higiênicas, assim como da prática de higiene pessoal. Essas ações aumentaram a conscientização da população em todo o vilarejo. Em cada turma, foram criadas brigadas de estudantes – formadas por cinco meninos e meninas – que trabalhavam em associação com comitês. Esses grupos acompanhavam a utilização segura de WatSan e as práticas de higiene no nível das famílias. Também colaboravam em serviços básicos de saúde que não necessitassem de tecnologia, como a reidratação oral. As brigadas também elaboravam planos para enfrentar desastres naturais. Foi criado mais um comitê – o 'Fórum de Professores e Pais' –,

que realizava reuniões trimestrais para rever os progressos alcançados.

Uma revisão do projeto demonstrou que o ESSH pode contribuir para o bem-estar e o desempenho dos estudantes – por exemplo, ajudando a manter as meninas na escola. O envolvimento de escolas e estudantes como motivadores comunitários é uma ferramenta poderosa para melhorar o fornecimento de WatSan e as práticas de higiene. No vilarejo de Gava, estudos da situação antes e depois da implementação do projeto mostraram maior conhecimento sobre as doenças relacionadas, aumento na construção e na utilização de latrinas higiênicas, maior utilização de água limpa para beber e aumento no número de chefes de família que adquiriram o hábito de lavar as mãos. O processo de motivação foi iniciado por cima e continuou em direção à base.

O fórum de ONG está sendo ampliado a partir de alguns vilarejos que implementaram programas-piloto para alcançar muitos outros, cada um necessitando de determinada abordagem de programa. Enfrenta duas questões importantes: a primeira é a definição das finanças desses projetos dos vilarejos, de forma que a manutenção seja auto-sustentável; a outra é como alcançar o mesmo impacto em muitos vilarejos que dispõem de poucos recursos. No entanto, esses programas resultam em um grande potencial de benefícios para os estudantes e para as comunidades em que vivem. Projetos-piloto como o implementado em Gava demonstram que os benefícios podem ser alcançados.

Ver Referências, pg 107.

como imunização.²⁸ No entanto, é preciso salientar que, para que haja sustentabilidade, a expansão de parcerias comunitárias deve ser acompanhada por esforços para superar gargalos existentes no sistema amplo, que afetam a prestação de serviços de saúde e nutrição baseados

em centros de saúde para a mãe e a criança; e deve superar também outras restrições comportamentais, institucionais e ambientais.

O próximo capítulo focaliza a expansão de parcerias comunitárias na prestação de cuidados de saúde,

nutrição e saúde ambiental. Embora muitos dos argumentos citados talvez sejam mais aplicáveis a países de baixa renda e a comunidades marginalizadas e depauperadas, grande parte do discurso também é relevante para países e comunidades que enfrentam circunstâncias menos desafiadoras.



RESUMO

A aceleração dos progressos em relação à sobrevivência infantil exigirá a aplicação de lições aprendidas em um século de desenvolvimento do setor da saúde e a implementação de abordagens eficazes para fortalecer parcerias com a comunidade, provimento de cuidados continuados e sistemas de saúde. Este capítulo reúne duas tendências – *ações e parcerias* – em uma estrutura para a expansão eficaz de cuidados de saúde continuados para mães, neonatos e crianças, uma vez que a prioridade é garantir o desenvolvimento dos sistemas de saúde para resultados. Destaca cinco ações distintas, mas relacionadas, necessárias a programas, políticas e parcerias nas próximas décadas.

Ação I. Realinhar programas de intervenções para doenças específicas em pacotes integrados de alto impacto, baseados em evidências, com o objetivo de garantir cuidados continuados.

Ação II. Garantir prioridade máxima à saúde de mães e crianças em processos integrados de planejamento nacional, para expandir os serviços essenciais.

Ação III: Melhorar a qualidade e a consistência de financiamentos visando ao fortalecimento dos sistemas de saúde.

Ação IV: Promover e manter compromissos políticos assumidos por lideranças nacionais e internacionais, assim como financiamentos sustentados para desenvolver sistemas de saúde.

Ação V: Criar condições para maior harmonização de programas e parcerias globais na área da saúde.

Entre os principais interessados – governos, doadores e agências internacionais, e parcerias globais relacionadas à saúde – a expansão eficaz exigirá uma nova forma de trabalhar em cuidados básicos de saúde. O tema central deste paradigma é a *unidade*. Iniciativas e parcerias

A ampliação de intervenções e abordagens de cuidados de saúde essenciais requer a compreensão abrangente das estratégias para acelerar os progressos e dos desafios que podem impedi-los. *Uma agente de saúde pesa um bebê para controlar seu crescimento, Filipinas.*

direcionadas para o aprimoramento dos aspectos da saúde materna e infantil existem em abundância e continuam a proliferar. Entretanto, exigirão maior coerência e harmonização que sejam alcançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde da mãe e da criança.

Fortalecendo parcerias com comunidades, cuidados continuados e sistemas de saúde

A revisão das parcerias com as comunidades, apresentada no Capítulo 3, destaca seu potencial para acelerar as melhorias em relação à saúde materna, neonatal e infantil. Por exemplo, evidências mostram que a utilização de uma associação de programas comunitários abrangentes e de estratégias de cuidados baseados na família e na comunidade, a uma taxa de cobertura de 90%, poderia reduzir a mortalidade neonatal entre 18% e 37%, mesmo na ausência de melhoramentos nos serviços de cuidados baseados em centros de atendimento.¹ Idealmente, portanto, o que é necessário são estratégias inovadoras para explorar o pleno potencial das parcerias com comunidades em cuidados básicos de saúde em larga escala, como parte de um esforço global para fortalecer os sistemas nacionais de saúde.

As lições aprendidas com a expansão de abordagens eficazes vêm sendo aplicadas com níveis de colaboração cada vez maiores. Agências internacionais importantes para a saúde e a sobrevivência materna e infantil – UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas, Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial – vêm trabalhando junto a doadores, governos e outras organizações internacionais líderes – como a União Africana – na

elaboração de estruturas e estratégias para expandir o acesso a cuidados básicos de saúde.

O que é necessário para a 'expansão'?

É fundamental expandir o atendimento das intervenções existentes para acelerar os progressos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde de crianças e mulheres – principalmente na África ao sul do Saara e na Ásia Meridional que, em conjunto, respondem por mais de 80% de todas as mortes infantis ocorridas em 2006.

Há um consenso sobre a expansão em grande escala do provimento de serviços e práticas essenciais, mas evidentemente falar é mais fácil do que agir. A expansão envolve uma complexa gama de ações, muitas delas inter-relacionadas, para alcançar amplitude e para garantir sustentabilidade da expansão no longo prazo.

Nos níveis de programas e políticas, não basta simplesmente expandir a oferta de pacotes de intervenções já testadas, de baixo custo. Obstáculos comportamentais, institucionais e ambientais que impedem o acesso também devem ser tratados como

parte do processo de expansão. O sucesso exige uma compreensão profunda desses obstáculos, assim como das estratégias para superá-los.

Entre os principais interessados – governos, doadores e agências internacionais, e parcerias globais relacionadas à saúde –, a expansão eficaz exigirá uma nova forma de trabalhar em cuidados básicos de saúde. Iniciativas e parcerias direcionadas para o aprimoramento dos aspectos de saúde materna e infantil existem em abundância e continuam a proliferar. Entretanto, sem maior coerência e harmonização, esses esforços desarticulados correm o risco de não serem suficientes para a realização dos ODM relativos à saúde nos próximos anos.

Este capítulo reúne essas duas tendências – *ações e parcerias* – em uma estrutura para a expansão eficaz de cuidados de saúde continuados para mães, neonatos e crianças. Destaca cinco ações distintas, porém relacionadas, necessárias para programas, políticas e parcerias na próxima década:

- Ação I: Realinhar programas de intervenções para doenças específicas em pacotes integrados de alto impacto, baseados em evidências, com o objetivo de

garantir cuidados continuados ao longo do tempo e em qualquer localidade.

- Ação II: Garantir prioridade máxima à saúde de mães e crianças em processos integrados de planejamento nacional, para expandir os serviços e fortalecer sistemas de saúde.
- Ação III: Melhorar a qualidade e a consistência de financiamentos visando ao fortalecimento dos sistemas de saúde.
- Ação IV: Promover e manter compromissos políticos assumidos por lideranças nacionais e internacionais, assim como financiamentos sustentados de modo a garantir acesso a cuidados contínuos.²
- Ação V: Criar condições para maior harmonização de programas e parcerias globais na área da saúde.

I. Realinhar programas

De intervenções a cuidados continuados

Até o presente, grande parte do trabalho realizado pela comunidade internacional de saúde, assim como seu apoio à saúde maternal, neonatal e infantil foram centrados em abordagens por doenças específicas, fortemente baseada em evidências e registros dos progressos quanto à expansão. Quando providas por recursos suficientes, bem direcionadas, gerenciadas, consolidadas e implementadas em escala, intervenções específicas freqüentemente contribuíram para a redução da incidência de doenças e da mortalidade infantil.

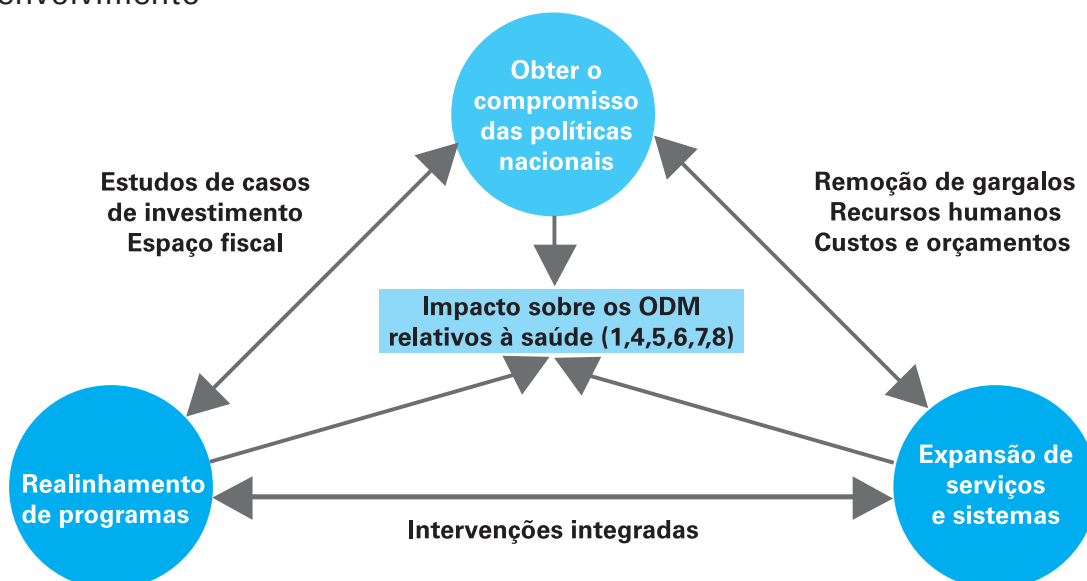
Entretanto, essas intervenções apresentavam limitações, pois muitas vezes não levavam em consideração dificuldades para sua implementação – tais como governança, restrições de gerenciamento e de recursos humanos.

Além disso, o foco em abordagens voltadas para doenças específicas pode limitar sinergias que possibilitariam o fortalecimento de sistemas de saúde mais amplos.

A expansão do atendimento para alcançar o provimento de cuidados continuados ao longo do tempo e em todos os lugares é considerada cada vez mais como uma das formas mais promissoras para acelerar os progressos em direção aos ODM relativos à saúde. Entretanto, a base de evidências sobre eficácia e viabilidade do provimento de cuidados continuados é menos desenvolvida do que a base para intervenções específicas por doença, e há uma necessidade cada vez maior de reunir evidências sobre a forma como esta última abordagem pode funcionar na prática. Novas estruturas e novos processos serão necessários, principalmente em relação à organização de programas, que devem passar por diversas alterações:

Figura 4.1

Estrutura conceitual para expansão dos cuidados básicos de saúde nos países em desenvolvimento



Fonte: Extraído de UNICEF, 'Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015', UNICEF, Nova Iorque, novembro de 2005, p.10.

- Especificar os pacotes de intervenções.
- Identificar marcos de referência e metas.
- Integrar estratégias de provimento.

A expansão do provimento de cuidados continuados exigirá também a adaptação de estruturas de gerenciamento de programas, de modo a refletir a integração dos diversos componentes dos pacotes de intervenção. Será preciso aprimorar as capacidades institucionais e individuais, superar a resistência a mudanças, e integrar e coordenar fluxos de recursos fragmentadas, principalmente aqueles provenientes de doadores e parcerias internacionais.³

Intervenções integradas por modo de provimento de serviço

A integração de diversas intervenções baseadas em evidências com boa relação custo/benefício constituem, potencialmente, um dos métodos mais eficazes para acelerar o aprimoramento da saúde materna, neonatal e infantil. Sua expansão exige que todos os países identifiquem o provimento de cuidados continuados baseados nos três modos de provimento de serviços apresentados a seguir:

- *Serviços orientados para a família, baseados na comunidade:* fornecidos regularmente por agentes comunitários de saúde/nutrição, com supervisão periódica por profissionais qualificados.
- *Serviços programados orientados para a população:* fornecidos por equipe de saúde qualificada ou semiquificada, tais como auxiliares de enfermagem ou atendentes de parto, e outros paramédicos, por meio de atendimento domiciliar ou em centros de atendimento.
- *Serviços clínicos orientados para o indivíduo:* intervenções que exigem a atenção de agentes de saúde mais qualificados, tais como parteiros, enfermeiros ou médicos, disponíveis permanentemente.⁴

Os serviços fornecidos dependerão do contexto nacional e da capacidade de seu sistema de saúde. A remoção de gargalos pode melhorar as condições para o aumento da cobertura.

A associação entre provimento de intervenções, de acordo com contatos específicos por idade, e serviços de saúde e nutrição pode gerar economia de escala em termos de custos e tempo, e pode melhorar o número de serviços acessíveis a mães e crianças. A integração de intervenções de baixo custo – tais como vacinas, antibióticos, mosquiteiros tratados com inseticidas e suplementação de vitamina A – e a promoção de práticas de higiene e alimentação permitem que a abordagem por “pacote” aumente significativamente a cobertura dos serviços.⁵

Parcerias com as comunidades são vitais para o sucesso de pacotes integrados. Frequentemente, uma única intervenção eficaz pode abrir caminho para a integração bem-sucedida de diversas medidas em um pacote de saúde infantil.

No Nepal, por exemplo, a campanha nacional de vitamina A capacitou voluntários das comunidades para aumentar suas competências, criando uma equipe que era respeitada e tinha credibilidade. À época em que foram capacitados para avaliar e tratar infecções respiratórias agudas, os voluntários já haviam conquistado a credibilidade dos pais e desenvolvido a confiança necessária para desempenhar essa tarefa mais complexa.

Uma experiência semelhante ocorreu em Madagascar, onde as famílias

receberam simultaneamente informações sobre a importância de adotar diversas práticas de saúde diferentes e aprimoradas, sendo que a imunização serviu de porta de entrada para outros serviços. Um programa amplo de mobilização comunitária mantém atenção para as ações essenciais necessárias para que as famílias promovam a saúde das crianças.⁶

É preciso dar atenção especial à equidade no momento de fornecer intervenções integradas que alcancem as mães e crianças mais pobres e marginalizadas. Embora a abordagem integrada realmente melhore o acesso a uma maior variedade de serviços para muitas mães e crianças em cada ponto de atendimento, pode também resultar em aumento da diferença na cobertura entre aqueles que têm acesso aos serviços e aqueles que permanecem excluídos.⁷

II. Planejamento nacional estratégico para a expansão de serviços e o fortalecimento de sistemas de saúde

O realinhamento de cuidados básicos de saúde, passando de intervenções específicas por doenças para o provimento de cuidados continuados, e a ampliação da cobertura de intervenções integradas exigirá uma sólida base de políticas. Esse fato vem sendo progressivamente reconhecido em uma série de fóruns de alto nível realizados desde 2003, para avaliar meios que acelerem os progressos em direção aos ODM relativos à saúde.⁸ Ao longo do tempo, essas reuniões identificaram restrições críticas no nível de políticas, que devem ser urgentemente eliminadas em favor da expansão eficaz. Uma de suas conclusões mais importantes é que sistemas de saúde insatisfatórios e falta de recursos para o desenvolvimento desses sistemas

Expansão: Nutrição adequada para mães, recém-nascidos e crianças

A subnutrição é um fator subjacente que responde por até 50% das mortes de menores de 5 anos, e há evidências de associações entre o *status* nutricional da mãe e o risco de morte materna e infantil. No período entre 2000 e 2006, entre os países e territórios em desenvolvimento, mais de 25% das crianças menores de 5 anos de idade tinham baixo peso ou retardo de crescimento moderado ou grave; e, em 2005, 28% das crianças entre 6 e 59 meses de idade ainda não recebiam suplementação de vitamina A.

Embora necessária, a segurança alimentar não é, por si só, suficiente para prevenir a subnutrição, como demonstra o grande número de crianças com baixo peso ou retardo de crescimento encontradas em ambientes em que não há pobreza e nem insegurança alimentar. A subnutrição resulta de um conjunto de fatores inter-relacionados, inclusive; alimentação e cuidados inadequados; condições precárias de saneamento; doenças, acesso insatisfatório a serviços de saúde; e pouco conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, as práticas de complementação alimentar e o papel de micronutrientes. A diarreia, que frequentemente resulta de instalações sanitárias e condições de higiene precárias, é um fator que colabora para a subnutrição. Outro fator causador da subnutrição em meio a bebês e crianças pequenas é a falta de ambientes de apoio às mães, que não têm tempo suficiente para cuidar de si próprias durante a gestação ou de seus bebês, devido às demandas domésticas e ao acesso insuficiente a serviços de saúde.

A expansão eficaz de estratégias de nutrição, por meio de cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças, demanda uma abordagem integrada. Requer o envolvimento sustentado de pais e comunidades, apoiado por desenvolvimento local ou nacional de serviços de cuidados básicos de saúde e de saúde ambiental, principalmente fornecimento de água e de saneamento básico. Quando esses pré-requisitos são preenchidos, podem levar a resultados notáveis em um período relativamente curto. Na Tailândia, por exemplo, o número de casos de subnutrição moderada e grave foi reduzido por esses meios em 75% ou mais, no período de uma década. E apesar de crises econômicas consideráveis, muitos países em desenvolvimento vêm conseguindo progressos impressionantes por meio do provimento de vitaminas e minerais essenciais a seus cidadãos. Nos países em desenvolvimento, cerca de 70% das famílias consomem sal iodado, cerca de 450 milhões de crianças recebem cápsulas de vitamina A, e estratégias de saúde, principalmente parcerias com as comunidades, estão utilizando métodos novos e inovadores para promover e apoiar o aleitamento materno.

Nas regiões em desenvolvimento, a Ásia Meridional registra as taxas mais altas de subnutrição, e também de

bebês com baixo peso ao nascer e de crianças menores de 5 anos com baixo peso, marasmo ou retardo de crescimento – e as taxas mais baixas de suplementação de vitamina A. Embora a África ao sul do Saara registre valores moderadamente melhores para esses indicadores, é a região com as taxas mais baixas de aleitamento materno exclusivo para bebês menores de 6 meses de idade, e a subnutrição aguda grave ainda é um problema premente. Os exemplos de países nessa região, apresentados a seguir, ilustram como essas questões foram tratadas, com resultados satisfatórios.

Benin: Ensinando as mães sobre a importância do aleitamento materno

Em Benin, as Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) de 1996 relataram que apenas cerca de 16% dos recém-nascidos na região de Borgou haviam sido amamentados na primeira hora após o nascimento; e, em 1988, menos de um em cada cinco bebês menores de 4 meses de idade – ou 14% – beneficiou-se do aleitamento materno exclusivo. Em 1997, foi introduzido o programa Ações de Nutrição Essenciais, com o objetivo de enfrentar esse desafio – assim como alguns desafios nutricionais mais abrangentes associados a altas taxas de desnutrição e mortalidade de bebês. Para reforçar comportamentos relacionados à nutrição essencial, o programa enfatizou seis medidas em centros de atendimento e comunidades:

- Aleitamento materno exclusivo para bebês até 6 meses de idade.
- Alimentação complementar adequada associada ao aleitamento materno dos 6 aos 24 meses de idade.
- Suplementação de vitamina A para crianças.
- Suplementação de ferro e ácido fólico para gestantes.
- Suplementação de sal iodado.
- Apoio e orientação para crianças subnutridas e doentes.

O programa Ações de Nutrição Essenciais vem associando com eficácia medidas elaboradas para fortalecer os sistemas de saúde, tais como capacitação de agentes de saúde, mobilização comunitária e campanhas de comunicação em larga escala, elaboradas para as condições específicas da população-alvo.

Líderes comunitários foram envolvidos ativamente na seleção de voluntários – conhecidos como *relais communautaires* –, que faziam a conexão entre comunidades e centros de saúde e foram capacitados em atividades de nutrição. Jovens, cantores tradicionais, grupos teatrais comunitários, grupos de mulheres e

outros grupos comunitários participaram de *workshops* para criar mensagens e materiais. Grupos comunitários apresentaram peças teatrais em vilarejos e áreas vizinhas, e estações de rádio comunitária transmitiram notícias em chamadas rápidas, jogos e textos teatrais desenvolvidos nos *workshops*.

Essa imensa mobilização comunitária resultou em uma mudança genuína no comportamento relacionado ao aleitamento materno. Em 2001, nessas áreas, cerca de 50% das mães com bebês menores de 4 meses de idade relataram que seus bebês estavam sendo amamentados exclusivamente com leite materno. Além disso, em 2002, comunidades selecionadas em Borgou registraram uma taxa de 61% de aleitamento materno exclusivo para bebês menores de 4 meses de idade, em comparação com 40% em 1999.

Etiópia, Malawi e Sudão: Gestão da subnutrição aguda grave baseada na comunidade

A subnutrição aguda grave ainda é o principal causador da morte de crianças menores de 5 anos de idade. Até pouco tempo atrás, o tratamento era restrito a abordagens baseadas em centros de saúde, o que limitava muito a cobertura e o impacto, uma vez que nos países muito pobres as crianças com desnutrição grave nunca eram levadas a um centro de saúde. Entretanto, novas evidências sugerem que muitas dessas crianças podem ser tratadas em suas próprias comunidades, sem precisar de internação em centros de saúde e em centros de alimentação terapêutica. A abordagem baseada na comunidade envolve o diagnóstico precoce da subnutrição aguda grave na comunidade e o provimento de tratamento para as crianças que não apresentam complicações médicas com alimentos terapêuticos prontos para uso, ou outros alimentos que possuem grande porcentagem de nutrientes oferecidos em casa. Quando associada de maneira adequada à abordagem baseada em centros de saúde para crianças subnutridas que apresentam complicações médicas, e implementada em larga escala, a gestão da subnutrição aguda grave baseada na comunidade pode evitar a morte de centenas de milhares de crianças.

Na Etiópia, em Malawi e no Sudão, evidências recentes ilustram o alto impacto e a boa relação custo/benefício da gestão da desnutrição aguda grave baseada na comunidade. Em contraste com o tratamento em centros de saúde – nos quais, na maioria dos países em desenvolvimento, as taxas de fatalidade permaneceram inalteradas durante as últimas cinco décadas –, cuidados terapêuticos baseados na comunidade conseguiram uma mudança fundamental na compreensão da doença e da implementação do tratamento. Até hoje, dados sobre mais de 20

programas implementados na Etiópia, em Malawi e nas regiões norte e sul do Sudão, entre 2000 e 2005, indicam que esses programas alcançaram taxas de recuperação de cerca de 80% e reduziram as taxas de mortalidade para 4%. As taxas de cobertura alcançaram 73%, embora mais de 75% das crianças gravemente subnutridas levadas ao programa fossem tratadas apenas como pacientes não internados. Além disso, os dados iniciais indicam que esses programas têm custos acessíveis, variando de US\$12 a US\$132 por ano de vida preservado.

Programas de cuidados terapêuticos baseados na comunidade utilizam alimentos terapêuticos novos, prontos para uso, que em muitos casos são preparados no local da própria colheita. Sua implementação está baseada em três premissas:

- Subjacentes a todos os programas estão uma forte ênfase na importância de cuidados precoces na evolução da desnutrição e a necessidade de manter os pacientes em um programa nutricional até sua recuperação.
- Os programas partem do pressuposto de que, para que procurem tratamento precocemente e concordem com ele, as famílias e as comunidades devem compreender os programas, aceitá-los e participar deles.
- Os programas enfocam o envolvimento de pessoas interessadas que podem beneficiar-se do *feedback* e da atenção gerados por programas bem-sucedidos e, desse modo, manter o interesse em sua sustentabilidade no longo prazo.

Os resultados de programas baseados na comunidade no tratamento da subnutrição aguda grave sugerem que, embora não possam eliminar a necessidade de assistência externa, a expansão do alcance do tratamento pode ter impacto importante sobre a saúde pública, evitando a morte de centenas de milhares de crianças.

Ver Referências, página 108.

limitam o impacto de esforços ampliados contra doenças específicas, além de deixar mães e crianças particularmente vulneráveis à carga total de doenças existentes no país.

A expansão de serviços e sistemas exigirá estratégias práticas e eficazes no nível nacional, que levem em consideração não apenas a expansão potencial das intervenções, mas também as restrições e os obstáculos que podem impedir avanços, destacando meios de superá-los. Medidas fundamentais necessárias aos planos estratégicos nacionais para que os pacotes de intervenções destacados na seção anterior sejam expandidos incluem:

- Identificar e remover os gargalos do sistema de saúde.
- Acompanhar progressos e problemas de cobertura.
- Implementar gradualmente intervenções integradas e fortalecer o sistema de saúde.
- Solucionar a crise de recursos humanos em cuidados de saúde.
- Desenvolver sistemas de saúde para resultados.
- Fortalecer os sistemas de saúde no nível distrital.

Identificar e solucionar os gargalos do sistema de saúde

Redes funcionais de provimento de serviços são necessárias para o provimento de cuidados continuados, baseado nos três níveis de serviço destacados na seção anterior: família e comunidade; serviços básicos descentralizados oferecidos próximo ao cliente; e cuidados referenciados baseados em centros de atendimento e serviços preventivos especializados. Uma etapa inicial envolve coleta de dados e informações qualitativas

sobre todos os provedores de serviços – públicos, privados e informais – e organizações – inclusive não-governamentais – já existentes e que possam ser mobilizados em apoio ao esforço de expansão.

Um exemplo desse processo é fornecido pela região nordeste de Gana, onde muitas organizações não-governamentais atuam em apoio a diferentes intervenções de saúde. O Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado – uma colaboração entre Clubes de Mães da Cruz Vermelha de Gana, serviços nacionais de saúde e o UNICEF – conseguiu integrar os esforços dessas organizações e centralizar seu apoio na expansão de um pacote de alto impacto de intervenções de baixo custo baseadas em evidências.⁹

Outras etapas importantes são a identificação e a análise de gargalos e restrições no funcionamento dos sistemas e a formulação de estratégias para removê-los ou superá-los.¹⁰ Esses obstáculos podem ter origem nos centros de atendimento, no atendimento ampliado ou em comunidades e domicílios, ou nos mecanismos estratégicos e burocráticos que estabelecem políticas, controlam logística e suprimentos, e formulam e implementam regulamentações. A Figura 4.2, na página 69, ilustra os principais gargalos potenciais no provimento de serviço em cada nível de um sistema de saúde nacional, e os contextos de políticas e de governança nos quais funcionam. Um novo instrumento para analisar essas restrições é o Elaboração de Orçamento Paralelo para Gargalos, detalhado no destaque da página 70.

Muitos gargalos demandarão soluções específicas, que envolvem a solução de restrições nos diversos níveis de provimento dos serviços. Por

exemplo, baixa demanda por serviços de saúde de qualidade em meio aos membros da comunidade ou capacidade limitada de centros de saúde e de agentes de atendimento expandido para prover serviços essenciais podem restringir a cobertura de intervenções integradas. Da mesma forma, barreiras financeiras, sociais e físicas podem limitar o acesso a esses pacotes. Apropriadamente, neste caso, parcerias com comunidades – apresentadas no Capítulo 3 – podem desempenhar um papel singular e vital para estreitar o contato que agentes de saúde dedicados – inclusive agentes comunitários de saúde – mantêm com as famílias e as comunidades que atualmente não têm acesso a intervenções essenciais. Entretanto, serão necessários cuidados baseados em centros de atendimento e agentes de atendimento ampliado para apoiar os agentes comunitários de saúde e prover serviços em muitas intervenções de saúde que exigem assistência mais especializada.¹¹

O apoio às parcerias com comunidades em saúde e nutrição, para permitir melhor qualidade do serviço prestado requer a implementação de ações secundárias essenciais: melhorias no desempenho e na motivação de agentes de saúde; garantias de que os centros de atendimento sejam adequadamente equipados; e disponibilidade imediata de medicamentos. Incontestavelmente, parte da solução para melhorar o provimento de serviços envolve o aumento de recursos – humanos, financeiros e gerenciais – e capacitação. Entretanto, outros incentivos e melhores condições de gestão de recursos humanos também podem ser necessários.

Condições em mais alto nível, determinantes para o desempenho de sistemas de saúde – políticas e gestão estratégica, políticas públicas

multissetoriais, e mudanças contextuais e ambientais –, constituem os desafios mais complexos para o desenvolvimento de sistemas de saúde, uma vez que fazem parte de um contexto institucional e de políticas que não pode ser rápida ou facilmente modificado.¹² No entanto, liderança, advocacia, apoio técnico e parcerias consistentes podem contribuir para promover mudanças.

Acompanhar progressos e restrições na cobertura da expansão

Atividades de acompanhamento, *feedback* e adaptação dos programas, realizadas com regularidade, com base em avaliações e evidências são amplamente reconhecidas como componentes integrantes de um sistema de saúde com bom funcionamento. Sem essas ações, não é possível realizar uma avaliação rigorosa da eficácia de um programa.

Sistemas consistentes de saúde pública, baseados em evidências, exigem uma base sólida de conhecimentos sobre frequência e distribuição de doenças, sobre determinantes e conseqüências dessas doenças e condições, e sobre segurança, eficácia e eficiência de intervenções, assim como sobre seus custos. Levantamentos e pesquisas de saúde, que analisam o impacto de abordagens e estratégias, são indispensáveis para a coleta de evidências essenciais, a aprendizagem de lições fundamentais e o desenvolvimento de melhores práticas.

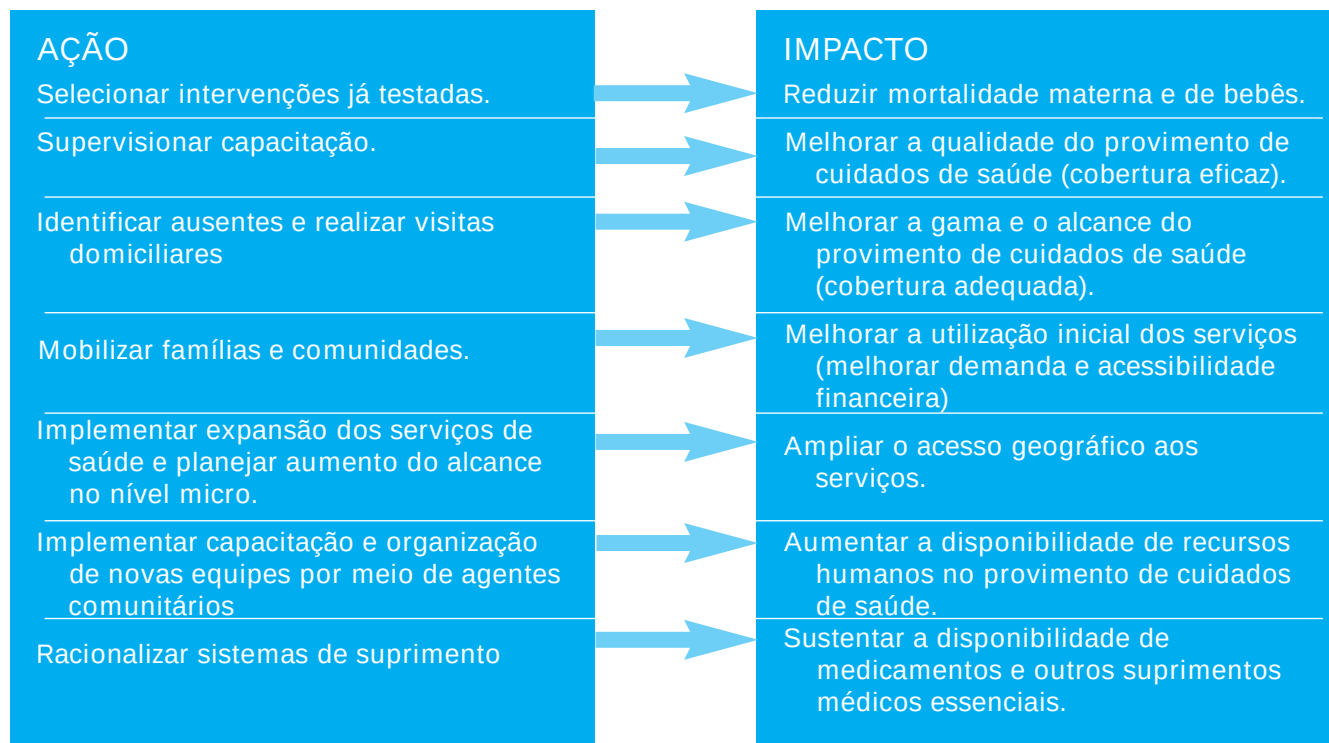
O acompanhamento da cobertura também é vital para permitir ajustes rápidos nas políticas e nas intervenções a serem implementadas. As medições dos ODM relativos à saúde dependem consideravelmente de instrumentos de levantamentos em larga escala tais como as Pesquisas de

Demografia e Saúde (DHS) e as Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS). Os indicadores dos ODM fornecem parâmetros básicos por meio dos quais os progressos rumo às metas relativas a saúde podem ser medidos. Muitos desses indicadores são fornecidos como parte de um conjunto mínimo de indicadores de alta prioridade para a sobrevivência da criança, estabelecidos em acordo entre UNICEF e OMS, em colaboração com parceiros no contexto da Contagem Regressiva para a Sobrevivência Materna, Neonatal e Infantil.

Periodicamente, MICS e DHS fornecem dados para a determinação da cobertura eficaz com o pacote mínimo de intervenções essenciais. Para melhorar a supervisão, o intervalo entre essas pesquisas foi reduzido de cinco para três anos.

Figura 4.2

Formas de enfrentar os gargalos no provimento de serviços de saúde



Fonte: UNICEF, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', documento preliminar elaborado por UNICEF, OMS e Banco Mundial, por solicitação da União Africana, setembro de 2006, p. 25.

‘Elaboração de Orçamento Paralelo para Gargalos’

A ‘elaboração de orçamento paralelo para gargalos’ é uma ferramenta de planejamento e orçamento baseada em resultados, que utiliza conhecimentos sobre o impacto das intervenções na mortalidade materna e infantil em determinado país, identifica obstáculos para implementação, e estima custos paralelos para superar esses obstáculos. Essa ferramenta, que vem sendo utilizada na elaboração de estruturas básicas de estratégias para a saúde de mães, recém-nascidos e crianças na África ao sul do Saara, foi desenvolvida em conjunto por UNICEF, Banco Mundial e OMS. Ajuda no estabelecimento de metas para intervenções já testadas, de alto impacto, e para fazer estimativas sobre impacto esperado, custo por vida preservada e requisitos financeiros adicionais, assim como uma projeção do espaço fiscal necessário para financiar esses custos adicionais (espaço fiscal pode ser definido como a disponibilidade de espaço orçamentário que permite ao governo prover recursos para um objetivo desejado – por exemplo, superar barreiras de acesso a cuidados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças, sem detrimento da sustentabilidade de sua posição financeira).

O Orçamento Paralelo para Gargalos consiste em cinco etapas básicas:

- *Uma avaliação de indicadores básicos, tendências e causas de mortalidade e morbidade materna, neonatal e infantil, e acesso a serviços essenciais; e seleção e integração de intervenções de alto impacto, baseadas em evidências, para enfrentar causas adjacentes por meio de modos de provimento de serviços – ou seja, cuidados baseados na família/comunidade; serviços e estratégias móveis programáveis para a população; ou cuidados clínicos individuais em centros de saúde de cuidados de emergência e referenciados.*
- *Identificação de gargalos no suprimento e na oferta através de todo o sistema, para a cobertura adequada e eficaz de serviços essenciais de cuidados básicos de saúde; e identificação de obstáculos à implementação de intervenções integradas de alto impacto em cada um dos principais modos de provimento de serviços. A cobertura adequada inclui fatores tais como disponibilidade de medicamentos e suprimentos essenciais; acesso a serviços e agentes de saúde; utilização inicial de serviços de cuidados de saúde e continuidade dessa utilização. Análises subsequentes das causas subjacentes de gargalos e o desenvolvimento de estratégias com potencial para superá-los permitem o estabelecimento de ‘fronteiras’ – níveis de cobertura de intervenções integradas considerados adequados, eficazes e viáveis, uma vez removidos os gargalos.*
- *Estimativas do impacto esperado sobre taxas de sobrevivência para cada uma das intervenções.* Essas estimativas baseiam-se em análises recentes e aprofundadas das evidências sobre a eficácia de intervenções e pacotes de alto impacto na determinação de resultados para a saúde e a sobrevivência de mães, recém-nascidos e crianças. São calculadas de forma residual, para evitar contagem duplicada das taxas de sobrevivência.
- *Seleção de tipos, quantidades e custos de fatores adicionais de contribuição, tais como salários, medicamentos e capacitação, necessários para implementar ações para superar gargalos e para elevar a cobertura eficaz de intervenções integradas até seus limites.*

Além disso, processos de acompanhamento nacionais, subnacionais e baseados na comunidade são cruciais para a expansão de intervenções de alto impacto.

Diversos países em desenvolvimento vêm utilizando medidas inovadoras para fazer o acompanhamento do impacto de programas de saúde sobre as populações e para coletar informações vitais sobre saúde. Um deles – a Bolívia – utilizou uma abordagem baseada em recenseamento para identificar a população total atendida por programas, por meio de visitas semestrais a todos os domicílios. A seguir, esse recenseamento foi

utilizado para definir intervenções selecionadas de alto impacto para crianças que corriam os maiores riscos. Como resultado dessa abordagem, nas áreas em que os programas de saúde foram implementados, o nível de mortalidade de menores de 5 anos foi entre 33% e 50% inferior à taxa média de mortalidade de menores de 5 anos nos distritos de controle.¹³

Implementar gradualmente pacotes de intervenções e fortalecer o sistema de saúde.

Há um reconhecimento progressivo de que ações para expandir o alcance de pacotes de intervenções devem ser implementadas gradualmente, dependendo de contingências como

disponibilidade orçamentária, restrições logísticas, capacidade técnica ou fatores socioeconômicos e culturais. Embora algumas intervenções possam ser rapidamente ampliadas, outras exigirão um cronograma mais longo. A expansão de pacotes mínimos de intervenções essenciais constitui um componente fundamental das novas estratégias que visam alcançar metas específicas de cobertura. Intervenções integradas vêm sendo elaboradas para satisfazer essas metas estabelecidas, por meio dos três modos básicos de provimento de serviços, discutidos anteriormente, e que são fornecidos em três etapas.¹⁴

Uma abordagem para o provimento gradual de serviços de saúde permitirá

- *Análises de implicações orçamentárias, identificação de prováveis fontes de recursos e comparação com custos paralelos e recursos adicionais necessários ao 'espaço fiscal' para gastos com saúde.* O espaço fiscal para gastos com saúde em cada país é projetado pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional.

Exemplos nacionais de análises de gargalos

A análise de gargalos vem sendo realizada em cerca de 25 países em desenvolvimento e cobrindo diversos modos de provimento de serviços. Medidas representativas, utilizadas para avaliar os determinantes de cobertura para cada um dos três modos de provimento de saúde, incluem os seguintes parâmetros (esta lista não é exaustiva):

- *Cuidados para a família e a comunidade:* Os indicadores incluem a utilização de água limpa e instalações sanitárias, assim como de mosquiteiros tratados com inseticidas; alimentação de bebês e cuidados para crianças e recém-nascidos doentes.
- *Serviços programáveis orientados para a população:* Os indicadores incluem níveis de imunização e de cuidados pré-natais.
- *Cuidados clínicos:* Os indicadores incluem partos atendidos por agentes capacitados e cuidados obstétricos e neonatais de emergência.

Os resultados registrados pelos países nos quais a ferramenta foi utilizada revelaram gargalos que não eram imediatamente evidentes pela análise dos níveis ou pelas tendências de dados.

Conforme relatado em *workshops* recentes:

Honduras: Análises de gargalos no serviço de fornecimento de água, saneamento e higiene revelaram que, apesar do amplo acesso a água limpa para beber de melhor qualidade, menos de 50% das famílias consumiam água tratada. Estratégias selecionadas para solucionar esses gargalos incluem a expansão do tratamento da água e a divulgação de iniciativas de informação, educação e comunicação, para promover a utilização exclusiva de água limpa para consumo.

Guiné: Em 2000, 70% dos vilarejos nos distritos em que o programa "Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado" (ACSD) foi implementado possuíam um agente comunitário de saúde e nutrição; 50% das famílias possuíam mosquiteiros; e 25% das gestantes dormiam sob mosquiteiros. Entretanto, a cobertura eficaz estava muito aquém dos níveis adequados, uma vez que menos de 5% dos indivíduos dormiam sob mosquiteiros tratados recentemente com inseticida. Esse gargalo na proteção contra a malária foi superado por meio do tratamento gratuito de todos os mosquiteiros existentes, associado com a distribuição fortemente subsidiada de mosquiteiros tratados com inseticida, que enfocou as gestantes que utilizavam serviços de atendimento pré-natal e que tinham concluído a imunização de seus filhos. Em 2004, essa abordagem integrada para eliminar gargalos aumentou em 40% a cobertura eficaz de mosquiteiros tratados com inseticida, e aumentou também a cobertura eficaz de imunização (todas as vacinas para crianças menores de 5 anos de idade) e de atendimento pré-natal (no mínimo três consultas), que passou de 40%, em 2002, para 70% nos dois anos seguintes.

Ver Referências, página 108.

que cada país defina e implemente um pacote inicial de intervenções que, na sequência, poderá ser ampliado ao longo do tempo. Tanto o pacote quanto o provimento de intervenções prioritárias dependerão da capacidade do sistema de saúde do país. A remoção gradual de gargalos facilitará a expansão do provimento de serviços – inclusive em situações de emergência complexas. Uma vez que a abordagem por pacote é orientada para resultados, a implementação de intervenções prioritárias em maior escala pode ser planejada e acompanhada por etapas.

As três etapas recomendadas para expandir a cobertura do provimento de serviços para países cuja

capacidade do sistema de saúde é deficiente são as seguintes:

1ª. Etapa: A etapa inicial enfoca uma redução de 50% nos gargalos no sistema amplo de saúde para cuidados baseados na família/comunidade e nos serviços ampliados orientados para a população, favorecendo a demanda por serviços clínicos de qualidade e oferecendo um *pacote mínimo* de intervenções de alto impacto e baixo custo, que podem ser implementadas de acordo com políticas, recursos humanos e condições de capacidade encontradas no momento. Estratégias operacionais incluem a capacitação e a qualificação de agentes de saúde e nutrição da comunidade para a

utilização das melhores práticas de cuidados para a família. Tipicamente, o pacote mínimo de intervenções inclui os seguintes componentes:

- Intervenções anti-malária
- Nutrição
- Promoção de higiene
- Imunização complementada por campanhas contra a redução da mortalidade causada pelo sarampo
- Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis
- Atendimento a partos e cuidados com o recém-nascido, assim como

cuidados obstétricos emergenciais realizado por pessoal capacitado

- Prevenção e tratamento de HIV e aids
- Cuidados baseados em centros de atendimento

2ª etapa: A segunda etapa compreende um *pacote ampliado* que inclui outras intervenções para cuidados neonatais e maternos, fornecimento de água de melhor qualidade e saneamento adequado, por meio de políticas nacionais e captação de recursos adicionais. Esta fase visa sustentar e fortalecer os três modos de provimento de serviços, reduzindo os gargalos existentes no fornecimento e na demanda.

3ª etapa: A etapa final envolve a introdução e a expansão de intervenções inovadoras, como vacinas contra rotavírus e pneumococo, e aprimora o fornecimento e a demanda por esse *pacote máximo*.¹⁵

Solucionar a crise de recursos humanos em cuidados de saúde nos países em desenvolvimento

Em muitos países, dificuldades econômicas e crises financeiras desestabilizaram e debilitaram equipes de saúde, criando um círculo vicioso de desinteresse, baixa produtividade e investimentos insuficientes em recursos humanos.

O enfrentamento da crise de agentes de saúde nos países em desenvolvimento exigirá um conjunto de medidas com diferentes estruturas temporais.

Curto prazo: Uma prioridade imediata é garantir que a expansão de iniciativas nacionais e globais em favor da saúde materna e infantil não resulte em interrupções adicionais no sistema de saúde ou em novas perdas significativas de pessoal.

De curto a médio prazo: A produtividade e a disposição dos profissionais de saúde existentes devem ser restabelecidas, inclusive por meio de incentivos, tais como melhor remuneração e melhor supervisão. A força de trabalho do setor da saúde – incluindo agentes comunitários de saúde – também deve ser ampliada dentro dos limites da estrutura macroeconômica geral do país e das estratégias para redução da pobreza.

Longo prazo: O enfrentamento da crise de agentes de saúde demanda ainda investimentos maciços em educação e capacitação para profissionais da área da saúde. Sem que sejam aprimoradas as condições de capacitação para profissionais da medicina e sem que haja aumentos nos recursos financeiros, a crise pode agravar-se, com implicações devastadoras para a saúde e a sobrevivência materna, neonatal e infantil.

Essas medidas exigirão fortes lideranças nacionais, respaldadas por amplo consenso em meio à sociedade, que priorize cuidados de saúde de qualidade. A mobilização dos países rumo ao acesso universal a cuidados continuados demandará a elaboração de planos abrangentes para o enfrentamento da crise de agentes de saúde. Além disso, esses planos devem ser ampliados além do setor de saúde, para incluir questões como reforma do funcionalismo público, descentralização e ambiente macroeconômico.

A dimensão deste desafio não deve ser subestimada. Apenas na África ao sul do Saara, o enfrentamento da crise de agentes de saúde demandará um aumento sem precedentes na constituição de equipes ao longo da próxima década. Nessa região, dos cerca de 860 mil agentes adicionais que se estima sejam necessários para expandir o provimento de cuidados

de saúde aos níveis exigidos para alcançar os ODM relativos à saúde, mais de 50% seriam agentes de saúde e nutrição pertencentes às comunidades.

Em muitos países do mundo em desenvolvimento, vêm sendo empreendidos esforços para ampliar o número de agentes comunitários de saúde, assim como para planejar pacotes de incentivos que possam reduzir os níveis de perda de pessoal. Diversos países – inclusive África do Sul, Índia, Quênia e Uganda – estão analisando programas nacionais para agentes comunitários de saúde, ao passo que Etiópia está capacitando 30 mil agentes do sexo feminino para o atendimento ampliado de saúde baseado em comunidades, enfocando saúde da mãe, do recém-nascido e da criança, malária e HIV/aids.¹⁶ Programas para agentes comunitários de saúde também estão sendo desenvolvidos em países tão diversos como Afeganistão, Indonésia, Moçambique, Nepal e Paquistão.

Inicialmente, o fortalecimento de programas para agentes de saúde deve focar os provedores comunitários de saúde e nutrição, visando melhorar o provimento de serviços em três áreas:

- Melhorar práticas de cuidados familiares por meio de visitas domiciliares.
- Distribuir suprimentos de saúde e nutrição essenciais para uso domiciliar em comunidades que têm acesso limitado a cuidados baseados em centros de atendimento.
- Fornecer pronto atendimento para crianças doentes.

Incentivos baseados em desempenho – como remuneração baseada em mudanças comportamentais nas comunidades – poderiam ser



A eficácia de intervenções de cuidados de saúde é reconhecida por meio de acompanhamento e avaliações. O status de nutrição de crianças é avaliado antes da distribuição de biscoitos altamente protéicos, Iraque.

utilizados para motivar os agentes, substituindo remunerações fixas.

As evidências sugerem que pacotes de incentivos múltiplos – muitas vezes associando pequenos incentivos financeiros ou pagamentos ‘em espécie’, com forte ênfase no reconhecimento e na supervisão pela comunidade, assim como oportunidades de crescimento e desenvolvimento pessoal – tendem a causar um efeito significativo na redução nos níveis de perda de colaboradores em meio aos agentes comunitários de saúde. Na Guatemala, por exemplo, agentes comunitários de saúde supervisionados registraram níveis de perda três vezes menores do que aqueles que não eram supervisionados, pois seu vínculo com especialistas externos lhes concede *status* mais elevado.¹⁷

A elevação do nível de habilidades dos agentes de saúde existentes é parte integrante de uma expansão eficaz. Supervisão e acompanhamento aprimorados, além de contratos e incentivos de desempenho baseados em resultados, são motivações possíveis para os agentes de saúde existentes, e são também condições que podem atrair futuros agentes.

Desenvolver sistemas de saúde para resultados

Os esforços para melhorar a harmonização da ajuda e para expandir as atividades, principalmente na África, vêm focalizando progressivamente a utilização dos ODM relativos à saúde e outros indicadores como referência para fortalecer os resultados dos sistemas de saúde. A ênfase em resultados pretende criar uma sinergia entre resultados e fatores de contribuição. Cada vez mais, o

desenvolvimento de sistemas de saúde vem sendo estruturado como parte do processo para alcançar os objetivos, confundindo-se com eles.

Essa conexão entre sistemas e resultados foi enfatizada na estrutura de estratégias para alcançar os ODM 4 e 5, por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde, que foi elaborada conjuntamente pelo UNICEF, a OMS e o Banco Mundial, a pedido da União Africana. A estrutura analisa os gargalos existentes nos sistemas de 16 países africanos e simula o impacto potencial que a remoção desses gargalos teria sobre os ODM, em cada país. Com base nessa estrutura, mais de 10 países africanos estão atualmente revendo seus planos e mecanismos orçamentários, como os Documentos de Estratégias para a Redução da Pobreza, planos de desenvolvimento do setor da saúde,

Expansão: Água limpa, condições adequadas de saneamento e melhores práticas de higiene

Água limpa e banheiros seguros têm o potencial de transformar a vida das crianças. Mais do que qualquer outro grupo, crianças pequenas são vulneráveis aos riscos gerados por água contaminada, condições sanitárias precárias e higiene inadequada. Em conjunto, água imprópria para beber, disponibilidade de água inadequada para lavar e cozinhar, e falta de acesso a condições de saneamento são fatores que contribuem com cerca de 88% das mortes causadas por doenças diarreicas – ou mais de 1,5 milhão a cada ano.

Independentemente de outras intervenções, melhores condições de saneamento já poderiam reduzir em mais de um terço a morbidade relacionada à diarreia; condições de saneamento de melhor qualidade associadas a melhores comportamentos de higiene poderiam reduzi-la em dois terços. Lavar as mãos com sabão ou cinzas pode evitar entre 0,5 milhão e 1,4 milhão de mortes a cada ano. Melhores práticas domésticas incluem: utilização consistente de banheiro ou latrina por todas as pessoas da família; descarte seguro de fezes infantis; lavagem das mãos com sabão ou cinzas após defecação e antes de refeições; e instalação de fontes de água limpa nos domicílios e nas comunidades. Fornecer às comunidades conhecimentos e recursos para implementar essas práticas domésticas básicas é uma primeira etapa vital para aprimorar as condições de saneamento e higiene.

Nicarágua e Peru: Promover melhores condições de higiene para reduzir a diarreia

Assim como a Ásia Meridional, a região da América Latina e Caribe registrou progressos significativos nas áreas de fornecimento de água e saneamento, sendo que 16 dos 33 países da região estão a caminho da realização de suas metas de ODM. Entretanto, ainda há disparidades persistentes, principalmente entre áreas urbanas e rurais.

Em 2002, o programa conjunto do Projeto de Saúde Ambiental e da Organização Pan-Americana de Saúde, denominado 'Projeto de Mudança de Comportamento em relação à Higiene', deu início a estratégias baseadas na comunidade para a região, que registrava anualmente um total combinado de 15 mil mortes e 75 mil hospitalizações por diarreia causada por rotavírus, independentemente de dispor de uma infra-estrutura sólida de latrinas e de água canalizada. No Peru, após a implementação do programa, a proporção de casos de diarreia relatados diminuiu para 9%, enquanto na Nicarágua o número de casos de diarreia de crianças de 3 anos de idade foi muito baixo, e entre crianças de 4 a 5 anos de idade não foi registrado nenhum caso sequer. Nesses dois países, do período que antecedeu a intervenção até a metade do período de implementação, muitas práticas de higiene apresentaram resultados significativos em termos estatísticos – por exemplo, lavar melhor as mãos e utilizar e armazenar água de forma segura.

Moçambique: Os comitês de saneamento de criança para criança

Freqüentemente, as crianças são poderosas defensoras de mudanças em suas comunidades. Em Moçambique, os comitês de saneamento de criança para criança servem como base para programas de educação em higiene centrados na criança realizados nas escolas, e devem ser utilizados também como ponto de entrada para a adoção de práticas de higiene no nível das famílias nas comunidades locais, por meio de canais de informação entre as crianças e entre as crianças e seus pais. Um comitê de saneamento de criança para criança consiste em um grupo de 15 meninas e meninos que recebem capacitação em educação participativa na área de higiene, inclusive em relação à divulgação de informações sobre rotas e barreiras de transmissão de doenças relacionadas a água e saneamento, lavagem adequada das mãos com sabão (ou cinzas) e uso adequado de latrinas. A inclusão de meninas nos comitês é especialmente importante, uma vez que sua freqüência à escola é afetada por instalações sanitárias inadequadas e pelo tempo consumido percorrendo longas distâncias em busca de fontes de água limpa. Desde 2002-2003, em associação com estratégias participativas para jovens, esses esforços ajudaram a aumentar entre 15% e 20% as taxas nacionais de matrículas de meninas.

Para obter a atenção de outras crianças, os comitês utilizam discussões em grupo, cartazes, músicas temáticas, teatro, dança, entrevistas, desenhos e competições. Seguindo essa abordagem, foram criados comitês de saneamento de criança para criança, que funcionam em 251 escolas.

Sudão Meridional: Fornecimento de água e saneamento baseado na comunidade, em ambientes complexos

É amplamente reconhecido que abordagens baseadas na comunidade em áreas afetadas por conflitos armados, desastres naturais ou outras emergências complexas são difíceis de implementar, quando não impossíveis. Entretanto, evidências do Sudão Meridional sugerem que, quando implementadas com sucesso, abordagens baseadas na comunidade podem desempenhar um papel crucial em ambientes difíceis. No Sudão Meridional, um projeto de fornecimento de água e saneamento envolve equipes locais especializadas na perfuração manual de poços. Cada equipe é formada por dez membros, geralmente selecionados nas comunidades locais; desses, sete são perfuradores e três são responsáveis pela manutenção da bomba manual, incluindo um supervisor de equipe. A perfuração manual constitui uma abordagem de baixo custo e pouca tecnologia para prover acesso à água. O equipamento pode ser desmontado e transportado entre os locais pelas próprias comunidades. Sua portabilidade permite que seja transportado até mesmo em terrenos difíceis e, operado com cautela, permite que a perfuração continue durante a estação das

chuvas. Além disso, o baixo custo e a portabilidade do equipamento são essenciais em áreas sem segurança. Ao trabalhar em associação com as comunidades, esse projeto conseguiu ampliar o número de poços tubulares através de amplas áreas do norte de Bahr el Ghazal.

Bangladesh e Índia: 'Saneamento total' conduzido pela comunidade

Embora investimentos em construção de banheiros seja um pré-requisito importante para aumentar a cobertura de saneamento, evidências da Ásia Meridional sugerem que nem sempre são suficientes para alcançar melhores resultados para a saúde pública. Na Índia, por exemplo, estudos de avaliações por estado mostram que a maioria dos indivíduos continua a defecar a céu aberto, não devido à falta de acesso a banheiros, mas primariamente porque não vêem razão para modificar seu comportamento, uma vez que a conscientização sobre os riscos de saúde associados é limitada ou ignorada. De fato, a utilização de banheiros é mais alta nos domicílios que reconhecem sua necessidade e que, portanto, constroem seu próprio banheiro.

No distrito de Rajshahi, Bangladesh, uma única abordagem de mobilização da comunidade foi implementada como projeto-piloto em 2001, com o objetivo de alcançar uma cobertura de 100% de saneamento básico. A abordagem 'Saneamento total conduzido pela comunidade' baseia-se no princípio de promover mudança coletiva de comportamento. Essa abordagem ajuda as comunidades a compreender os efeitos negativos do saneamento precário e lhes confere poder para, coletivamente, encontrar soluções. Em Rajshahi, essa abordagem levou a comunidade a alcançar a eliminação total da defecação a céu aberto dentro do vilarejo. A eliminação dessa prática foi alcançada sem qualquer subsídio externo e foi totalmente baseada na mobilização comunitária. As comunidades utilizaram seus próprios recursos, estabeleceram comitês de ação, desenvolveram tecnologias de baixo custo e acompanharam os progressos.

Ao promover melhores práticas de saneamento por meio de estratégias centralizadas na comunidade, a iniciativa de Rajshahi representou uma mudança de paradigma. Entretanto, a expansão dessa abordagem na área ficou limitada a uma abordagem vilarejo por vilarejo. Entretanto, a experiência de Rajshahi gerou interesse na Índia, provocando a visita de formuladores de políticas, inclusive representantes do governo do estado de Maharashtra. Baseado na experiência de Bangladesh, o governo do estado de Maharashtra formulou uma estratégia para eliminar a prática de defecação a céu aberto em seu estado. As características básicas dessa estratégia eram colocar os governos locais na linha de frente, fornecer apoio fiscal aos pobres, e colocar em funcionamento sistemas consistentes de acompanhamento e avaliação. A campanha incluiu forte ênfase sobre atividades de informação, educação e comunicação, além de visitas para

exposição nos vilarejos com os melhores desempenhos. Como resultado, entre 2002 e 2006, Maharashtra, que não tinha um vilarejo sequer sem defecação a céu aberto, hoje conta com mais de 3.800, sendo que mais de cinco milhões de famílias vivem atualmente em um ambiente livre desse tipo de prática.

Por outro lado, o sucesso de Maharashtra levou a Índia a uma revisão nas diretrizes nacionais de saneamento e ao estabelecimento do *Nirmal Gram Puraskar*, ou 'Prêmio Vilarejo Limpo', introduzido pelo governo da Índia em 2004. O esquema oferece recompensa em dinheiro aos governos locais que alcançarem 100% de cobertura de saneamento básico. A resposta foi incrível: em fevereiro de 2005, 38 *gram panchayats* (a camada mais baixa entre governos rurais eleitos) receberam o prêmio; até fevereiro de 2006, o número subiu para 760 *gram panchayats* e 9 *block panchayats* (uma camada intermediária entre governos rurais eleitos).

Gana: Superando a divisão urbano-rural

As disparidades no fornecimento de água limpa e saneamento básico são maiores entre as populações urbanas e rurais. Globalmente, o acesso a fontes de água de melhor qualidade é de 95% nas áreas urbanas, em comparação com 73% nas áreas rurais. A África ao sul do Saara registra a maior divisão urbano-rural em relação à água: 81% da população das áreas urbanas são abastecidos pelo serviço, em comparação com 41% nas áreas rurais.

Em Gana, até recentemente, a cobertura de fornecimento de água e saneamento estava aquém da média para a África ao sul do Saara, mas atualmente vem sendo ampliada anualmente a uma taxa de cerca de 200 mil pessoas – ou mais de 1% da população. A mudança foi dramática e reflete um programa de amplas reformas introduzido pelo governo no início da década de 1990, para enfrentar a ineficiência de um sistema imposto de cima para baixo, insensível e com falhas no provimento, principalmente nas áreas rurais. Como resultado do processo de reforma, a responsabilidade pelo fornecimento de água foi transferida para governos locais e comunidades rurais, e foram desenvolvidas novas estruturas políticas para a governança da água. As estruturas dos vilarejos agora fazem parte do novo sistema. Para candidatar-se a subsídios financeiros, as comunidades devem formar comitês locais de água e elaborar planos detalhando a forma de gestão de seus sistemas; contribuir com o equivalente a 5% dos custos de capital; e arcar com os custos de manutenção. Essa abordagem participativa resultou em um aumento significativo no acesso à água – de 55%, em 1990, para 75%, em 2004 – e atualmente o acesso vem-se acelerando.

Ver Referências, página 108.

programas com enfoque setorial amplo e estruturas de gastos de médio prazo, para fortalecer seus sistemas de saúde, objetivando resultados de saúde concretos para mães e crianças.

Esses países também estão sistematizando em 'estudos de caso de investimentos' os gargalos, as estratégias, os resultados esperados na área da saúde e os recursos financeiros adicionais necessários, com o objetivo de alavancar apoio financeiro e de políticas para seus planos nacionais.

Fortalecer os sistemas de saúde no nível distrital

O fortalecimento dos sistemas de saúde ainda é uma tarefa assustadora e

complexa, principalmente em muitos países que vêm realizando progressos insuficientes para o cumprimento dos ODM relativos à saúde. A descentralização dos sistemas de saúde e maior atenção ao nível distrital podem ser considerados um veículo eficaz para o provimento de cuidados básicos de saúde a crianças e famílias marginalizadas no nível de comunidade.¹⁸ Entretanto, a descentralização apresenta riscos: pode ter conseqüências não pretendidas, tais como um aprofundamento das desigualdades existentes nas comunidades, com base em fatores como pobreza, gênero, idioma e etnia.¹⁹ Além disso, mesmo nos locais em que os esforços de descentralização

foram bem-sucedidos, a experiência sugere que a transformação de um distrito administrativo em um sistema de saúde funcional não ocorre rapidamente. Em 2000, por exemplo, apenas 13 hospitais distritais de Níger estavam equipados para realizar uma operação cesariana. Em Burquina Fasso, 10 anos depois da implantação dos distritos, apenas 17 hospitais distritais dispunham de instalações adequadas; além disso, apenas cinco desses 17 hospitais dispunham dos três médicos necessários para garantir cuidados continuados durante todo o ano.²⁰

No entanto, a experiência da descentralização realizada durante a

África: Necessidade urgente de enfrentar a crise de agentes de saúde

A falta de recursos humanos adequados representa uma barreira importante para expandir abordagens integradas à sobrevivência, à saúde e à nutrição de mães, recém-nascidos e crianças no nível da comunidade. Nos países em desenvolvimento, as experiências atuais sugerem que eficácia limitada, alta taxa de transferência de equipes e supervisão inadequada constituem características da maioria dos programas. A migração em massa de profissionais de saúde, o impacto da aids – que em alguns países com alta prevalência dizimou a força de trabalho – e a presença de conflitos armados ajudam a debilitar a força de trabalho nacional na área da saúde em muitos países em desenvolvimento que neste momento realizam pouco ou nenhum progresso para reduzir a mortalidade infantil. Nesses contextos, agentes comunitários de saúde desempenham um papel importante no provimento da saúde de maneira geral, e da saúde infantil, em particular. Entretanto, é preciso enfatizar que agentes comunitários de saúde devem complementar profissionais de saúde capacitados, não substituí-los.

Agentes de saúde nos níveis distrital e comunitário

Em todos os países, o número de agentes de saúde por mil crianças, principalmente de enfermeiros e médicos, é um determinante significativo das variações nas taxas de mortalidade de bebês, de menores de 5 anos e de mães. Por exemplo, pesquisas revelam que as perspectivas para alcançar 80% na cobertura de imunização contra o sarampo e de partos atendidos por agentes capacitados melhoram muito nos locais em que a densidade de agentes de saúde supera 2,5 por mil habitantes. Muitos países em desenvolvimento, principalmente na África ao sul do Saara, vêm enfrentando avassaladora escassez desse tipo de profissional.

A migração de profissionais de saúde capacitados causa grande preocupação em muitos países em desenvolvimento. Um aspecto particularmente alarmante é a migração em massa de profissionais de saúde de países pobres para países ricos – a chamada 'drenagem de cérebros'. No entanto, outras formas de movimentação de profissionais de saúde dentro de um país – de áreas rurais para zonas de conurbação, do setor público para o setor privado, e do setor de saúde para outros setores – também limitam o conjunto de profissionais de saúde envolvidos em cuidados básicos de saúde nos países em desenvolvimento.

Aparentemente, os motivos pelos quais médicos e enfermeiros deixam o setor de saúde são semelhantes em locais tão diversos como as Ilhas do Pacífico e a União Européia. Incluem baixa remuneração; horário de trabalho inflexível, com muitas obrigações extraordinárias; falta de oportunidades de educação continuada; condições difíceis de trabalho; pacientes exigentes; e escassez de suprimentos e equipamentos. Estatísticas recentes indicam, por exemplo, que 50% dos graduados nas escolas de medicina de Gana emigram no período de 4,5 anos após a graduação, e 75% deixam o país no período de uma década. Na África do Sul, mais de 300 enfermeiros especializados deixam mensalmente o país – muitos deles não retornam mais ao país de origem. Os principais países de destino de agentes de saúde estão na Europa e na América do Norte. Esse fluxo também se dirige para o Reino Unido, onde um terço da força de trabalho da área da saúde é constituído por indivíduos de outros países. As pesquisas sugerem que a densidade de agentes de saúde – médicos, enfermeiros, parteiros – é no mínimo dez vezes mais alta na Europa e na América do Norte do que na África ao sul do Saara. Frequentemente, o impacto

última década sugere que, no balanço geral, distritos de saúde ainda são uma forma racional para que os governos ampliem cuidados básicos de saúde por meio de redes de centros de saúde, práticas familiares ou estruturas descentralizadas equivalentes, com a retaguarda de hospitais de referência. Nos locais em que os distritos tornaram-se estruturas estáveis e viáveis, foram registrados resultados notáveis, mesmo em situações de emergências complexas, como na República Democrática do Congo e na Guiné. Do mesmo modo, Mali ampliou suas redes de centros de saúde e de serviços para mães e crianças.²¹ Nos países em que a descentralização foi

acompanhada por reformas na administração pública, foram registrados progressos significativos no período de poucos anos. Exemplos incluem Moçambique, Ruanda e Uganda, países que passaram por muitos anos de conflitos e colapsos econômicos, mas que vêm conseguindo progressos significativos em reformas de instituições governamentais e em desempenho, inclusive de seus sistemas de saúde.²²

Ao longo das últimas décadas, surgiram mais evidências sobre o desempenho de sistemas distritais de saúde. Entretanto, a base de evidências ainda é relativamente pequena, a cobertura de estudos é

inconsistente, e as abordagens defendidas pelos profissionais da área da saúde não são aceitas no mesmo nível de consenso e visibilidade pela comunidade científica como são as abordagens de intervenções essenciais.

O trabalho por meio da abordagem distrital para o provimento de cuidados de saúde contínuos para mães, recém-nascidos e crianças requer um novo ímpeto e uma sistematização mais rigorosa. Em particular, um objeto fundamental das pesquisas deve ser a reorientação dos sistemas nacionais de saúde, de modo a criar condições que permitam o desenvolvimento dos sistemas distritais de saúde e nutrição que fornecem

negativo que a migração exerce sobre o provimento de serviços de saúde nos países em desenvolvimento é grave, uma vez que essa movimentação de capital humano afeta os profissionais mais bem qualificados, nos quais o governo investiu pesadamente por meio de capacitação e desenvolvimento profissional.

Além dessas causas gerais, epidemia de aids e conflitos armados também foram causas subjacentes poderosas para a perda de pessoal de saúde, principalmente na África ao sul do Saara.

Em situações de conflito e reconstrução pós-conflito, os agentes de saúde qualificados são vitais para fornecer serviços gerais e especializados a populações vulneráveis que podem ter sido deslocadas e feridas como consequência das disputas. Entretanto, em muitos países afetados, conflitos que duraram anos, e por vezes décadas, resultaram em uma escassez aguda de pessoal capacitado em cuidados de saúde.

Para solucionar essa escassez de pessoal qualificado, no mínimo no curto e no médio prazo, os sistemas de saúde nacionais devem criar incentivos para a prática de cuidados domésticos de saúde. Embora seja um desafio, inúmeros países conseguiram recrutar e reter agentes de saúde, inclusive em áreas rurais, onde a escassez freqüentemente é mais grave. Pacotes de incentivos para reter agentes de saúde ou para reverter o quadro de migração estão sendo elaborados para tentar solucionar a crise. Mali é um exemplo: o Ministério da Saúde estimula médicos recém-formados a servir nas áreas rurais, oferecendo-lhes capacitação, alojamento, equipamentos e transporte, quando necessário.

A capacitação focada em condições locais também pode limitar a perda da força de trabalho. Esforços duradouros para ampliar o número de agentes de saúde nas áreas rurais sugerem que a capacitação de agentes locais – oferecida no idioma local e incorporando habilidades relevantes para as condições locais – facilitam a retenção. Essas abordagens à capacitação freqüentemente levam a credenciamentos que não são reconhecidos internacionalmente, o que também limita a migração. Entretanto, o sucesso no provimento de incentivos e apoio no nível local é incerto.

Preocupações crescentes incluem o fato de que os países ricos estão sendo beneficiados com a drenagem de cérebros, à custa da África. Em consequência, um movimento cada vez mais intenso pede o fim do recrutamento de agentes de saúde provenientes da África; ou, caso esse apelo seja irrealista – o que provavelmente se confirmará –, o movimento pede que o recrutamento somente ocorra quando ambos os lados forem beneficiados. Nos últimos cinco anos, autoridades nacionais, associações de profissionais e organismos internacionais criaram diversos instrumentos internacionais, com o objetivo de estabelecer normas de comportamento para os interessados envolvidos com o recrutamento internacional de agentes de saúde. Preocupações semelhantes também constituíram o foco de acordos bilaterais.

Ver Referências, página 108.

África ao sul do Saara: Estudo de caso de investimento para a sobrevivência infantil e outros Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde

As estratégias delineadas na 'Estrutura Estratégica para Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio em relação à Sobrevivência Infantil na África' – elaborada para a União Africana em julho de 2005 – devem criar, em um prazo relativamente curto, condições mínimas necessárias para aumentar a cobertura eficaz de cuidados básicos de saúde na África ao sul do Saara – incluindo um pacote mínimo de serviços de baixo custo, alto impacto e baseados em evidências, que pode ser fornecido por meio de cuidados baseados na família e na comunidade, e por meio de serviços orientados para a população e cuidados baseados em clínicas. As intervenções básicas devem fornecer antibióticos para combater pneumonia e infecções neonatais; associar medicamentos contra a malária; promover a alimentação infantil e higiene; promover o uso de mosquiteiros tratados com inseticida; promover a terapia de reidratação oral; garantir atendimento qualificado a partos; fornecer suplementação de vitamina A; oferecer prevenção e cuidados relativos à aids pediátrica; prestar atendimento em emergências obstétricas e cuidados neonatais. Essas estratégias e intervenções devem melhorar as condições de

nutrição infantil, as taxas de mortalidade materna e o *status* da mulher, além de reduzir a pobreza por meio da garantia de maior poder à mulher. As três etapas de implementação são destacadas nas páginas 71-72.

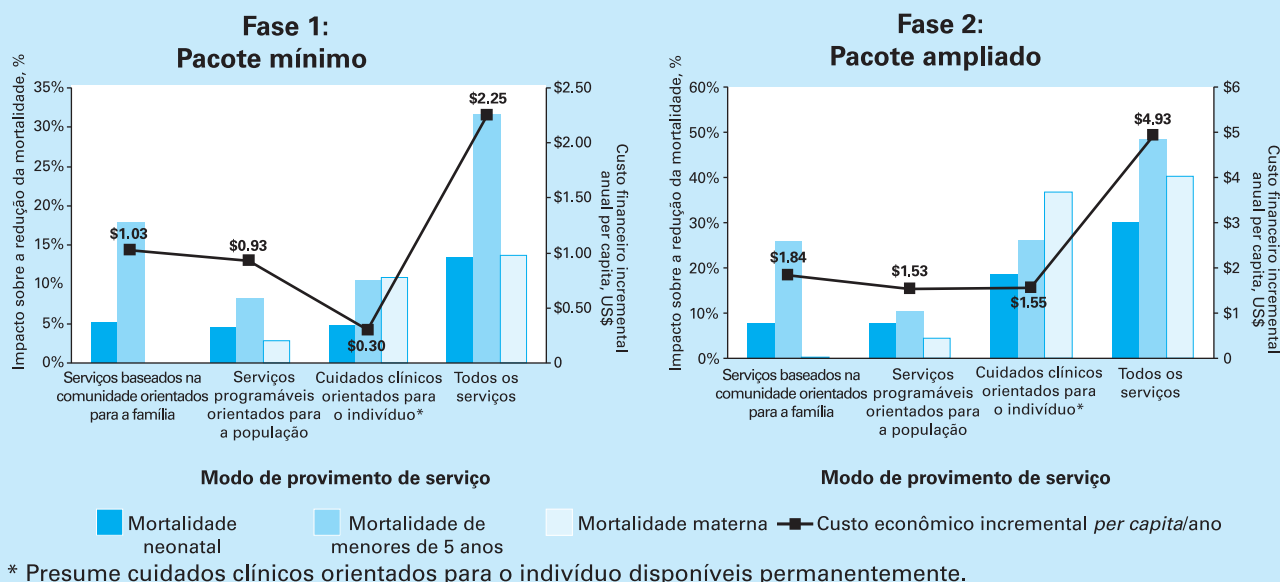
Na primeira etapa, estima-se que essa estratégia poderia reduzir a taxa de mortalidade de menores de 5 anos na África em mais de 30%, e resultar em reduções de 15% na mortalidade materna, a um custo incremental anual estimado de US\$2 a US\$3 *per capita*, ou cerca de US\$1.000 por vida preservada.

Na segunda etapa, a implementação em escala de um pacote ampliado levaria a uma redução estimada de 45% na taxa de mortalidade de menores de 5 anos na região, e diminuiria a mortalidade materna em 40% e a neonatal em cerca de 30%. O custo econômico incremental anual é estimado em US\$5 *per capita*, ou menos de US\$1.500 por vida preservada.

Na terceira etapa, estima-se que alcançar limites de cobertura eficaz com o pacote máximo de intervenções permitiria aos

Figura 4.3

Impacto estimado e custo de pacotes mínimo, ampliado e máximo para a Estrutura Estratégica para África



países alcançar ou aproximar-se de metas básicas para os ODM 1, 4, 5 e 6, reduzindo as taxas de mortalidade de menores de 5 anos e de mortalidade materna em mais de 60%, cortando em 50% a taxa de mortalidade neonatal, e reduzindo em 50% a incidência de malária e subnutrição. O custo econômico incremental anual estimado para alcançar a fase 3 é de US\$12 a US\$15 *per capita*, ou cerca de US\$2.500 por vida preservada.

Presumindo um ritmo incremental na implementação, os recursos anuais adicionais necessários para a etapa de aceleração proposta aumentarão entre US\$2 e US\$3 *per capita* e por ano, para implantar o pacote mínimo em escala na primeira etapa; aumentarão no mínimo de US\$12 a US\$15 *per capita* e por ano para implantar o pacote máximo em escala até 2015, na terceira etapa. É preciso observar que esses custos adicionais foram estimados recentemente, utilizando ferramentas diferentes de avaliação de custos, sendo que cada um deles gerou projeções semelhantes, sugerindo a consistência das estimativas. O custo está relacionado a instalações, medicamentos e suprimentos. Os mosquiteiros tratados com inseticida e os medicamentos

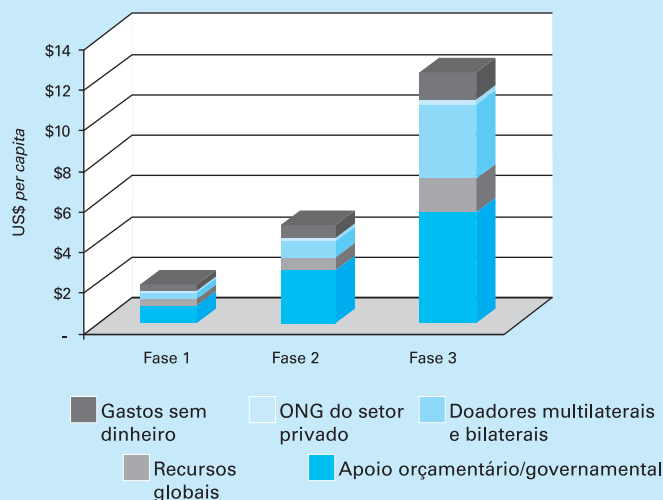
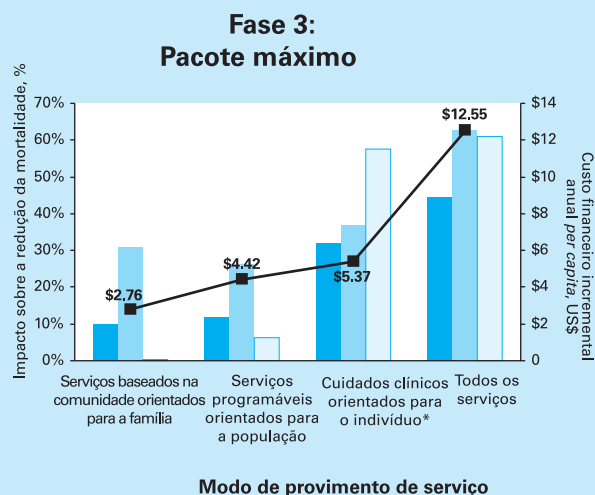
representam uma parcela bastante considerável desse custo. O custo é distribuído entre recursos humanos, centros de saúde, equipamentos, promoção, criação de demanda, acompanhamento e avaliação.

No contexto da Estrutura Estratégica, foi proposto o seguinte cenário financeiro: nas três etapas, cerca de 50% dos recursos adicionais para expandir o pacote mínimo seriam assumidos pelos orçamentos nacionais, inclusive orçamento de apoio; 15% pelos gastos que não envolvem dinheiro; e um terço, pelas agências Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (GFATM), UNICEF, Banco Mundial, OMS e outros doadores.

Ver Referências, página 108.

Figura 4.4

Fontes de financiamento 2007-2015



Fontes das Figuras 4.3 e 4.4, p.78-79: Estimativas preliminares baseiam-se na versão revisada de 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in África through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', de UNICEF, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde, documento preliminar elaborado por UNICEF, OMS e Banco Mundial por solicitação da União Africana. Revisado em outubro de 2006.



© UNICEF/HQ04-0689/Giacomo Pirozzi

A escassez de agentes de saúde nos países em desenvolvimento deve ser administrada por meio de planos nacionais, para reverter o impacto negativo sobre a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças. *Uma agente de saúde examina uma criança no centro regional para prevenção e proteção contra a aids, Federação Russa.*

cuidados continuados. Análises sistemáticas e estudos de caso nos países que tentaram implementar essa abordagem podem gerar percepções importantes sobre como funcionam e como podem ser aprimorados os processos atuais de políticas.

Atualmente, já são amplamente reconhecidos pelos profissionais da área de saúde alguns problemas significativos – tais como construção de capacidade institucional e aquisição de inteligência estratégica para direcionar e acompanhar fluxos de recursos e desempenho de sistemas de saúde.

Evidentemente, há muito trabalho a ser feito para reunir evidências e

conhecimentos sobre formas de construir capacidades para formulação, regulamentação e direcionamento de políticas que possam orientar a governança do setor da saúde como um todo, assim como a organização de cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças no nível distrital.

III. Melhorar a qualidade e a consistência de financiamentos visando ao fortalecimento dos sistemas de saúde

Nos países de baixa renda, onde os setores de cuidados de saúde já enfrentam grande escassez de recursos, encontrar recursos para financiar cuidados de saúde é um obstáculo significativo para a expansão. Políticas que determinam o financiamento pelo governo podem ter um efeito profundo sobre os resultados de saúde para crianças e mulheres, por meio de subsídios e impostos sobre os serviços essenciais que afetam a saúde, a sobrevivência e a nutrição de mães, neonatos e crianças, ou por meio do apoio a mecanismos de compartilhamento equitativo de custos.

Além de ajudar na luta contra doenças específicas, o financiamento adequado do setor de saúde é imperativo para a expansão eficaz e sustentável. Os resultados pouco satisfatórios do apoio dado anteriormente e no presente a esse setor foram amplamente atribuídos a diversos fatores:

Ausência de evidências e orçamentos nacionais visando a resultados na área da saúde. Devido à predominância de iniciativas para doenças específicas, as estratégias nacionais em favor da saúde materna, de recém-nascidos e de crianças muitas vezes não recebem atenção suficiente para que abordagens multissetoriais atinjam

resultados, eliminem gargalos sistêmicos no provimento de serviços, ou disponham de orçamentos adequados para estratégias de saúde – inclusive para os custos da eliminação de gargalos no suprimento e na demanda por serviços de cuidados básicos de saúde.

Progressos lentos e alinhamento inconsistente aos processos e harmonizações nacionais. Nos países de baixa renda, as associações entre o setor de saúde e processos mais amplos de desenvolvimento no nível nacional (reforma do setor público e orçamentária, estratégias de redução da pobreza, planejamento fiscal e macroeconômico, etc.) muitas vezes não são consistentes. Frequentemente, sistemas de acompanhamento de fluxos de recursos, progressos e resultados são inadequados; e compromissos globais que envolvem eficácia da ajuda demoram a ser traduzidos em ações concretas em nível nacional – principalmente em relação ao provimento de financiamento previsível de longo prazo e à redução da ajuda fragmentada, o que eleva os custos das transações, conforme a Declaração de Paris sobre Harmonização e Eficácia da Ajuda.

Alocação insuficiente de recursos financeiros para enfrentar obstáculos ao fortalecimento de sistemas de saúde. Embora os compromissos assumidos pela comunidade global em relação aos objetivos de saúde venham aumentando progressivamente, os países ainda vivenciam uma escassez crítica de recursos financeiros para produzir e reter recursos humanos básicos, prover incentivos por desempenho, construir sistemas de aquisição e logística, e facilitar transferências para as famílias mais pobres, de modo a enfrentar obstáculos de demanda por melhores condições de saúde. À medida que aumenta o volume de recursos

destinados a doenças específicas como HIV, é possível observar um desequilíbrio crescente em nível nacional, sendo que geralmente estão ausentes os mecanismos de provimento e de financiamento de serviços de saúde necessários para absorver os recursos disponibilizados para iniciativas especiais. Como resultado, são registrados baixos níveis de execução e de eficácia de programas de controle de doenças. A falta de controle por parte do governo – ou o controle ineficaz – sobre o comportamento dos provedores de serviços de saúde, e de seus beneficiários, com relação à utilização de recursos públicos enfraquece a eficácia da implementação.²³

Parcerias internacionais em favor da saúde, constituídas recentemente,

propõem alavancar maiores recursos para expansão, visando aos ODM. Essas iniciativas enfocam resultados e uma associação clara entre recursos alocados e resultados do setor de saúde. Para tanto, é preciso fortalecer os sistemas de saúde como forma de alcançar resultados de desenvolvimento – diretamente e influenciando outros doadores – e exigir maior coerência na arquitetura da ajuda à saúde.²⁴

Existe um consenso crescente sobre a importância de apoiar planos setoriais robustos, e sobre a disposição para garantir coerência total com os esforços existentes em favor do fortalecimento de sistemas de saúde. Questões fundamentais relacionadas a essas novas iniciativas incluem o desenvolvimento e a qualidade dos planos de expansão, o

acompanhamento de processos e seleção de países, assim como o fluxo e a gestão de recursos.²⁵

Nesse contexto, vem emergindo um consenso geral em relação a cinco princípios para a ajuda:

- Compensar o desempenho de forma previsível, por meio de pactos.
- Alinhar assistência ao desenvolvimento a sistemas nacionais.
- Prover financiamento com base em resultados.
- Estabelecer marcos de referência e indicadores de resultados para o desenvolvimento de sistemas de saúde.

Foco em

Botsuana: Expandindo a prevenção e o tratamento de HIV por meio de parcerias com as comunidades

Contexto e desafio: A aids é a principal causa das mortes materna, neonatal e infantil na África Meridional. Em Botsuana, cerca de um em cada quatro indivíduos entre 15 e 49 anos de idade está infectado com HIV. O risco para a criança começa antes do nascimento: nesse país, um terço das gestantes entre 15 e 24 anos de idade são HIV positivo. A condição de HIV positivo para mães leva a um aumento na taxa de natimortos e de mortes no período neonatal e na lactação, mesmo quando o HIV não é transmitido à criança. Mulheres que contraem HIV durante a gestação ou durante o aleitamento apresentam alto risco de contaminar seu recém-nascido. Além disso, essas mães têm uma probabilidade cada vez maior de morrer, reduzindo as chances de sobrevivência de seus bebês. A aids é uma causa significativa de deficiência e morte entre bebês e crianças acima de um mês de idade.

Intervenções e abordagens: Em Botsuana, a prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança (PTMPC) teve início em 1999, com um compromisso político consistente e alocação de grandes volumes de recursos. Desde o início, o governo de Botsuana planejou intervenções de cobertura nacional. Os serviços são fornecidos gratuitamente a mulheres e crianças e são integrados a serviços de saúde materno-infantil já existentes. Essas intervenções incluem práticas obstétricas seguras, orientação, testes para HIV, profilaxia ou tratamento para infecção por HIV conforme

indicação, e testes de bebês para infecção pelo vírus, aos 6 meses de idade. Terapia anti-retroviral também é fornecida a mães e famílias elegíveis. São implementados acompanhamento e avaliações rigorosas e cadeias de suprimentos são rigorosamente gerenciadas.

Um dos fatores centrais para o sucesso em Botsuana foi o mecanismo unificado de coordenação em torno de um único plano nacional de expansão. A PTMPC foi totalmente integrada aos serviços de saúde para mães e crianças, mas foram realizados ajustes para aumentar a qualidade e a compreensão do serviço. O comprometimento político foi importante, assim como o gerenciamento coerente do programa. A participação da comunidade e o envolvimento de homens também foram elementos cruciais no apoio a mulheres que optaram por não amamentar, e para facilitar o acompanhamento dos cuidados pediátricos e de apoio.

Resultados: Em 2004, o programa de Botsuana foi ampliado, alcançando cobertura nacional. Em 2005, 54% das mães HIV positivo recebiam medicamentos anti-retrovirais durante a gestação.

Ver Referências, página 108.



Maior comprometimento político e financiamento adequado por parte dos governos são condições necessárias para garantir a prestação de cuidados continuados para mães, recém-nascidos e crianças. *Uma menina segura seu irmãozinho, Guatemala.*

- Desenvolver estratégias de financiamento inovadoras e eqüitativas.

Compensar o desempenho de forma previsível, por meio de pactos

Ao lado da ênfase renovada em resultados, existe um consenso emergente de que os recursos devem ser alocados com base em critérios como necessidade (tamanho da população, níveis de pobreza e estado atual da saúde nacional) e desempenho (resultados de saúde e capacidade para absorver recursos com eficácia). O desempenho pode estar relacionado a resultados básicos e a medidas de políticas estabelecidas no nível do país, em um 'pacto' baseado nas estruturas orientadas para resultados já existentes – tais como aquelas desenvolvidas por Comissão Européia, Banco Mundial e Banco de Desenvolvimento Africano, e por doadores bilaterais.²⁶

Esses pactos constituem acordos mútuos entre os países em desenvolvimento e doadores, com base em critérios de responsabilização e de desempenho por parte dos recebedores, e no provimento de recursos financeiros previsíveis por parte dos doadores.

Alinhar assistência ao desenvolvimento a sistemas nacionais

Para melhorar a eficácia, é fundamental que os desembolsos da ajuda e sua implementação sejam feitos de forma alinhada com os sistemas nacionais. Em países com estruturas fiduciárias (gestão e aquisição de financiamento público) que, de maneira geral, são consideradas adequadas por doadores multilaterais e bilaterais, e que são acompanhados conjuntamente pelos parceiros, por meio de mecanismos de gastos públicos e de responsabilização financeira, o financiamento para expansão eficaz pode fluir de acordo com o apoio

orçamentário do setor, por meio do provimento de recursos incrementais para a implementação do componente do setor de saúde contido no orçamento nacional, assim como de atividades relacionadas. O controle da eficácia desses recursos seria integrado ao acompanhamento geral e de apoio do orçamento setorial já existente. Um mecanismo semelhante poderia ser utilizado em países que dispõem de programas com enfoque setorial amplo e mecanismos de fundo comum, complementando os métodos de avaliação existentes.

Há um consenso crescente de que os recursos para o setor da saúde devem ser canalizados por meio de instituições que visam ao provimento de cobertura universal, e não por meio de projetos e programas. Serviços de saúde para mães, recém-nascidos e crianças devem fazer parte da cesta de intervenções básicas de saúde, cobertas por qualquer pacote de benefícios financiado por essas instituições. A ampliação dos recursos gastos com saúde materna, neonatal e infantil pode exigir negociações quanto aos gastos governamentais, dentro do próprio orçamento destinado à saúde ou dentro do orçamento nacional. Essas negociações devem ocorrer no contexto do ambiente macroeconômico geral, que permite gastos incrementais no setor quando as necessidades de cuidados de saúde são adequadamente defendidas. No nível nacional, os recursos também devem ser mobilizado fora do setor público, por meio do envolvimento do setor privado, de organizações de sociedade civil, comunidades e famílias.

Prover financiamento com base em resultados

Uma das áreas fundamentais apoiadas pelas novas iniciativas de expansão é o financiamento baseado em

Fortalecendo responsabilização e governança no provimento de serviços de saúde

A responsabilização no provimento de serviços pode ser definida como os processos por meio dos quais comunidades e famílias podem responsabilizar os provedores pela adequação e eficácia dos serviços que oferecem. Para comunidades e famílias pobres e marginalizadas, a responsabilidade pública pode ser alcançada dando-lhes voz e o direito de voto; para formuladores de políticas, a responsabilização pode ser exigida por meio de acordos sociais em que os governos ajudem, financiem e regulamentem os provedores de serviços de cuidados de saúde, nutrição e saúde ambiental. Quando as comunidades têm poder para exigir serviços adequados e eficazes, as famílias recebem informações sobre quais serviços estão sob a responsabilidade do Estado e quais são os padrões mínimos aplicáveis.

Incluir a participação na vida pública e educação cívica em todos os programas de sobrevivência e desenvolvimento da mãe, do recém-nascido e da criança são ações que garantem às famílias o poder para conhecer as medidas que podem ser tomadas para proteger a vida de seus filhos e para melhorar seu desenvolvimento inicial. Famílias e comunidades que possuem conhecimentos sobre os serviços disponíveis e os padrões de qualidade necessários para esses serviços melhoram sua capacidade para cobrar responsabilidade de governos e provedores de serviços.

Sempre que governos dão prioridade a questões de saúde e sobrevivência de mães, recém-nascidos e crianças em legislações, orçamentos, programas e pesquisas – e compensam adequadamente os provedores pelos serviços essenciais, ao mesmo tempo em que acompanham seu desempenho no provimento –, os pactos sociais entre governos e provedores também podem ser ferramentas eficazes para avaliar responsabilizações.

O fortalecimento de responsabilizações deve ser adaptado a cada modo de provimento de serviço. No nível básico de serviços para comunidades e famílias – incluindo fatores como informações e apoio social para a promoção do aleitamento materno ou de cuidados para recém-nascidos –, a capacidade das famílias para adquirir serviços, acessar informações sobre eles e transformá-los em melhores resultados de saúde é fundamental para aumentar a responsabilização pela demanda. Frequentemente, organizações comunitárias e da sociedade civil e redes comerciais estão em posição de prover mecanismos para famílias pobres e marginalizadas, que podem acompanhar diretamente a eficácia dos serviços e exercer suas responsabilidades.

Ver Referências, página 108.

resultados. Este é um importante complemento aos fluxos de recursos já existentes e uma abordagem potencialmente promissora para superar os obstáculos existentes nos sistemas de saúde, de modo a alcançar resultados de saúde, nutrição e população. Em experiências realizadas recentemente, Afeganistão, Argentina, Camboja e Ruanda registraram resultados positivos, e avaliações mais rigorosas estão sendo planejadas para este último país (*ver Destaque, página 84, sobre financiamento baseado em desempenho em Ruanda*).

O financiamento baseado em resultados oferece diversas vantagens sobre as abordagens tradicionais baseadas em fatores de contribuição:

- Ênfase na obtenção de resultados e de produção a ritmos relativamente rápidos, dentro de um período de tempo bem definido.

- Incentivos por desempenho em pontos fundamentais da cadeia de provimento de serviços.
- Solução para diferenças importantes de financiamento, fornecimento de financiamento flexível aos governos, para equilibrar distorções de recursos e dar oportunidade para a determinação de prioridades, como direcionamento de programas aos pobres.
- Por definição, o financiamento baseado em resultados é, essencialmente, uma ferramenta de acompanhamento e avaliação, construída sobre estratégias mensuráveis e direcionadas, que demandam dados sobre informações básicas, metas e progressos nos níveis relevantes. Conseqüentemente, esforços baseados em resultados permitirão revisões regulares de sucessos,

falhas e gargalos, permitindo ajustes intermediários nos planos de implementação.

- O financiamento baseado em resultados apóia também uma variedade mais ampla de soluções para os problemas de saúde além daqueles oficialmente sob controle do setor – tais como melhores condições de estradas, fornecimento de água e saneamento.
- Acima de tudo, o financiamento baseado em resultados cria a oportunidade de consolidar a ajuda fragmentada, reduzindo dessa forma os altos custos de transação para os países, o que pode ser conseguido por meio de arranjos desse tipo de financiamento, centrados em resultados para os quais diversos doadores podem contribuir simultaneamente.²⁷

Estabelecer marcos de referência e indicadores de resultados para o desenvolvimento de sistemas de saúde

Os indicadores associados aos ODM relativos à saúde podem servir como rastreadores ou como medidas representativas para o desempenho dos sistemas de saúde. Novas iniciativas planejam dar apoio aos governos, para que alcancem resultados estabelecidos em áreas definidas por meio de financiamento baseado em resultados, criando estruturas de incentivos adequadas. O objetivo é alcançar as metas de produção definidas para a cobertura de serviços firmemente

correlacionadas com resultados positivos de saúde e sobrevivência maternal, neonatal e infantil – por exemplo, a proporção de partos em um centro credenciado; cobertura de imunização para três doses de vacina contra difteria, toxóide tetânico e coqueluche; ou cobertura de mosquiteiros tratados com inseticida nas áreas em que a malária é endêmica. Esses resultados e essas metas seriam selecionados com base em fatores de risco que contribuem para a mortalidade e a morbidade em cada país.

Indicadores básicos de resultados podem ser estabelecidos de diversas

formas. Esses parâmetros podem medir produção direta, como número absoluto de crianças imunizadas; cobertura, como porcentagem da população-alvo vacinada por antígenos em uma área definida; ou tendências, como aumento no número de crianças vacinadas ou níveis de cobertura alcançados ao longo do tempo. Um conjunto de indicadores básicos também pode ser definido para todos os projetos, permitindo comparações transnacionais e trocas de experiências. Os países também podem incluir indicadores adicionais para acompanhar elementos importantes de seus programas de saúde para mães, recém-nascidos e crianças.

Ruanda: Financiamento baseado em desempenho

Recentemente, com apoio de doadores, o governo de Ruanda ampliou diversos programas inovadores que transferem doações condicionadas do governo central para os municípios, para a aquisição de insumos essenciais para a saúde. O programa de saúde inclui três elementos principais:

Parcerias com as comunidades para questões de saúde: o programa transfere recursos – cerca de US\$0,25 *per capita* – diretamente aos municípios para envolver, por meio de um contrato baseado em desempenho, instituições baseadas na comunidade, organizações não-governamentais, provedores de cuidados de saúde, provedores privados de cuidados de saúde e outros serviços relacionados, em favor da realização de intervenções essenciais nos níveis comunitário e domiciliar. Um contrato de desempenho denominado IMIHIGO – uma palavra tradicional que se tornou sinônimo de responsabilidade em serviços públicos em todo o país – entre o presidente de Ruanda e prefeitos dos distritos é assinado anualmente em favor de seus eleitores. Os serviços prestados sob essa abordagem são simples e de baixo custo, enfocando a promoção de melhores práticas de saúde e higiene, intervenções para mudanças de comportamento, e serviços preventivos, tais como distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida, terapia de reidratação oral, suplementação nutricional e sistemas de fornecimento de água limpa.

Essas parcerias foram introduzidas em diversos distritos durante 2005 e, a partir de 2006, foram ampliadas para o nível nacional com a utilização de recursos do tesouro público. Em abril de 2006, o governo central assinou contratos de desempenho com as 30 municipalidades e

selecionou a cobertura de mosquiteiros tratados com inseticida como seu principal indicador. Desde seu início, o programa registrou resultados significativos. Uma avaliação realizada em junho de 2007 constatou que a utilização de mosquiteiros por crianças menores de 5 anos de idade aumentou de 4%, em 2004, para mais de 70%, em 2007. O número de casos de malária diminuiu drasticamente, esvaziando alas pediátricas nos hospitais; e pesquisas baseadas na população que utiliza testes sanguíneos mostram uma diminuição significativa na prevalência dessa doença. Os formuladores de políticas classificam a situação como sem precedentes, e atualmente estão elaborando uma estratégia para eliminar a malária totalmente.

Centros de saúde: o programa transfere recursos – cerca de US\$1 *per capita* em 2007, ou cerca de 15% dos recursos governamentais destinados à saúde – a centros de cuidados básicos, por meio de um contrato baseado em desempenho. A partir de 2002, o esquema-piloto foi implantado inicialmente em duas províncias – Butare e Cyangugu –, com o apoio de organizações não-governamentais e ajuda bilateral. O contrato baseado em desempenho inclui indicadores relacionados à cobertura adequada (quantidade) e à cobertura eficaz (qualidade) dos serviços. Nas províncias em que os contratos foram implementados, foi constatado um aumento significativo na utilização de serviços de saúde, incluindo imunização e partos assistidos, em comparação com as províncias não cobertas pelos contratos.

Subseqüentemente, o governo de Ruanda decidiu ampliar o programa gradualmente para outras

Desenvolver estratégias de financiamento inovadoras e equitativas

Investimentos em capital humano e no fortalecimento de sistemas de saúde demandam recursos significativos. Os países nos quais o apoio de doadores exerce um papel fundamental no financiamento desses programas não podem planejar atividades de longo prazo, a menos que a liberação do financiamento esteja garantida.

Mesmo assim, pesquisas sobre a ajuda de doadores a programas de saúde materna, neonatal e infantil constataram que os 60 países prioritários, que respondem por mais de 90% das mortes infantis, receberam apenas US\$1,4 bilhão em

ajuda oficial ao desenvolvimento em 2004, ou apenas US\$3,10 por criança.²⁸

Embora a Estrutura de Estratégias sugira que é possível diminuir a diferença entre os níveis atuais e a cobertura quase universal até 2015, mostra também que a expansão de intervenções não será possível sem um aumento maciço nos investimentos na saúde materna, neonatal e infantil.²⁹

Entretanto, o caminho para o acesso universal a cuidados de saúde continuados para mães, neonatos e crianças não é apenas uma questão de conseguir recursos financeiros para a expansão do suprimento de serviços

ou o pagamento de provedores. Para alcançar os ODM relativos à saúde, será preciso que as estratégias de financiamento estejam centradas na superação das dificuldades financeiras que impedem o acesso de mulheres e crianças aos serviços de saúde, e que ofereçam aos usuários proteção previsível contra reveses financeiros resultantes do pagamento pelo serviço recebido.

Há implicações importantes: exigências para a eliminação imediata e universal de taxas de usuários para serviços de cuidados de saúde podem ser demasiadamente simplistas ou pouco realistas. Decisões de políticas com relação a

províncias, incorporando as lições tiradas do esquema-piloto. Em 2005, alocações orçamentárias para os programas foram destinadas a duas províncias que haviam implementado o esquema-piloto. No ano seguinte, o programa foi ampliado no nível nacional e totalmente transferido para o orçamento nacional, que o conectou diretamente a provimento, resultados e pagamento dos serviços prestados.

Um comitê diretivo foi criado em cada província para acompanhar de forma independente o desempenho dos centros de saúde, utilizando técnicas de pesquisa envolvendo amostragens de lote de qualidade e de satisfação. Os resultados da verificação independente afetam diretamente o volume de recursos recebidos por cada centro. Novamente, os resultados dos centros foram impressionantes: taxas de cobertura de imunização de 95% e aumentos na utilização anual de visita *per capita*, que passaram de 0,4, em 2004, para 0,7, em 2006; os partos assistidos passaram de 29%, em 2000, para 52%, em 2006. O impacto total desses esquemas sobre resultados de saúde está sendo avaliado por meio de um projeto de perspectivas de controle aleatório. O programa também vem sendo ampliado para todos os hospitais distritais do país.

Esquemas de micro-seguros de saúde: durante a última década, foram implementadas com sucesso, no formato de programa-piloto, as *mutuelles* – esquemas de micro-seguros de saúde, que reúnem recursos de membros da comunidade para cobrir um pacote de serviços básicos de saúde fornecidos pelos centros de atendimento, e para a transferência de pacientes, quando necessário, para hospitais de referência. Seu objetivo é diminuir o

custo dos serviços de saúde para os membros, eliminando a dificuldade de realizar pagamentos quando não se dispõe de dinheiro.

As *mutuelles* desempenham um papel importante na intermediação entre centros de saúde, hospitais distritais e a população em geral. Avaliações constataram que são mais eficazes quando contam com a participação significativa da comunidade na governança de suas estruturas, e quando fazem pagamentos aos centros de saúde em uma base *per capita*, transferindo essencialmente todos os riscos do seguro aos centros de saúde.

Inicialmente, o foco situava-se na construção de apoio administrativo e gerencial e de capacidade técnica, inclusive capacitação e desenvolvimento de instrumentos adequados. Entretanto, desde 2006, o governo de Ruanda vem transferindo recursos – cerca de US\$0,15 *per capita* – para cobrir os prêmios do seguro para a população mais pobre na comunidade, que é identificada por avaliação participativa da pobreza, denominada *Ubudehe*. Ruanda vem dando apoio sistemático à expansão de *mutuelles*, que cobriam cerca de 7% da população em 2003, chegando a 70% em 2007. As inscrições de indivíduos menos favorecidos em *mutuelles* é um indicador para o contrato baseado em desempenho assinado pelo prefeito e pelo presidente. O governo também está envolvido na criação de fundos municipais, assim como em um fundo nacional para o resseguro financiado por contribuições de trabalhadores formais.

Ver Referências, página 108.

taxas de usuários devem ser tratadas dentro do contexto mais amplo da estrutura de orçamentos do setor da saúde e do país. Ao longo do tempo, taxas de usuário podem ser eliminadas gradualmente em favor de esquemas de pré-pagamento ou de pagamentos conjuntos, com a condição de que seja acompanhado, desde o início, por mudanças estruturais que garantam a sustentabilidade do financiamento para a saúde no longo prazo.

IV. Conseguir compromisso de políticas nacionais

Tendo em vista o nível de recursos necessários para garantir o acesso a serviços de cuidados básicos de saúde de boa qualidade e à proteção financeira, a expansão é muito mais um desafio político do que técnico.

Melhorias sustentáveis nas condições de saúde materna, neonatal e infantil demandarão compromissos de longo prazo que ultrapassam o período de

vida política de muitos formuladores de políticas. Países como Brasil, Sri Lanka e Tailândia enraizaram seus impressionantes resultados em uma expansão gradual da cobertura de sistema de saúde e de serviços de nutrição ao longo de muitos anos. Durante as últimas décadas, apesar de crises econômicas periódicas, deficiências institucionais e amplas disparidades socioeconômicas, a América Latina registrou desempenho notável na melhoria da cobertura de

Foco Em

Brasil: Criando uma rede nacional de sistemas de saúde baseados na comunidade

Contexto e desafio: O Brasil é um dos 60 países selecionados pelo grupo Contagem Regressiva para 2015 como prioritários para ações que visam alcançar o objetivo de sobrevivência infantil até a data estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (*Ver explicação mais detalhada sobre o programa Contagem Regressiva para 2015 no Capítulo 1, página 16*). Esses países registram no mínimo 50 mil mortes infantis e taxa de mortalidade de menores de 5 anos de no mínimo 90 mortes por mil nascidos vivos. Em 2006, de acordo com as estimativas mais recentes publicadas pelo UNICEF, 74 mil crianças morreram antes de completar 5 anos de idade.

Embora o Brasil tenha realizado progressos consistentes e contínuos na redução das taxas de mortalidade de crianças menores de 5 anos, existem desigualdades geográficas e étnicas bastante claras em relação às taxas de mortalidade de bebês. De acordo com dados de 2002, a taxa agregada de mortalidade de bebês para a região Nordeste é duas vezes mais alta do que as taxas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Em Alagoas, o estado mais afetado na região Nordeste, a taxa de mortalidade de bebês em 2002 era de 58 por mil nascidos vivos, em comparação com a média nacional no mesmo ano, de cerca de 28 por mil nascidos vivos. Também são evidentes as desigualdades raciais e étnicas em relação a riscos de mortalidade infantil; e crianças cujas mães têm origem africana ou indígena sofrem riscos ainda maiores de mortalidade do que as crianças de mães de ascendência européia.

Portanto, o desafio enfrentado pelo Brasil é manter a tendência decrescente da mortalidade infantil total e, simultaneamente, adotar um vigoroso foco regional e étnico para o provimento de cuidados de saúde.

Abordagem e intervenções: Após a implementação de programas-piloto nas cidades brasileiras durante o início da década de 1980, foi criada, com o apoio do UNICEF, uma rede

de agentes comunitários de saúde como parte de uma ampla iniciativa de cuidados básicos de saúde: o Programa Saúde da Família. Cada agente comunitário de saúde é responsável pela visita a famílias na comunidade, fornecendo informações atualizadas sobre saúde, higiene e cuidados infantis, e acompanhando e avaliando o crescimento e a saúde de crianças menores de 6 anos de idade, assim como a saúde de gestantes. Os agentes comunitários de saúde também encaminham moradores para as unidades de saúde locais e alertam as equipes de saúde familiar – que geralmente incluem um médico, um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um assistente social e um dentista – em relação a condições ou crises locais. Médicos e enfermeiros que participam do Programa Saúde da Família recebem salários competitivos, como estímulo para trabalhar em áreas rurais e menos favorecidas. Cada equipe é responsável por cerca de mil famílias. As equipes são financiadas em conjunto pelos governos federal, estadual e municipal.

As atividades dos agentes comunitários de saúde no Programa Saúde da Família incluem o provimento de educação sobre desenvolvimento infantil e proteção à criança. O UNICEF equipa os agentes com o *kit* Família Brasileira Fortalecida, que contém informações sobre aleitamento materno e o papel de todos os membros da família na promoção de vidas saudáveis para mães e crianças. Mais de 222.280 agentes comunitários de saúde atendem a cerca de 110 milhões de indivíduos em todo o país, fazendo dessa rede de serviços uma das maiores do mundo. A rede é integrada ao sistema nacional, e os governos federal, estadual e municipal são totalmente responsáveis por recursos e administração do programa em todo o Brasil.

A utilização de testes de campo antes da implementação do programa constatou seu potencial para gerar melhorias na área da saúde. O comprometimento político em relação à rede garantiu sua viabilidade. Os papéis dos agentes

serviços de saúde. Todos os países mencionados passaram por diversas fases distintas:

- Formar um quadro de profissionais da saúde como base de sustentação.
- Desenvolver uma rede acessível de serviços primários e de referência baseados na comunidade.
- Consolidar avanços, melhorando a qualidade dos cuidados em

associação com melhorias nas condições de vida e no *status* das mulheres.

- Priorizar amplas redes de segurança social para garantir acesso equitativo a saúde, nutrição e educação, disponibilizando amplamente serviços de saúde e nutrição.
- Reduzir barreiras para serviços básicos e prover escolarização

primária e secundária a todas as crianças.

Mesmo em alguns dos países mais pobres da América Latina, nos quais crises econômicas, deficiências institucionais e amplas disparidades socioeconômicas continuam a prejudicar os avanços, houve progressos acentuados rumo ao acesso generalizado a cuidados de saúde de boa qualidade.

Figura 4.5

Brasil: Grandes disparidades nas taxas de mortalidade de bebês entre e dentro de regiões selecionadas, por renda familiar e por etnia da mãe, 2002

Taxa de mortalidade de bebês, por mil nascidos vivos

2000

Disparidades quanto à renda familiar

20% das famílias mais ricas	15.8
20% das famílias mais pobres	34.9

Disparidades quanto à etnia da mãe

Branca	22.9
Afro-descendente	38
Indígena	94
Média nacional	30.2

2002

Regiões/estados selecionados

Centro-oeste	20.4
Distrito Federal	17.5
Nordeste	41.4
Alagoas	57.7
Norte	27.7
Sudeste	20.2
São Paulo	17.4
Sul	17.9
Rio Grande do Sul	15.4
Média nacional	28.4

Fonte: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 'Situação da Infância Brasileira 2006: O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento', UNICEF, Brasília, 2005, p.10-11.

comunitários são bem definidos, incluindo sua designação como parte das unidades locais de saúde. As diretrizes de encaminhamento e supervisão são bastante claras: a unidade apóia os agentes de saúde, e estes, por sua vez, realizam a expansão do sistema de saúde nas comunidades. Os agentes comunitários de saúde tornaram-se parte fundamental de suas comunidades locais, e a integração da rede com os governos nacional, estadual e municipal ajuda a garantir tanto a sustentabilidade do programa como sua ampliação para novas áreas do sistema de saúde nacional.

Resultados: Desde 1990, a introdução do programa de agentes comunitários de saúde contribuiu para a redução nas mortes de bebês em todo o país. Além disso, nos últimos anos, o governo vem dando maior atenção à região Nordeste e aos grupos étnicos marginalizados, enfatizando também cuidados de saúde para crianças e mães no nível regional – quase 50% dos participantes que recebem benefícios financeiros do Programa Saúde da Família vivem no Nordeste do país.

Ver Referências, página 108.

A criação de programas nacionais e a existência de lideranças do setor público podem aumentar significativamente as perspectivas de sucesso na expansão dos serviços. Foi reiteradamente comprovado que, quando os governos assumem a liderança e estão comprometidos com a expansão de programas-piloto e de pequena escala bem-sucedidos, essas iniciativas podem conseguir rapidamente uma cobertura de alcance nacional. No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (*ver destaque na página 86*) e a iniciativa Bolsa Família; no México, o Progres a – programa de saúde, nutrição e educação, e o

esquema de seguro de saúde Seguro Popular de Salud; na Indonésia, os agentes comunitários de saúde; e no Egito, as iniciativas de reidratação oral, entre muitos outros exemplos, mostram o potencial da expansão que existe quando governos mostram disposição para destinar até mesmo recursos aos programas de saúde e de bem-estar social.

Entretanto, criar programas envolve mais do que apenas seu financiamento. Os governos também devem estar comprometidos com a criação e a sustentabilidade da capacidade técnica e administrativa necessária. É necessário o apoio em

cada nível administrativo dos sistemas de saúde – federal, provincial e distrital – para coordenar e supervisionar a expansão. Questões de sustentabilidade também podem ser resolvidas no nível nacional, e o programa deve ser totalmente endossado pelo sistema político – inclusive o legislativo –, para garantir que sobreviva a transições e mudanças políticas.

Os governos podem prover a capacidade e a vontade política para criar uma rede nacional baseada na saúde comunitária. Quando isso ocorre, os resultados são freqüentemente significativos. No

Uma nova forma de trabalho conjunto para instituições multilaterais

No dia 19 de julho de 2007, em Nova Iorque, líderes mundiais da área da saúde, pertencentes a oito organizações internacionais, reuniram-se informalmente para discutir formas de fortalecer sua colaboração para alcançar melhores resultados de saúde nos países em desenvolvimento. Capitalizando sobre encontros recentes entre diversos líderes, o objetivo da reunião foi rever os progressos realizados durante os últimos anos, avaliar as tendências atuais e os futuros desafios para a saúde global, e estabelecer ações coletivas, no contexto das oportunidades atuais. Diversos compromissos fundamentais foram recomendados:

- Estimular um sentido coletivo global de urgência para a realização dos ODM relativos à saúde. Os participantes concordaram que, apesar de avanços importantes em relação aos cuidados de saúde para mães, recém-nascidos e crianças, realizados em alguns países e para alguns indicadores, a comunidade internacional – em parceria com governos nacionais – deve acelerar e intensificar drasticamente os esforços para alcançar todos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde. As oito organizações representadas desempenham um papel importante na estimulação dessas ações. Os participantes responsabilizaram-se pelo provimento do apoio necessário aos países, para que realizem os objetivos e acelerem as ações em todos os níveis dentro de suas próprias organizações.

Ação: Os líderes mundiais na área da saúde concordaram em catalisar um sentido mais abrangente de urgência em suas próprias organizações e apoiá-lo por meio de decisões sobre recursos orçamentários e humanos.

- Modificar as formas institucionais de realizar negócios. A realização dos ODM relativos à saúde exigirá maior

colaboração e trabalho em equipe. A ênfase foi colocada sobre o esclarecimento das responsabilidades essenciais de cada agência: a necessidade de uma abordagem coordenada interagências, para prover assistência técnica de alta qualidade, impulsionada por demanda; e a implementação de um sistema robusto de acompanhamento e avaliação, apoiado coletivamente. Essas abordagens devem basear-se nas estruturas e nos programas já existentes nos níveis global, regional e nacional. Todas as organizações concordaram em avaliar suas equipes, programas de capacitação e estruturas de incentivo, para refletir essa nova forma colaborativa de realizar negócios, reconhecendo a necessidade de desenvolver novas habilidades, principalmente no nível nacional. O desenvolvimento de uma estrutura para a responsabilização mútua garante mais clareza a papéis, responsabilidades e marcos de referência, e um sistema para acompanhar os compromissos.

Ação: Os líderes mundiais na área da saúde concordaram em trabalhar em conjunto para definir melhor suas responsabilidades individuais e coletivas em favor de resultados melhores e mais rápidos.

- Criar uma abordagem mais sistemática e robusta para gerenciamento e aprendizagem do conhecimento. Devido a novos e significativos investimentos na área da saúde em todo o mundo, surgem oportunidades para novos conhecimentos e lições assimilados em programas de saúde. Os participantes enfatizam a oportunidade de realizar um mapeamento mais sistemático do setor da saúde no nível nacional, incluindo o papel desempenhado pelo setor privado.

Ação: Os líderes mundiais na área da saúde concordaram em explorar meios para assimilar sistematicamente os

caso da China, por exemplo, o próprio governo criou um desafio imenso com o lançamento do Programa Nacional de Eliminação de Distúrbios causados por Deficiência de Iodo – uma estratégia para garantir o suprimento de sal iodado comercializado em todo o país e promover a aceitação universal. Nessa época, a China registrava o maior número de crianças sem proteção contra deficiências por falta de iodo, a principal causa de danos intelectuais evitáveis em todo o mundo. Distúrbios por deficiência de iodo podem ser evitados com uma única colher de chá de iodo distribuída ao longo da vida. O

desafio foi aumentar o nível de conscientização do público sobre a importância vital do sal iodado, principalmente nas regiões produtoras de sal, em que os residentes locais opunham resistência à idéia de pagar pelo sal.

Com o apoio político de governos provinciais, acompanhamento rigoroso e a implementação de regulamentação sobre o sal, assim como uma campanha nacional de saúde pública – que utilizou cartazes em ônibus, editoriais em jornais e documentários na televisão para informar os consumidores e criar demanda para sal fortificado –, a utilização do sal

adequadamente iodado nos domicílios aumentou de 51%, em 1995, para 90%, em 2005.³⁰

Lidar com as dimensões políticas da criação do provimento sustentável de cuidados continuados de qualidade exige mais do que a imposição de argumentos técnicos. Necessita também uma compreensão mais ampla das restrições e das oportunidades para criar disposição e compromisso entre os principais atores políticos.

Os políticos talvez precisem ser convencidos de que as ações que apóiam o provimento de cuidados

conhecimentos adquiridos por meio dos programas de saúde, e desenvolver uma abordagem de coordenação mais consistente para gerir os conhecimentos de maneira geral. Por fim, o grupo concordou em reunir recursos quando suas organizações realizarem exercícios de mapeamento e de avaliação no setor da saúde.

- Reconhecer a importante oportunidade apresentada pelos interesses renovados nos sistemas de saúde. Os participantes aceitaram o compromisso com os ODM relativos à saúde, conforme enunciados em diversas iniciativas globais novas que vêm sendo desenvolvidas em torno do fortalecimento de sistemas de saúde. Esse apoio está em sintonia com as prioridades das organizações participantes. Houve um acordo consistente pela adoção de uma abordagem 'de sistemas por resultados', por meio da qual o fortalecimento seria avaliado por sua capacidade de prestar serviços baseados em resultados. Além disso, o grupo reconheceu o papel de intermediação das agências das Nações Unidas para integrar a necessidade de responsabilização e a vontade nacional de liderar seus próprios processos de desenvolvimento. Foi enfatizada a necessidade urgente de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde a partir de um ponto de referência. Por fim, tendo em vista o número crescente de interessados trabalhando na área da saúde global, foi enfatizada também a necessidade de um alinhamento mais direto em torno de uma estratégia abrangente no setor da saúde em nível nacional. A esse respeito, os líderes mundiais na área da saúde discutiram a experiência dos programas para HIV e aids, que podem oferecer oportunidades de aprendizagem.

Ação: Os líderes mundiais na área da saúde concordaram em envolver as iniciativas globais emergentes de forma coordenada, para garantir que suas organizações dêem apoio eficaz aos países, por meio de recursos financeiros e/ou

assistência técnica e de políticas. Além disso, OMS e Banco Mundial comprometeram-se a acelerar a avaliação do desempenho de sistemas de saúde a partir de um ponto de referência.

- Reconhecer que os papéis da sociedade civil e do setor privado serão essenciais para o sucesso. O setor privado desempenha diversos papéis: prover serviços de saúde, financiar cuidados de saúde e trazer novas tecnologias para o mercado. As inovações podem ajudar a acelerar os progressos – por exemplo, inovações tecnológicas ou criação de novos modelos de programas, micro-empresendimentos e financiamentos baseado em desempenho. Nos países em desenvolvimento, as organizações não-governamentais registram uma longa história de provimento de serviços, e seu campo de experiência é uma fonte de lições importantes. Para que os ODM relativos à saúde sejam alcançados, o apoio aos países em desenvolvimento exigirá o fortalecimento de sistemas integrados de provimento, tanto no setor público quanto no setor privado, e a criação de oportunidades para que o setor privado seja envolvido e faça investimentos na área.

Ação: Os líderes mundiais na área da saúde expressaram seu compromisso com o envolvimento do setor privado e da sociedade civil de forma mais sistemática, de acordo com a ampliação do trabalho sobre os ODM relativos à saúde para os níveis global, regional e nacional.

O grupo concordou em acompanhar os progressos rumo à realização dos compromissos assumidos nesse encontro.

Ver Referências, página 108.

Direitos humanos, cuidados de saúde baseados na comunidade e sobrevivência infantil

Por Paul Farmer e Jim Young Kim

Com 20 anos de experiência nas áreas rurais do Haiti, levando atendimento médico moderno a milhões de pessoas que nunca haviam recebido esse tipo de cuidado, conhecemos hoje os requisitos para o sucesso de um programa de cuidados de saúde em áreas devastadas por doenças e pela pobreza. Para fornecer cuidados básicos associados a tratamento especializado para doenças infecciosas, e ao mesmo tempo promover a saúde de mulheres e crianças, os agentes comunitários de saúde devem estar capacitados e mobilizados para evitar doenças e prover cuidados de saúde de boa qualidade. Com a recente ampliação para Lesoto, Malaui e Ruanda, hoje reconhecemos que muitas das lições aprendidas no Haiti são universais quando se trata de melhorar a saúde de crianças e adultos em todos os lugares do mundo.

Em cada um dos contextos nos quais os Parceiros na Saúde trabalham, a meta é 'fazer o possível' para melhorar a saúde e o bem-estar daqueles aos quais damos assistência, uma vez que quase todos vivem na pobreza. Em todas as situações, aprendemos que problemas de saúde não ocorrem isoladamente de outras necessidades básicas, tais como nutrição adequada, água limpa, saneamento básico, moradia e educação básica. Aprendemos também que organizações governamentais não podem trabalhar isoladamente, mas devem colaborar com os membros das comunidades atendidas e com as autoridades locais da área da saúde, de modo a fortalecer a saúde pública, para que as futuras gerações possam considerar o provimento desses serviços como um direito, não como um privilégio.

Essa abordagem baseada em direitos e na comunidade para promover a saúde resulta em uma percepção bastante clara da saúde das crianças

No Haiti, em Lesoto, em Malaui e em Ruanda, os Parceiros na Saúde – em colaboração com comunidades locais e uma ampla gama de organizações parceiras, incluindo Fundação Clinton, ministérios da saúde, UNICEF e Centro para Saúde e Direitos Humanos François-Xavier Bagnoud – identificaram cinco componentes básicos para um programa abrangente e baseado na comunidade em favor da sobrevivência infantil.

Em primeiro lugar, trabalhamos com autoridades da saúde pública para expandir intervenções essenciais que visam melhorar a sobrevivência da criança. Essas intervenções incluem: ampliação do alcance das campanhas de vacinação; distribuição de vitamina A; utilização de sais de reidratação oral para tratar doenças diarreicas, e programas de água limpa para preveni-las; um programa agressivo para prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança; prevenção da malária com mosquiteiros, com a retaguarda de cuidados clínicos de melhor qualidade baseados na comunidade; assistência nutricional para crianças em risco de desnutrição ou que já são desnutridas; e provimento de serviços ambulatoriais de alta qualidade para atendimento pediátrico e internação de pacientes. Atualmente, trabalhamos com o governo de Ruanda e outros parceiros para mostrar de que forma um pacote integrado de intervenções básicas para a sobrevivência infantil – incluindo prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança – pode ser rapidamente desenvolvido sob o modelo fortalecido de cuidados de saúde nas áreas rurais, elaborado pelo governo. Com o apoio da Iniciativa Internacional de Aprendizagem Conjunta sobre a Criança e o HIV/aids – um exercício interdisciplinar realizado através de diversos setores, em colaboração com profissionais líderes na área da saúde, formuladores de políticas e especialistas –, os profissionais da saúde, que estão ampliando as intervenções de sobrevivência infantil nos distritos rurais, vêm compartilhando inovações e resultados por meio de uma rede de colaboração que permite melhorar a qualidade dos serviços, mesmo quando alcançam um grande número de crianças e famílias em áreas anteriormente não atendidas.

Em segundo lugar, uma vez que a saúde e o bem-estar de mães são determinantes fundamentais da sobrevivência infantil, nossos esforços promovem serviços de saúde integrados para mães e crianças. Nosso trabalho em favor das crianças está associado aos esforços em favor de suas mães e de outros membros da família. Esses esforços incluem programas de planejamento, cuidados pré-natais e obstetrícia moderna, como parte de programas de saúde para a mulher e de esforços para promover a alfabetização de adultos e para aliviar as condições de pobreza, em geral.

continuados satisfazem diversos critérios:

- Demonstram resultados visíveis e tangíveis dentro de um período de tempo relativamente curto.
- São amplamente acessíveis em termos de custo/benefício.

- Adaptam-se às estruturas e hierarquias existentes e contam com o apoio de grupos e lobistas profissionais.

Essas considerações políticas provavelmente restringem algumas opções técnicas que advogam a preferência pelo provimento de

cuidados continuados. Entretanto, caso essas preocupações políticas não sejam reconhecidas e debatidas, as estratégias que promovem têm pouca probabilidade de sucesso.

Estabilidade, em termos políticos e macroeconômicos, e orçamentos sólidos constituem pré-requisitos para o

Em terceiro lugar, iniciamos e/ou fortalecemos programas de controle e prevenção da aids pediátrica. Como parte de uma futura campanha, e da forma destacada anteriormente, estamos lançando uma importante iniciativa para a aids pediátrica em Ruanda, em associação com a Fundação Clinton e funcionários e prestadores de serviços na área da saúde de Ruanda. Essa iniciativa estabelecerá um centro nacional de excelência para cuidados relacionados à aids pediátrica. Serviços pediátricos de qualidade para crianças com HIV estarão associados aos cuidados baseados nas comunidades, assim como aos esforços de prevenção dentro das escolas primárias e secundárias das áreas rurais de Ruanda.

Em quarto lugar, é necessário lançar programas de pesquisa operacional e de capacitação, elaborados para melhorar a qualidade de cuidados acessíveis às crianças das áreas rurais. Essas pesquisas devem examinar: características programáticas dos esforços bem-sucedidos para evitar a transmissão de HIV da mãe para a criança; diagnóstico e gerenciamento do HIV entre crianças; diagnóstico e cuidados para tuberculose pediátrica; o papel de agentes comunitários de saúde quanto ao provimento de cuidados para condições pediátricas crônicas, inclusive aids e tuberculose, e quanto a prevenção, diagnóstico e provimento de tratamento doméstico para doenças comuns, tais como malária e diarreia; e avaliação do impacto de intervenções sociais sobre a saúde e o bem-estar das crianças em todas as partes do mundo – inclusive de intervenções elaboradas para diminuir a insegurança alimentar e o analfabetismo.

Em quinto lugar, trabalhamos para que esses esforços avancem, em associação com os esforços empreendidos para promover os direitos básicos da criança – principalmente seus direitos sociais e econômicos. O programa Parceiros na Saúde pelos Direitos Sociais e Econômicos (Poser) divulga, por meio de advocacia e de projetos palpáveis, um modelo baseado em direitos para aliviar a pobreza, que utiliza o acesso a cuidados de saúde como meio para encontrar e trabalhar com as crianças e as famílias mais pobres nas comunidades que atendemos. O Poser apóia projetos de educação, agricultura, habitação e água, que garantem direitos sociais e econômicos básicos a todas as crianças e famílias. Uma

vez que temos conhecimento de que a fome e a desnutrição são causas subjacentes a milhões de mortes anuais de crianças – e realmente temos consciência desse fato –, devemos enfrentar o desafio de prescrever alimento como medicamento essencial para imunização e cuidados pediátricos. Do mesmo modo, uma vez que as análises mostram que a educação reduz os riscos de infecção com HIV – como realmente o faz –, devemos nos preparar para investir no acesso à escolarização como elemento potente e de boa relação custo/benefício em nosso receituário de ações para combate ao HIV e a outras doenças geradas pela pobreza.

Hoje sabemos que, sem uma estratégia abrangente baseada na comunidade, os esforços para tratar as crianças – e subsequentemente suas mães, seus pais e seus irmãos – não serão suficientes para a obtenção dos resultados desejados. Ao trabalhar em associação com ministérios da saúde, instituições internacionais e outras organizações sem fins lucrativos, estamos nos comprometendo a diminuir a onda de mortes de crianças e de doenças da infância nas áreas que atendemos. A partir da experiência no Haiti e em outros lugares do mundo, aprendemos que os serviços baseados na comunidade, que visam melhorar a saúde e reduzir a pobreza, associados, quando necessários, a excelentes recursos clínicos, oferecem atualmente os mais altos padrões de cuidados básicos para melhorar as condições de sobrevivência infantil em todos os lugares do mundo.

Os Drs. Paul Farmer e Jim Young Kim são co-fundadores do programa Parceiros na Saúde – uma organização internacional de saúde e justiça social que atua nos Estados Unidos, na Federação Russa, no Haiti, em Lesoto, em Malawi, no Peru e em Ruanda. Paul Farmer é professor de Antropologia Médica na Universidade de Harvard e médico no Brigham and Women's Hospital, em Boston. Jim Young Kim é presidente do Departamento de Medicina Social na Escola de Medicina de Harvard, chefe da Divisão de Medicina Social e de Desigualdades na Saúde no Brigham and Women's Hospital, diretor do Centro para Saúde e Direitos Humanos François-Xavier Bagnoud, e ex-diretor do Departamento de HIV/aids da Organização Mundial da Saúde.

fortalecimento de serviços de saúde e de nutrição. Muitos dos países que lutam para realizar os ODM, principalmente na África ao sul do Saara, não gozam de estabilidade política ou econômica. Sob essas circunstâncias, é importante mobilizar todas as formas de liderança eficaz na sociedade, seja no nível nacional, no qual são tomadas amplas

decisões setoriais, seja nos diversos subníveis (provincial, distrital), nos quais ocorre a interação com a comunidade.

Em contraste com o amplo conhecimento sobre intervenções técnicas e contextuais necessárias para melhorar a saúde de mães, recém-nascidos e crianças, pouco se sabe

sobre em que medida compromissos políticos com abordagens ao provimento de serviços de saúde orientadas para resultados são afetados e sustentados, principalmente em locais em que a capacidade dos sistemas de saúde é deficiente. A comunidade internacional sabe como estabelecer a agenda – testemunhou

como os ODM derivaram da Declaração do Milênio e tornaram-se o marco de referência para o desenvolvimento humano no início do milênio. Entretanto, a meio caminho para os objetivos, ainda há uma distância entre intenção e ação.

Fortes lideranças e defensores da causa freqüentemente são essenciais para a expansão bem-sucedida

Uma das constatações mais intrigantes de um estudo sobre expansão, realizado pelo Projeto de Prioridades no Controle de Doenças – um esforço contínuo realizado por muitos especialistas em saúde de todas as partes do mundo, para avaliar as prioridades no controle de doenças –, é o importante papel que pessoas que defendem a causa em nível nacional desempenham na geração e na sustentabilidade de vontade e comprometimento políticos em favor da expansão de programas de saúde. Esses defensores não apenas apóiam consistentemente as iniciativas, mas também conseguem reunir interessados importantes, coordenar atividades e manter o *momentum* da expansão.

As lideranças podem surgir de diversas formas: de um indivíduo – como Fazle Hasan Abed, fundador da BRAC, um programa comunitário de saúde que fornece serviços essenciais de cuidados de saúde a milhões de pessoas em Bangladesh; dos níveis mais altos dos governos nacionais – como é o caso do México, cujo programa Progres a foi defendido pelo presidente Ernesto Zedillo de Leon, e mantido e ampliado por seus sucessores, Vicente Fox e Felipe Calderón; e de grupos internacionais – como o Programa Ampliado de Imunização, a revolução pela sobrevivência infantil e o Gobi (acompanhamento do crescimento, reidratação oral, amamentação e imunização), a multiplicidade de

parcerias e programas globais em favor da luta contra diversas doenças ao longo da última década e, mais recentemente, a Gestão Integrada das Doenças Infantis (Gidi) e a iniciativa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado.

Uma questão que surge da revisão de evidências e de experiências da expansão é a constatação de que a defesa requer tempo e comprometimento. A consolidação da expansão requer investimentos sustentados e recursos ao longo de muitos anos. Exemplos básicos desse compromisso incluem o projeto desenvolvido no Sri Lanka ao longo de 50 anos, para criar uma rede rural de saúde, e as campanhas de longa duração realizadas no Nepal, que visam à suplementação de micronutrientes.³¹

A inclusão dos compromissos nacionais em uma estrutura legal pode fornecer a continuidade necessária para o apoio à expansão do provimento de cuidados continuados para além da vida política de seus defensores iniciais. Essa estrutura torna possível traduzir compromissos políticos em mobilização de recursos e medidas orçamentárias. Essa agenda política de longo prazo precisa de parcerias entre governo, organizações da sociedade civil e agências de desenvolvimento, para manter o *momentum* político, superar a resistência a mudanças e mobilizar recursos. Necessita também de mecanismos de responsabilização e de avaliação para manter o sistema funcionando na trilha correta.

V. Maior harmonização entre programas e parcerias globais na área da saúde

Ao longo da última década, a estrutura da ajuda para a saúde tornou-se ainda mais complexa com a

emergência de grandes parcerias globais na área da saúde (PGS). De acordo com a definição utilizada, estima-se que existam mais de cem PGS.³² Formam um grupo diverso, cujas atividades variam da advocacia à implementação, e apresentam diferenças quanto a natureza, escala e escopo. A grande maioria enfoca doenças contagiosas – em especial, aids, tuberculose e malária. Algumas PGSs também promovem intervenções de nutrição – como aleitamento materno precoce e exclusivo e suplementação de vitamina A – ou de melhores condições de fornecimento de água e de saneamento. Nos últimos anos, uma atenção cada vez maior vem sendo dada a atividades que enfocam a realização do ODM 1 – reduzir em 50% a fome e a pobreza até 2015 –, por meio de iniciativas como a Iniciativa para a Eliminação da Fome e da Subnutrição Infantis, a Aliança Global para Melhoria da Nutrição, Iniciativa de Micronutrientes e Iniciativa para o Enriquecimento da Farinha.

Embora exista um grande número de PGS, apenas algumas causam impacto importante sobre o financiamento da saúde – destacadamente a Aliança Global para Vacinas e Imunizações (Gavi) e o Fundo Global de Combate à Aids, à Tuberculose e à Malária. Parcerias globais mobilizaram volumes importantes de novos recursos para as principais ameaças à saúde e trouxeram o foco político e técnico tão necessário para as doenças ou intervenções prioritárias. Ao apoiar o setor privado e estimular as parcerias com as comunidades, para que exerçam um papel mais proeminente no provimento de cuidados de saúde, injetaram nova energia na assistência ao desenvolvimento.

O rápido estabelecimento de novas instituições na área da saúde vem desafiando os países em

desenvolvimento que, além de gerenciá-las e coordená-las, devem acompanhar suas atividades.

Além disso, novas iniciativas podem complicar os esforços de harmonização e coordenação de ações em apoio à saúde de mães, recém-nascidos e crianças, no nível global. Devido à forte ênfase sobre resultados rápidos, com boa relação custo/benefício e mensuráveis, a proliferação das PGS coloca em risco a natureza ‘vertical’ do financiamento para a área da saúde, ao destinar grandes volumes de recursos a programas e intervenções para doenças específicas, criando financiamentos separados e silos de provimento, deixando os governos recebedores com pouca flexibilidade para realocar recursos de acordo com suas próprias prioridades, ou para financiar custos e investimentos em sistemas de saúde, tais como salários e instalações.

Criando condições para maior unidade entre programas e parcerias globais na área da saúde

Em resposta à proliferação de parcerias e iniciativas globais na área da saúde, foi desenvolvido um conjunto de princípios para melhores práticas. Com base na Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda, os princípios foram endossados pelos participantes e adotados por conselhos administrativos de inúmeras PGS. Além disso, o Comitê de Assistência ao Desenvolvimento revisou as ‘Diretrizes para Boas Práticas para o alinhamento global de programas em nível nacional’. Essas diretrizes respondem à

necessidade de ações concretas e eficazes, identificada na Declaração de Paris, e que devem ser empreendidas para lidar com a integração insuficiente de programas e iniciativas globais às agendas de desenvolvimento mais abrangentes dos países parceiros. Quanto a governança e implementação de programas globais, as boas práticas apresentam os papéis inter-relacionados de financiadores (doadores bilaterais, instituições multilaterais e fundações privadas), países parceiros e programas globais.

Programas globais na área da saúde – sejam em parceria, sejam em ações individuais de uma única organização ou doador – tornaram-se ferramentas importantes da assistência ao desenvolvimento: doadores bilaterais, instituições multilaterais e fundações privadas proporcionam rápida elevação nos níveis de financiamento para o provimento de serviços no nível nacional. Esses programas, que também atraem forte apoio público, chamam a atenção da comunidade internacional para questões de importância global, estimulam a inovação e a disseminação de boas práticas, e fornecem recursos conjuntos de doadores múltiplos (harmonização vertical).

Os princípios da Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda – com seu foco na criação de programas nacionais, na harmonização, no alinhamento e na responsabilização mútua – aplicam-se tanto a programas globais quanto a programas nacionais. Estudos nacionais confirmam que questões de

implementação são semelhantes nos dois tipos de programa. Entretanto, muitos programas globais enfrentam desafios específicos, que incluem ausência de representação de campo e a conseqüente ausência de esforços de harmonização entre doadores, inconsistência com as prioridades e orçamentos governamentais, mecanismos paralelos de coordenação e implementação, e um impulso centralizador de recursos humanos e financeiros gerados por programas nacionais relacionados.

As boas práticas têm por base os princípios e os indicadores relacionados da Declaração de Paris, aplicando-os e ampliando-os para que reflitam o caso específico de programas globais. Primariamente, pretendem melhorar a eficácia de programas globais, em curso ou propostos, que fornecem financiamento significativo no nível nacional. Entretanto, algumas das boas práticas, inclusive aquelas sobre seletividade e governança, têm implicações para os programas globais em geral.

Financiadores, países parceiros, programas globais e doadores privados estão sendo convidados a aplicar as diretrizes em base experimental. O acompanhamento de uma aplicação-piloto de boas práticas será realizado como parte da utilização do setor da saúde para sinalizar a implementação satisfatória da Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, e será relatada no Fórum de Alto Nível sobre Eficácia da Ajuda, a ser realizado em setembro de 2008, em Acra, Gana.



RESUMO

Os Objetivos de Desenvolvimento do

Milênio não são uma série de metas utópicas. São o produto de pensamentos consistentes e de cálculos complexos desenvolvidos por alguns dos principais políticos, especialistas em desenvolvimento, economistas e cientistas do mundo, e representam neste momento a melhor esperança em todo o mundo para acelerar os progressos humanos.

O cumprimento dos objetivos permitirá que centenas de milhões de crianças, homens e mulheres deixem de passar fome, tenham acesso a água limpa e a saneamento básico, adquiram

educação, e desfrutem das mesmas vantagens econômicas e oportunidades políticas que estão disponíveis para outros indivíduos. Embora diversos países e regiões estejam atrasados, as metas podem ser alcançadas no tempo que ainda resta, desde que estejam disponíveis vontade política, os recursos indispensáveis e as estratégias necessárias.

Vontade política pode ser imposta? Estratégias, estruturas, ações e recursos podem ser direcionados para um canal único, que leve ao cumprimento integral dos ODM, e dentro do prazo? A resposta simples é 'sim' – mas desde que governos, doadores, sociedade civil

O cumprimento dos ODM relacionados à saúde requer a união de forças em torno de ações e parcerias em apoio à sobrevivência e à saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças. *Crianças esperam em fila em um posto de vacinação, Bangladesh.*

e outros interessados se unam em favor da sobrevivência da criança e assumam o compromisso de garantir que os ODM relacionados à saúde sejam alcançados.

O desafio é livrar-se do cinismo e da letargia e deixar para trás promessas quebradas no passado. Afinal, nenhum empreendimento é mais essencial ou mais compensador do que salvar a vida de uma criança.

Unindo forças pela sobrevivência da criança

Mesmo que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio sejam alcançados, o mundo não será um lugar perfeito. Ainda existirá pobreza. Crianças e suas mães ainda morrerão desnecessariamente. E o meio ambiente continuará a demandar nossa atenção. Não obstante, segundo as estimativas do Projeto Milênio – o órgão de consultoria independente que, no Encontro Mundial de Cúpula de 2005, introduziu as recomendações para o cumprimento dos ODM –, a realização dos objetivos significará que terão sido poupadas as vidas de cerca de 30 milhões de crianças e de dois milhões de mães. Mais de 300 milhões de pessoas já não passarão fome. Centenas de milhões de pessoas terão conquistado acesso a água limpa para beber e a instalações de saneamento básico. Outros milhões de crianças estarão na escola, outros milhões de mulheres terão oportunidades econômicas e políticas.¹

Os ODM não são um sonho de um grupo de visionários. São o resultado de pensamentos consistentes e de cálculos complexos desenvolvidos por alguns dos principais políticos, especialistas em desenvolvimento, economistas e cientistas do mundo, e representam neste momento a melhor esperança da humanidade para orientar o mundo em uma direção mais sustentável. São metas alcançáveis, bem dentro do campo das

possibilidades – desde que estejam disponíveis vontade política, os recursos indispensáveis e as estratégias necessárias. O primeiro passo essencial é tomar a decisão de alcançar os objetivos. As ações com relação aos outros passos necessários para atingir os ODM relacionados à saúde – analisados a seguir – podem ser realizadas, em grande parte, dentro da estrutura de abordagens a cuidados de saúde da mãe, do recém-nascido e da criança já existentes.

Essa vontade política pode ser imposta? Estratégias, estruturas, ações e recursos individuais e coletivos podem ser direcionados para um canal único, que leve ao cumprimento integral dos ODM, e dentro do prazo? O relatório *Situação Mundial da Infância 2008* identificou seis ações centrais, no nível macro, que demandam com urgência o envolvimento de forças unificadas para intensificar os esforços em favor da sobrevivência de mães, recém-nascidos e crianças, e para assegurar o direito de mulheres e crianças à saúde e ao bem-estar. São elas:

- Trabalhar pela criação de um ambiente que dê apoio à sobrevivência e à saúde de mãe, do recém-nascido e da criança.
- Desenvolver e fortalecer cuidados continuados ao longo do tempo e em todas as localidades.

- Expandir pacotes de serviços essenciais, por meio do fortalecimento de sistemas de saúde e de parcerias comunitárias.
- Ampliar a base de dados, de pesquisa e de evidências.
- Aumentar o nível dos recursos destinados às mães, aos recém-nascidos e às crianças.
- Fazer da sobrevivência das mães, dos recém-nascidos e das crianças uma exigência global.

Criar um ambiente que dê apoio à sobrevivência e à saúde da criança

Embora o relatório *Situação Mundial da Infância 2008* tenha focalizado principalmente intervenções e abordagens essenciais, comprovadamente eficazes para salvar a vida das crianças, é necessário que sejam realizadas mudanças sistêmicas e de muito maior alcance. A prestação de serviços de saúde de qualidade para mulheres e crianças requer um ambiente no qual elas possam sobreviver e desenvolver-se. A condição mais óbvia é a ausência de conflito. Paz e segurança são essenciais para que programas de saúde funcionem adequadamente, sejam eles baseados em centros de saúde, programas de expansão ou parcerias comunitárias. Quando a resolução do conflito está fora de alcance, é de suma importância



Ambientes saudáveis e seguros são condições vitais para a sobrevivência e o bem-estar das mães e de suas crianças. *Uma mulher recebe um diploma pela conclusão de um curso que ensina como criar filhos, Turquia.*

alcançar e proteger as crianças e suas famílias, vítimas de emergências complexas. Muito embora o conceito de crianças como ‘zonas de paz’ não tenha sido incorporado à legislação internacional, foram declarados, nas últimas décadas, os ‘dias de tranquilidade’ – quando as lutas são interrompidas e brigadas de agentes de cuidados de saúde podem administrar vacinas. ‘Dias de tranquilidade’ foram respeitados em países como Afeganistão, Angola, El Salvador, Líbano, República Democrática do Congo, Somália, Sri Lanka e Sudão.²

Igualmente importante é o sentimento interior de segurança de uma criança, que pode ser abalado por conflitos armados, por altos níveis de violência e crime dentro das comunidades, ou por

viver em uma família truculenta. Bebês e crianças pequenas são extremamente sensíveis ao mundo que os cerca. A apreensão com relação à próxima crise – seja ela a explosão de uma mina de solo ou a violência sexual praticada por um parente ou por um amigo da família – pode ser quase tão traumática e desestabilizante quanto o próprio ato. O reconhecimento do direito da criança a um ambiente que garanta sua proteção é essencial para prevenir a violência contra ela, e deve ser acompanhado por leis adequadas e que efetivamente sejam cumpridas.

Equidade é outro aspecto crítico para um ambiente que dê apoio à criança. Em inúmeros países, ser pobre significa, automaticamente, ser negligenciado e marginalizado pelos

sistemas de saúde. Outros indivíduos são excluídos de serviços e práticas essenciais em função de gênero, deficiência, raça ou etnia. É fundamental garantir que os sistemas de saúde de programas de sobrevivência da mãe e da criança sejam baseados em direitos e busquem corrigir essas desigualdades. Além disso, para que efetivamente seja possível alcançar os excluídos, os programas de saúde devem ser integrados a estratégias que enfrentem as causas e os efeitos da marginalização e da exclusão social.

Melhorias sustentadas nas condições de saúde de mulheres e crianças também demandarão maior igualdade de gênero e aumento do poder da mulher. Quaisquer que sejam os serviços oferecidos, muitas crianças deixarão de recebê-los se as mulheres não tiverem maior poder de decisão dentro da família. Inúmeros estudos confirmaram os efeitos poderosos e positivos que a educação e oportunidades econômicas exercem sobre o bem-estar das mulheres, que se traduz em melhores cuidados e perspectivas de sobrevivência mais promissoras para suas crianças.

Desenvolver e fortalecer cuidados continuados ao longo do tempo e em todas as localidades

As crianças são mais vulneráveis no momento do nascimento e durante seus primeiros dias de vida. Assim sendo, cuidados de saúde são cruciais durante a gravidez, no momento do parto e no período neonatal. Esses cuidados continuados devem estender-se através dos períodos de lactância e da primeira infância, por meio da integração de serviços essenciais que devem ser prestados para a mãe e para a criança em momentos específicos do ciclo de vida. A abordagem de ciclo de vida reconhece que essa continuidade exigirá educação, aumento de poder, conhecimento e serviços de saúde reprodutiva para meninas adolescentes,

uma vez que muitas delas também serão mães – em 2005, cerca de 13% dos bebês nasceram de mães que tinham entre 15 e 19 anos de idade³ – e até a vida adulta. Para que tenham eficácia, cuidados continuados devem forjar vínculos fortes entre a família, a comunidade e atendimento de qualidade e serviços clínicos oferecidos em instituições de atendimento básico de saúde. Estas, por sua vez, devem ter forte conexão com um hospital distrital. O estabelecimento desses vínculos freqüentemente resulta em utilização mais intensa dos serviços. Significa também que será menor o número de mulheres e crianças que correm o risco de ser negligenciadas pelos sistemas de saúde.

É na família e na comunidade que os indivíduos aprendem e exercitam práticas de cuidados infantis e comportamentos de busca por cuidados. Freqüentemente, o primeiro contato com essas questões ocorre em visitas ao centro de saúde durante a gravidez, que para muitas mulheres podem ser o primeiro contato com o sistema formal de saúde. Cuidados pré-natais são importantes porque ajudam a mulher a identificar riscos potenciais e a planejar uma gestação segura. Quando não há uma clínica de saúde nas imediações, serviços de extensão devem ser prestados por equipes de centros de saúde mais afastados e distritais. Tipicamente, esses serviços oferecem um conjunto de cuidados de saúde para os períodos pré-natal e pós-natal, e para a criança.

O hospital distrital é o recurso mais importante no sistema de saúde para comunidades e famílias, e deve contar com equipes adequadas e equipadas para enfrentar qualquer complicação no momento do parto. No nível dos cuidados de emergência, o hospital e a equipe devem estar preparados para dar assistência a partos simples e para oferecer cuidados obstétricos emergenciais e cuidados neonatais

imediatos, inclusive ressuscitação. A qualidade dos cuidados nos três níveis e uma forte ligação entre eles são fatores fundamentais para garantir cuidados continuados ao longo do tempo e em todas as localidades.⁴

Expandir pacotes de serviços essenciais por meio do fortalecimento de sistemas de saúde e de parcerias comunitárias

Em muitos dos países mais pobres, os sistemas de saúde são frágeis e fragmentados, cercados por problemas que variam de grave escassez de pessoal qualificado a falta de financiamento, equipamentos e suprimentos, e incapacidade de gerar e utilizar informações. No médio e no longo prazo, o fortalecimento dos sistemas de saúde nacionais é a maneira mais segura de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Parcerias comunitárias em cuidados básicos de saúde podem contribuir para ampliar o atendimento em áreas de difícil acesso, e para fortalecer os sistemas de saúde. Como este relatório demonstra, existe um conjunto crescente de evidências de que intervenções integradas podem ser implementadas de maneira eficaz no nível da comunidade ao longo do ciclo de vida. Além disso, aumentar o poder dos indivíduos para que assumam parte da responsabilidade por sua própria saúde – e pela saúde da sua família – pode gerar um impacto profundo e duradouro sobre o desenvolvimento.

Por meio da divulgação de mensagens de saúde objetivas, a baixo custo, os meios de comunicação podem contribuir decisivamente para colocar à disposição da comunidade as informações necessárias para que realizem mudanças em sua vida. Além disso, organizações da sociedade civil especializadas em abordagens participativas podem ser incitadas a promover aspectos específicos de sobrevivência e saúde da criança, desde que sejam adequadamente orientadas e

cuidadosamente acompanhadas. A mobilização da comunidade não deve ficar a cargo exclusivamente de Ministérios da Saúde já sobrecarregados. Sem dúvida, governos locais e ministérios responsáveis pelo desenvolvimento da mulher podem desempenhar um papel fundamental ao lado de organizações de mulheres e líderes da sociedade civil local, desde que estes sejam envolvidos no processo desde seu início.

Embora os programas atuais pela sobrevivência da criança enfatizem soluções de baixo custo, tecnologias de ponta podem trazer benefícios inesperados para alcançar os mais inatingíveis. Por exemplo, foram desenvolvidas ferramentas de diagnóstico simples para identificar a malária, fazer testes de HIV e analisar a qualidade da água. Com capacitação básica, esses testes podem ser administrados até mesmo nas clínicas de saúde mais rudimentares. A biotecnologia está produzindo vacinas mais seguras, em novas combinações, e pesquisas em andamento esperam criar vacinas que não precisem de refrigeração, e que, em vez de serem injetáveis, possam ser aplicadas por meio de adesivos fixados à pele, *sprays* nasais ou outras técnicas. Esses avanços potenciais podem repercutir profundamente na expansão dos serviços de imunização.⁵

Embora sua aplicação nesta área ainda esteja em estágio inicial, a tecnologia da informação também tem um papel na sobrevivência e na saúde da criança nos países em desenvolvimento. A utilização crescente da telefonia móvel, de e-mail e da internet significa que saúde por via eletrônica (e-saúde) e telemedicina já podem estar o alcance das populações em áreas remotas, e podem ter aplicações muito mais amplas. Além disso, agentes de saúde podem conectar-se mais facilmente com instituições de atendimento



© UNICEF/HQ06-2402/Susan Marksz

Uma abordagem integrada ao desenvolvimento de sistemas de saúde é crucial para a realização de progressos na sobrevivência e na saúde da criança. *Esta família participa do programa Trio por la Vida (Trio pela vida), que promove registro de nascimento, aleitamento materno e imunização, Venezuela.*

básico de saúde e, caso necessário, com departamentos e centros de referência em hospitais.⁶

Ampliar a base de evidências

Muitas vezes, a compreensão do problema é metade da solução. Embora as linhas gerais da situação da infância em todas as partes do mundo estejam claramente definidas, aspectos específicos por vezes continuam um tanto vagos. Em muitos países, a carência de estatísticas confiáveis dificulta o estabelecimento de prioridades pelos formuladores de políticas, assim como a avaliação da eficácia de programas ou o acompanhamento dos progressos. Mesmo sistemas de registros vitais – que registram eventos críticos da vida, como nascimento e morte – algumas vezes cobrem apenas determinadas partes

de um país. Em alguns países, não há nenhum tipo de registro. O registro de nascimento, particularmente, é fundamental para a proteção dos direitos da criança e para a geração de informações precisas sobre a população de um país (ver Capítulo 1, página 22).

Informações precisas e análise da situação da saúde, da nutrição, da água, do saneamento e da higiene, e do HIV/aids em meio às crianças de todas as partes do mundo são elementos cruciais para a formulação de estratégias visando à ampliação das parcerias comunitárias, a cuidados continuados e a sistemas de saúde para resultados. Nos países em desenvolvimento, a base para a disseminação de dados, avaliação de resultados e planejamento estratégico tem sido fornecida por um rico conjunto de recursos, que inclui: levantamentos

domiciliares, como as Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos; revisões de estatísticas, como a série de relatórios *Progressos para as crianças*, produzida pelo UNICEF; a série do *The Lancet*, que cobriu a sobrevivência e a saúde das crianças, dos recém-nascidos e das mães; e publicações que avaliam os progressos em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que foram produzidas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde, entre outras instituições. Essas iniciativas estão complementando esforços nacionais realizados através dos países em desenvolvimento para produzir, analisar e disseminar dados e informações cruciais sobre a saúde relacionados a fatores de contribuição e resultados de ações voltadas à mãe, ao recém-nascido e à criança.

Com demandas crescentes por responsabilização, como resultado dos ODM e de novas iniciativas globais na área da saúde, torna-se indispensável a criação de uma base de evidências consistente. Embora as informações disponíveis sejam mais do que suficientes para orientar as ações, também é fato que ainda faltam pesquisas e avaliações mais rigorosas sobre o que funciona, sobre o compartilhamento sistemático de boas práticas, e sobre maior compartilhamento de novas informações.

Aumentar o nível dos recursos destinados às mães, aos recém-nascidos e às crianças.

É amplamente reconhecido que, além de mobilizar seus próprios recursos domésticos, os países mais pobres precisarão de ajuda substancial por parte das nações mais ricas para alcançar os ODM. Segundo estimativas do Projeto Milênio, o volume total da assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) necessária para os ODM era de US\$135 bilhões em 2006. No entanto, a

AOD efetivamente liberada em 2006 totalizou US\$104 bilhões⁷ (ver Figura 5.1). A serem mantidas as tendências atuais, a AOD parece ajustada para aumentar para cerca de US\$200 bilhões em 2015. Essas estimativas equivalem a cerca de 0,5% do produto nacional bruto (PNB) dos países doadores – 0,44% em 2006 e 0,54% em 2015, respectivamente. Quando são incluídos custos adicionais – para projetos importantes de infraestrutura, ajustes para mudanças climáticas e reconstrução pós-conflito, por exemplo –, 0,7% do PNB dos países doadores passa a ser uma meta mais provável. A ironia é que esse montante está inteiramente disponível dentro dos compromissos já assumidos pelos países doadores. Há mais de 35 anos, as principais nações industrializadas prometeram alocar 0,7% de seu PNB para a AOD.⁸ Em 2002, a meta de 0,7% foi reiterada por todos os países no Consenso de Monterrey.

Estamos indo bem? Dos 22 países-membros do Comitê de Assistência ao Desenvolvimento, da OCDE, 16 atingiram as metas de AOD que

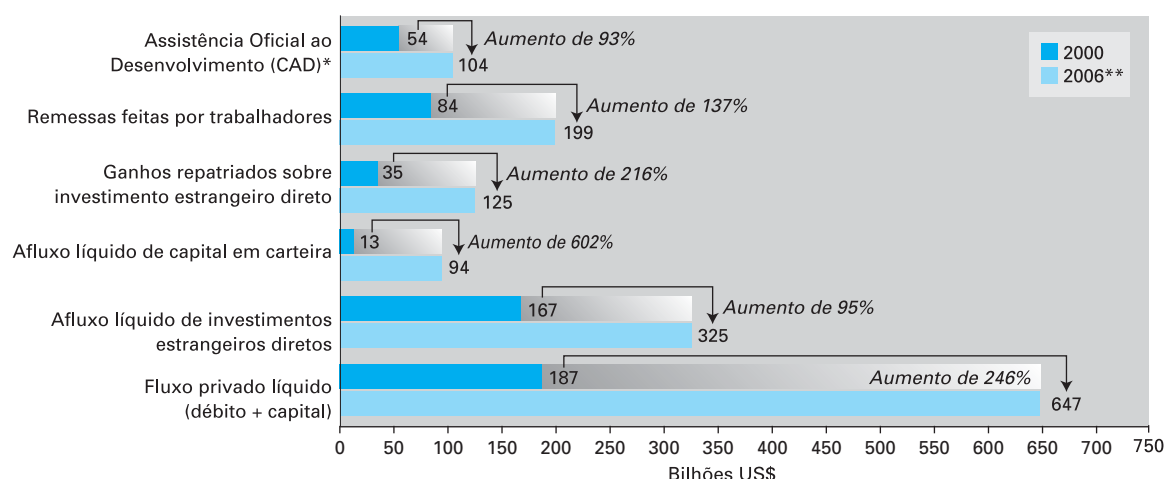
estabeleceram para 2006 em Monterrey. Mas os outros seis países precisam ser estimulados a cumprir suas promessas.⁹

Sem dúvida, as necessidades dos países que procuram alcançar os ODM são diferentes. Com base nas melhores evidências disponíveis, o UNICEF está desenvolvendo atualmente uma lista de opções de políticas para alcançar os ODM relacionados à saúde, específicas para cada país, para submeter à consideração dos governos e de seus parceiros na área de saúde materna e infantil. Além disso, está ajudando os países a identificar e superar falhas em apoio financeiro.

Na África ao sul do Saara, onde a situação das crianças é mais terrível, UNICEF, OMS e Banco Mundial colaboraram, em 2006, com uma análise de quanto custaria a redução da mortalidade infantil na região (ver *Destaque, Capítulo 4, página 78*). Por meio da ampliação das intervenções já existentes destacadas neste relatório, o número de mortes de menores de 5 anos

Figura 5.1

Fluxos financeiros selecionados para países em desenvolvimento



* Refere-se à assistência oficial ao desenvolvimento fornecida pelo Comitê de Assistência ao Desenvolvimento da OCDE.

** Estimativa.

Fonte: World Bank, *Global Development Finance 2007: The globalization of corporate finance in developing countries*, Washington, D.C., 2007, p. 37, 55.

poderia ser reduzida em 35% até 2009, a um custo adicional de US\$2,50 *per capita* (ou cerca de US\$800 por vida preservada). Para cumprir plenamente o ODM 4 – uma redução de dois terços nas mortes de menores de 5 anos até 2015 –, seria necessário fortalecer ainda mais os sistemas de saúde da África, além de introduzir novas intervenções, tais como vacinas contra rotavírus e infecções por pneumococos. A análise constatou que é perfeitamente possível salvar a vida de mais de cinco milhões de crianças e de cerca de 200 mil mães a cada ano.

Quanto custaria salvar essas vidas? Mais US\$10 *per capita* por ano – ou menos de US\$2.000 por vida preservada.¹⁰

No Encontro Mundial de Cúpula realizado em 2005, em Gleneagles, na Escócia, as principais nações industrializadas comprometeram-se a dobrar sua ajuda para a África até 2010. Mesmo assim, até meados de 2007, pouco se avançou nessa direção.¹¹ Os países africanos, por sua parte, têm sido lentos para demonstrar seu próprio comprometimento com

relação às suas crianças. Na Declaração de Abuja, adotada no encontro especial de cúpula sobre aids, promovido em 2001 pela Organização da Unidade Africana, líderes africanos incluíram um compromisso de destinar para a saúde 15% de seus orçamentos nacionais. Seis anos depois, apenas alguns países conseguiram fazê-lo.¹²

Os recursos para alcançar os ODM relacionados à saúde estão disponíveis. O mundo está mais rico do que jamais

Fortalecendo a coleta e o acompanhamento de dados para decisões na área da saúde pública

“Não é por serem pobres que os países não podem arcar com os custos de boas informações sobre saúde; mas é por serem pobres que não podem prescindir delas” – Health Metrics Network, Organização Mundial da Saúde

Informações consistentes são fundamentais para decisões na área da saúde pública, para instruir políticas, programas, orçamentos e avaliações, e para formar a base de responsabilização para os governos em relação a seus compromissos e seus cidadãos. No entanto, em muitos países em desenvolvimento, investimentos insuficientes em sistemas de informação sobre saúde deixaram lacunas na coleta, na divulgação e na análise dos dados. À medida que aumentam os desafios e aproxima-se a data final para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde, é imperativo atender à demanda por informações consistentes.

Até meados da década de 1990, lacunas críticas nos dados prejudicavam a precisão e a eficácia de análises para a tomada de decisões na área da saúde pública. Por exemplo, apenas 38 países em desenvolvimento dispunham de dados sobre o crescimento ou o declínio das taxas de subnutrição entre crianças – um indicador básico da saúde e do bem-estar da criança. Para ajudar a preencher essas lacunas de dados importantes e para facilitar o acompanhamento dos objetivos estabelecidos no Encontro Mundial de Cúpula pela Criança, realizado em 1990, o UNICEF criou, em 1995, as Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS). As pesquisas do MICS são elaboradas para fornecer dados quantitativos sobre uma ampla gama de tópicos, incluindo saúde e nutrição infantil, proteção à criança, educação, HIV e aids, e saúde materna.

Desde 1995, foram realizadas cerca de 200 pesquisas MICS em aproximadamente 100 países e territórios. A rodada atual de pesquisas, implementadas em mais de 50 países durante o período de 2005 a 2006, fornece dados para 21 dos 53 subindicadores dos ODM. Ao lado das Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) – uma iniciativa complementar patrocinada pela Agência Americana para o

Desenvolvimento Internacional (Usaid), com dados compatíveis –, as MICS compõem a maior fonte isolada de informações sobre o acompanhamento dos ODM.

O acompanhamento dos progressos rumo aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio também estimulou a criação de uma série de grupos interagências para discutir questões técnicas e metodológicas específicas – que incluem padronização de indicadores e ferramentas de acompanhamento –, construindo capacidade estatística no nível nacional, desenvolvendo estatísticas conjuntas e harmonizando o trabalho de acompanhamento entre parceiros. Esses grupos enfocam áreas tais como mortalidade materna e de menores de 5 anos, água e saneamento, imunização, malária, e HIV e aids.

Existe também uma necessidade urgente de melhorar os sistemas de dados em geral nos países, para que possam relatar dados consistentes e adequados de forma mais confiável, e ser utilizados para decisões informadas na área da saúde pública. Esse é um esforço de longo prazo, e a Organização Mundial da Saúde e a Health Metrics Network (HMN), entre outras agências, estão trabalhando em estreita colaboração com os países e outras iniciativas para melhorar os sistemas de informações sobre saúde. Especificamente, o objetivo é desenvolver um sistema abrangente que incorpore todos os inúmeros subsistemas e fontes de dados que, em conjunto, contribuem para a geração de informações sobre saúde: pesquisas, registros de nascimento, recenseamentos, vigilância e respostas sobre doenças, estatísticas de serviços, informações sobre gestão de saúde, acompanhamento de dados sobre finanças e recursos. O desenvolvimento desse sistema abrangente requer melhor coordenação e cooperação entre países e parceiros internacionais, que devem trabalhar juntos, com base em um plano compatível com um sistema unificado. Por esse meio, o sistema abrangente de dados reduziria duplicação, fragmentação e sobreposição na coleta e no relato de dados.

Ver Referências, página 108.

esteve. Os fluxos financeiros para os países em desenvolvimento estão em níveis nunca antes alcançados, em termos de afluxos da dívida privada, investimentos externos diretos, capital em carteira e remessas financeiras. Mesmo assim, embora a assistência oficial ao desenvolvimento tenha dobrado desde 2000, seu aumento ficou um pouco atrás de outros fluxos financeiros (ver Figura 5.1, página 99). Os doadores ainda devem honrar sua promessa de aumentar a assistência para a África, e precisarão acelerar os esforços acentuadamente ao longo dos próximos anos.

Fazer da sobrevivência das mães, dos recém-nascidos e das crianças uma exigência global

Muitos já ouviram o apelo em favor da sobrevivência materna e infantil. Desde os primeiros anos da revolução pela sobrevivência da criança, parcerias globais pela saúde, freqüentemente financiadas por fontes privadas, proliferaram e revitalizaram o campo. Alguns exemplos são a Iniciativa de Fortificação da Farinha, a Aliança Global para Melhoria da Nutrição, a Aliança Gavi, a Parceria para Saúde Materna, do Recém-Nascido e da Criança, *Roll Back Malaria* e o Programa Especial para Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais, entre muitas outras.

Como consequência dessas e de outras alianças, a atenção pública para questões relacionadas à saúde global vem-se mantendo permanentemente alta. Pesquisa e desenvolvimento patrocinados por essas parcerias começam a produzir resultados: 25 medicamentos, oito microbicidas e 50 vacinas estão em fase final de processo, e deverão combater doenças que afetam predominantemente os pobres. Muitas dessas parcerias mostraram-se extraordinariamente eficazes para oferecer às comunidades medicamentos gratuitos ou a baixo custo, com garantia de qualidade,

© UNICEF/HQ00-0001/Giacomo Pirazzi



Parcerias e compromissos renovados por parte dos interessados são condições necessárias para o atendimento das necessidades de saúde de mães, recém-nascidos e criança. Uma agente de saúde conversa com uma mãe sobre imunização, Tanzânia.

além de vacinas. Outras estão aprimorando os mecanismos de formulação de políticas e apoiando reformas institucionais. Outras ainda estão contribuindo para o estabelecimento de normas e padrões em protocolos de tratamento.¹³

No entanto, devido à objetividade das parcerias para conseguir resultados, houve quem argumentasse que parcerias globais são freqüentemente orientadas para a relação doador-*commodity*, em vez de serem centradas na relação país-população. Além disso, um foco freqüente em uma única doença significou, algumas vezes, uma confiança excessiva em intervenções verticais e ênfase insuficiente na integração de serviços e no fortalecimento de sistemas de saúde nacionais.¹⁴ A mensagem amplamente divulgada – e que mereceu atenção global – é que os países em desenvolvimento devem assumir a liderança, e “tomar posse” das soluções para seus problemas de saúde. Isso demandará maior

harmonização e compatibilização com as prioridades, os sistemas e os procedimentos dos próprios países em desenvolvimento. Sem dúvida, foi essa a posição adotada na Declaração de Paris sobre Eficácia da Ajuda, em março de 2005, que está fornecendo a estrutura por meio da qual as parcerias entre doadores e países em desenvolvimento podem explorar plenamente seu potencial.

Nesse caso, em que ponto está o mundo hoje, passado pouco mais da metade do prazo para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio? Comparativamente, 50% das regiões estão a caminho do cumprimento do ODM 4, reduzindo em dois terços as taxas de mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Sem dúvida, este é um cenário sem precedentes, e reflete avanços na saúde materna e infantil ocorridos no século passado e o compromisso de doadores e governos nacionais para unir forças para garantir que as crianças sobrevivam e se desenvolvam.

O outro lado do tapete: unindo forças em favor da sobrevivência e da saúde da mãe, do recém-nascido e da criança

Por Melinda French Gates, Diretora Adjunta,
Fundação Bill & Melinda Gates

Quando Bill e eu nos reunimos com pessoas nos países em desenvolvimento que visitamos, é fácil verificar o que temos em comum, apesar de nossas situações diferentes. Como nós, elas têm esperanças no futuro. Têm pais que as amam e filhos que precisam delas. Têm curiosidade intelectual, espírito empreendedor e determinação de construir uma vida melhor para elas e para seus filhos.

Fico especialmente comovida com as mães que encontro. Elas me convidam para ir a suas casas, e nos sentamos no chão, geralmente uma em frente à outra, em um pequeno tapete, e conversamos. Eu também tenho filhos pequenos, e tento me colocar no lugar delas. O que eu faria se estivesse sentada do outro lado do tapete? O que eu desejaria para meus filhos?

Se eu fosse gestante em Bangladesh, gostaria de poder contar com um atendente qualificado que soubesse me ajudar a dar à luz meu bebê com segurança. Se eu fosse mãe jovem na Índia, gostaria de conhecer os fatos: que o aleitamento materno é uma das melhores formas de proteger meu bebê contra o cólera, e não o leite em pó. Se eu fosse mãe em Malawi e minha filha estivesse doente com diarreia, gostaria que ela pudesse contar com os eletrólitos necessários, antes que fosse tarde demais.

Esses seriam meus sonhos, meus desejos, minhas esperanças. Entretanto, para muitas pessoas, não fazem parte da realidade da vida diária. A realidade é: em 2006, 9,7 milhões de crianças morreram antes de completar 5 anos de idade – a maioria devido a causas facilmente evitáveis ou tratáveis.

Em alguns dos países que visitei, as mães não dão nomes a seus filhos durante semanas ou até mesmo meses, porque não querem começar a se importar com eles. A probabilidade de que seus filhos morram durante essas primeiras semanas é simplesmente muito alta. Quando ouço essas histórias, sinto-me como se fosse empurrada de volta para o meu lado do tapete. Como essa tragédia tão disseminada pode ser tão comum nos países em desenvolvimento?

No meu lado do tapete, quando meus filhos estão doentes, tomam antibióticos. No outro lado, talvez recebam uma sentença de morte. Aqueles dentre nós que vivem em países ricos devem tentar colocar-se no outro lado do tapete.

Felizmente, a história está começando a mudar. Os governos em todos os lugares do mundo estão empreendendo um número maior de ações em favor da saúde das crianças. Os esforços para tratar e prevenir as doenças mais devastadoras do mundo estão melhorando a vida de milhões de crianças.

Para manter esse *momentum*, devemos lembrar que essas mães amam seus filhos como nós amamos os nossos. Devemos perceber que essas crianças têm um potencial ilimitado. E devemos ajudá-las a realizar seu potencial envolvendo um número maior de governos, empresas e indivíduos nesse trabalho – uma união de forças em favor da saúde e da sobrevivência da mãe, do recém-nascido e da criança. Se unirmos forças, todas as mães terão uma chance de ver seus filhos crescerem fortes e felizes, e todas as crianças terão a oportunidade de transformar seus sonhos em realidade.

Muitos países em desenvolvimento e diversas regiões deram passos largos na redução da mortalidade infantil, e alguns conseguiram reduzir as taxas de mortalidade a níveis que se aproximam daqueles alcançados por alguns países industrializados, embora registrem níveis de renda per capita muito mais baixos. Três regiões – América Latina e Caribe, Leste da Ásia e Pacífico, e Europa Central e Oriental e Estados Independentes (ECO/CEI) – reduziram substancialmente suas taxas de mortalidade desde 1960, apesar de terem enfrentado momentos de instabilidade econômica e política. Esse sucesso justifica a esperança de que as taxas de mortalidade de

crianças continuem a cair globalmente, a um ritmo ainda mais rápido, desde que sejam encontrados os meios para ampliar o acesso a cuidados de qualidade para as mães, os recém-nascidos e as crianças no mundo em desenvolvimento.

O desafio é construir sobre a base de progressos alcançados através do mundo em desenvolvimento em intervenções preventivas implementadas por meio de serviços expandidos, especialmente nos anos mais recentes. A expansão do atendimento para a realização de intervenções com maior alcance – especialmente a ampliação de programas de imunização, a

distribuição de mosquiteiros tratados com inseticida, a ampliação da distribuição da terapia de reidratação oral e da suplementação de vitamina A – aumentou a parcela associada a fatores de contribuição no balanço da saúde materna e infantil. As análises desses resultados, ao lado do aumento na frequência da coleta de dados, prometem mostrar um impacto marcante sobre os resultados de sobrevivência materna e infantil ao longo dos próximos anos.

A despeito de incontáveis iniciativas, programas e políticas que proliferaram desde o primeiro ano do novo milênio, a oportunidade de reduzir o número de mortes de

crianças menores de 5 anos nunca foi tão clara. Está claro o que é preciso fazer para melhorar as condições de sobrevivência infantil. Também está claro quando fazer, assim como quem deve assumir as tarefas. E acima de tudo, o que está mais claro é a necessidade de *unir forças* – no discurso e na prática – para garantir o direito das mães, dos recém-nascidos e das crianças a cuidados básicos de saúde de qualidade.

O desafio, portanto, é livrar-se do cinismo e da letargia e deixar para trás promessas quebradas no passado. A meio caminho entre o lançamento dos ODM, em 2000, e sua plena realização, em 2015, ainda há muito a fazer. A base para as ações – dados, pesquisa, avaliação – já está consolidada. É hora de reanimar os esforços em torno dos objetivos de sobrevivência e saúde das mães, dos recém-nascidos e das

crianças, com energia renovada e visão mais apurada, e colocar esses objetivos no centro da agenda internacional, para fazer cumprir os princípios de justiça social e honrar a inviolabilidade da vida.

Os meios estão à mão. Trata-se agora de vontade e ação – pois nenhum empreendimento é mais nobre ou mais compensador do que salvar a vida de uma criança.

Referências

CAPÍTULO 1

- 1 Estimativas do UNICEF, baseadas no trabalho do Grupo Interagências sobre Estimativas de Mortalidade Infantil.
- 2 Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications*, Relatório de reunião (WHO/EPI/GEN/98.07). OMS, Genebra, 1998, p. 4-12.
- 3 Darmstadt, Gary L. *et al.* Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save? *The Lancet*, v. 365, n. 9463, 12 de março de 2005, p. 977-988.
- 4 Phillips, James F., Ayaga A. Bawah e Fred N. Binka. Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana, *Bulletin of the Organização Mundial da Saúde*, v. 84, n. 12, dez. 2006, p. 949-953.
- 5 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A World Fit for Children* statistical review, Number 6. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 19.
- 6 Escritório Regional da OMS para África. *The Health of the People: The African regional health report*. WHO Press, Genebra, 2006, p. 19.
- 7 Newell, Marie-Louise *et al.* Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis. *The Lancet*, v. 364, n. 9441, 2 out. 2004, p. 1236-1243.
- 8 De Cock, Kevin M. *et al.* Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Refonte-Poor Countries: Translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, v. 283, n. 9, 1 de março de 2000, p. 1175-1182.
- 9 Organização Mundial da Saúde, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress report*, abril, 2007. WHO, Genebra, 2007, p. 6, 30.
- 10 Ngongo, Ngashi. *PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV*. UNICEF, Nova Iorque, p. 5.
- 11 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A World Fit for Children* statistical review, Number 6. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 36.
- 12 Fundo das Nações Unidas para a Infância e Roll Back Malaria Partnership. *Malaria & Children: Progress in intervention coverage*. UNICEF e RBM, Nova Iorque, 2007, p. 1, 7.
- 13 Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária. *HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria: The status and impact of the three diseases*. GFATM, Genebra, 2005, p. 39.
- 14 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A World Fit for Children* statistical review, Number 6. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 39-41.
- 15 Organização Mundial da Saúde. *Health Status: Mortality*, World Health Statistics 2006. WHO, Genebra, 2007, p. 29-31.
- 16 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A report card on water and sanitation*, Number 5. UNICEF, Nova Iorque, set. 2006, p. 3.
- 17 Black, Robert E., Saul S. Morris e Jennifer Bryce. Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year? *The Lancet*, v. 361, n. 9376, 28 de junho de 2003, p. 2230.
- 18 Organização Mundial da Saúde. *Improving Child Health in the Community*. WHO, Genebra, dez. 2002, p. 7.
- 19 Countdown to 2015: *Child Survival, Tracking Progress in Child Survival: 2005 report*. UNICEF Health Section, Nova Iorque, 2005, p. 9.
- 20 Estimativas do UNICEF baseadas em data fornecidos pelo Grupo Interagências sobre Estimativas de Mortalidade Infantil.
- 21 Darmstadt, Gary L. *et al.* Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of newborn babies can we save? *The Lancet*, <www.thelancet.com>, 3 de março de 2005, p. 11.
- 22 Organização Mundial da Saúde. *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*. WHO, Genebra, 2006, p. 9.
- 23 Tabela 1. Indicadores básicos. p. 114-117 deste relatório.
- 24 Pinheiro, Paulo Sérgio. *World Report on Violence Against Children*, UN Secretary-General's Study on Violence against Children. Nova Iorque, 2006, p. 51.
- 25 Fundo das Nações Unidas para a Infância, Early Marriage: Child spouses. *Innocenti Digest*, n. 7, UNICEF Innocenti Research Centre, Florença, mar. 2001, p. 11.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*. UNICEF, Nova Iorque, 2005, p. 1, 13.
- 29 Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations – Early childhood care and education*. UNESCO, Paris, 2006, p. 2.
- 30 Porterfield, Shirley L. e Timothy D. McBride. The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. 2, fev. 2007, p. 323.
- 31 Ibid.
- 32 White, Howard. *Maintaining Momentum to 2015? An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh*, World Bank, Washington, D.C., set. 2005, p. 25.
- 33 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *The State of the World's Children 2006: Excluded and invisible*. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2005, p. 18.
- 34 Victora, Cesar G. *et al.* Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough. *The Lancet*, v. 362, n. 9379, 19 de julho de 2003, p. 234.
- 35 Ibid.
- of the World's Children 2007: Women and children – The double dividend of gender equality*, UNICEF, Nova Iorque, dez. 2006, p. 137, 141.
- Causas subjacentes e estruturais de mortalidade materna e infantil**
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. *UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/ 2006/8)*. UN Economic and Social Council, Nova Iorque, 15 Nov. 2005, p. 3-4.
- Sobrevivência de recém-nascidos**
- Darmstadt, Gary L., Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save? *The Lancet*, v. 365, n. 9463, 12 March 2005, p. 977-988; *The Lancet Series Team*, Executive Summary of *The Lancet Neonatal Survival Series*, *The Lancet*, 3 de março de 2005, p. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens e Jelka Zupan. 4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why? *The Lancet*, 5 de março de 2005, v. 365, n. 9462, p. 891-900; Save the Children. *State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns*, Save the Children, Westport, CT, maio, 2006, p. 3, 8; Tabela 8: Mulheres. p. 142-145 deste relatório; Organização Mundial da Saúde. *World Health Report 2005: Make every mother and child count*. WHO, Genebra, 2005, p. 9-10.
- Principais causas associadas às mortes infantis**
- Mulholland, Kim. Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency. *The Lancet*, v. 370, n. 9583, 21 de julho de 2007, p. 285-289; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A report card on water and sanitation*, Number 5, UNICEF, Nova Iorque, set. 2006, p. 2, e *Progress for Children: A World Fit for Children* statistical review, Number 6, dez. 2007, p. 19, 24; UNICEF e Organização Mundial da Saúde. *Pneumonia: The forgotten killer of children*. UNICEF e WHO, Nova Iorque and Genebra, 2006, p. 5.
- Pneumonia: o matador de crianças que ficou no esquecimento**
- Mulholland, Kim. Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency. *The Lancet*, v. 370, n. 9583, 21 de julho de 2007, p. 285-289; Sazawal, Sunil e Robert E. Black. Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 3, n. 9, set. 2003, p. 547-556; Fundo das Nações Unidas para a Infância e Organização Mundial da Saúde. *Pneumonia: The forgotten killer of children*. UNICEF e WHO, Nova Iorque, e Genebra, 2006, p. 5, 7-9, 14, 26, 27; Organização Mundial da Saúde. *Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (WHO/FCH/CAH/02.23)*. WHO Dept. of Child and Adolescent Health and Development, Estocolmo, junho, 2002, p. 2, 5-6.
- Cuidados de saúde contínuos para mães, recém-nascidos e crianças, através do tempo e em todos os lugares**
- Lawn, Joy e Kate Kerber, editors. *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*. Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Genebra, 2006, p. 3, 5, 9, 24;
- Le Galès-Camus, Catherine. UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015. Declaração no encontro de Conselho Executivo, primeira sessão regular, Nova Iorque, 17 jan. 2006, p. 3-4;
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. *UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/ 2006/8)*. UN Economic and Social Council, Nova Iorque, 15 Nov. 2005, p. 3.

Saúde infantil em emergências complexas

CIEDRS Working Group. *Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0*. Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, set. 2003, p. 3-4, 11, 14-15;

Collins, Steve. *Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises* – Network paper n. 48. Humanitarian Practice Network, Overseas Development Institute, Londres, nov. 2004, p. 24;

Collins, Steve, et. al. Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*, v. 27, n. 3 (supl.), set. 2006, p. 58;

Força Tarefa do Projeto das Nações Unidas para o Milênio, sobre a Saúde Infantil e Materna. *Who's Got the Power?* Transforming health systems for women and children. Earthscan, Londres, 2005, p. 77;

Organização Mundial da Saúde, *Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments*. WHO, Genebra, 2005, p. 2.

Aumentando o poder da mulher para melhoras condições de saúde materna, de recém-nascidos e de crianças

Perry, Henry et al. *Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment*. International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Dhaka, abril, 2007, p. 16-19;

Seidel, Renata. *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*. Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dez. 2005, p. 20;

Força Tarefa do Projeto das Nações Unidas para o Milênio sobre a Saúde Infantil e Materna. *Who's Got the Power?* Transforming health systems for women and children. Earthscan, Londres, 2005, p. 36;

WHO Centre for Health Development. *A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare*. Kobe, Japão, 2005, p. 26-28;

Organização Mundial da Saúde. *Women's Health in Afghanistan*. WHO Dept. of Gender and Women's Health, Family and Community Health Cluster, Genebra, Mar. 2002, p. 1-2.

Registro de nascimento: um passo importante em direção ao acesso a serviços essenciais

Tabela 9. Proteção da criança. p. 146-147 deste relatório;

Centro de Pesquisas Innocenti do UNICEF. Birth Registration and Armed Conflict. *Innocenti Insight*, UNICEF IRC, Florença, 2005, p. vii;

Fundo das Nações Unidas para a Infância. Birth Registration. *Child Protection Information Sheets*. UNICEF, Nova Iorque, maio, 2007, p. 13-14;

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A World Fit for Children* statistical review, Number 6, UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 42, e *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*, 2005, p. 2, 15-16.

CAPÍTULO 2

¹ Lee, Ronald. The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change. *Journal of Economic Perspectives*, v. 17, n. 4, 2003, p. 167-190.

² Van Lerberghe, Wim, e Vincent De Brouwere. Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality. *Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence*. Editado por Wim Van Lerberghe e Vincent De Brouwere, Studies in Health Services Organisation & Policy, v. 17, 2001, p. 7-34.

³ Claeson, Mariam, and Ronald J. Waldman. The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 78, n. 10, 2000, p. 1235; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski e Anne Mills. Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate. *Journal of International Development*, v. 15, 2003, p. 68; e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *1946-2006: Sixty Years for Children*. UNICEF, Nova Iorque, 2006, p. 7-9.

⁴ Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman. Strengthening Health Systems. Capítulo 3, Disease Control Priorities in Developing Countries, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al, Oxford University Press and the World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 88.

⁵ Green, Andrew. *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. 2a ed., Oxford University Press, Nova Iorque, 1999; e Morley, David. Under-Five Clinics. *Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*. Editado by Maurice H. King, Oxford University Press, Nova Iorque, 1966.

⁶ Basch, Paul F. Textbook of International Health, 2a. ed. Oxford University Press, Nova Iorque, julho, 1999.

⁷ Thieren, Michel. Documento de referência sobre o Conceito de Acesso Universal. *Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector*. WHO, Genebra, out. 2005; e Vaccine Safety Datalink Group. The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam. Bulletin of the World Health Organization, v. 83, n. 8, ago. 2005, p. 605.

⁸ Knippenberg, Rudolf, et al. Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea. *The International Journal of Health Planning and Management*, v. 12, n. S1, 12 de junho de 1997, p. S29-S47.

⁹ Walsh, J. A. e K. S. Warren. Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, v. 301, n. 18, 1 de novembro de 1979, p. 967-974.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman. The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people. Bulletin of the World Health Organization, v. 78, n. 10, 2000, p. 1235.

¹² Ibid.

¹³ Black, Maggie. *Children First: The story of UNICEF, past and present*. Oxford University Press, Nova Iorque, 1996, p. 19.

¹⁴ Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman. The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people. Bulletin of the World Health Organization, v. 78, n. 10, 2000, p. 1235.

¹⁵ Estatísticas do UNICEF. *Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management*. Banco de dados do UNICEF sobre o final da década: IMCI, <www.childinfo.org/eddb/imci/>, acessado em 15 de novembro de 2007.

¹⁶ Organização Mundial da Saúde e UNICEF. Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy. *IMCI Information (WHO/CHS/CAH/98.1A Rev. 1)*, WHO, Genebra, 1999, p. 3.

¹⁷ Bryce, Jennifer et al. The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the evaluation of public health interventions. *American Journal of Public*

Health, v. 94, n. 3, mar, 2004, p. 406-415; Lucas, Jane E. et al. *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival*. UNICEF Nova Iorque e UNICEF ESARO, 2005, p. xii.

¹⁸ Victora, Cesar G. et al. Integrated Management of the Sick Child, Capítulo 63. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 1189.

¹⁹ Armstrong Schellenberg, Joanna R. M. et al. Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *The Lancet*, v. 364, n. 9445, 30 de outubro de 2004, p. 1583.

²⁰ Lucas, Jane E. et al. *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival*. UNICEF Nova Iorque e UNICEF ESARO, 2005, p. 86.

²¹ Victora, Cesar G. et al. Integrated Management of the Sick Child, Capítulo 63. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a ed. Editado por Dean T. Jamison, et al, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 1188-1189.

²² Martines, Jose et al. Neonatal Survival: A call for action. *The Lancet*, v. 365, n. 9465, 26 de março de 2005, p. 1191.

²³ Chen, Shaohua e Martin Ravallion. *Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004*. Development Research Group, World Bank, Washington, D.C., mar.2007, p. 12.

²⁴ Bryce, Jennifer et al. Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival. *The Lancet*, v. 368, n. 9541, 23 de setembro de 2006, p. 1070-1071.

²⁵ Jones, Gareth et al. How Many Child Deaths Can We Prevent this Year? *The Lancet*, v. 362, n. 9377, 5 de julho de 2003, p. 65; e Lawn, Joy E. et al. Newborn Survival, Capítulo 27. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 547.

²⁶ Campbell, Oona M. R. e Wendy J. Graham. Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works. *The Lancet*, v. 368, n. 9543, 28 de setembro de 2006, p. 1297.

²⁷ Hill, Zelee, Betty Kirkwood e Karen Edmond. *Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence*. Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2004, p. 1.

²⁸ Wagstaff, Adam et al. Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress? Capítulo 9. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison, et al, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 181-194.

CAPÍTULO 2 DESTAQUES

A Iniciativa do Sarampo

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *A World Fit for Children*, UNICEF, Nova Iorque, 2006, p. 29; Wolfson, Lara J. et al. Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study. *The Lancet*, v. 369, n. 9557, 20 de janeiro de 2007, p. 191-192; Organização Mundial da Saúde. *World Health Assembly Resolution WHA 52.20: Reducing global measles mortality*. WHO, Genebra, 28 de maio de 2003;

Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Measles: Mortality Reduction and Regional Elimination – Strategic plan 2001-2005*. WHO, Genebra, 2001, p. 6-7.

Dias nacionais de imunização e dias de saúde infantil
Levine, Ruth. Case 4: Reducing Child Mortality with Vitamin A in Nepal. Capítulo 4, *Case Studies in Global Health*. Millions saved. Jones e Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Global Polio Eradication Initiative. *National Immunization Days*, <www.polioeradication.org/content/fixated/national.shtml>, acessado em 24 de agosto de 2007; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Annual Report 2006*. UNICEF, Nova Iorque, junho, 2007, p. 12, e 1946-2006: Sixty Years for Children. Nov. 2006, p. 18-19.

Financiando a área da saúde: Programas com enfoque setorial amplo e iniciativa em favor dos Países Pobres Altamente Endividados
Gottret, Pablo e George Schieber. *Health Financing Revisited: A practitioner's guide*. World Bank, Washington, D.C., 2006; Schieber, George et al. *Financing Health Systems in the 21st Century*, Capítulo 12. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed., Editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 225-242; Banco Mundial. *Health and Nutrition Services*, Capítulo 8. *World Development Report 2004: Making services work for poor people*. World Bank e Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, p. 133-156.

Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis na Índia
Ramji, Siddarth. Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India. *Indian Pediatrics*, v. 43, n. 12, 17 de dezembro de 2006, p. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker e Julia Ruben. The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives. *Policy Perspectives on Newborn Health*. Save the Children e Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, p. 2.

A Iniciativa de Bamako
Ebrahim, G. J. The Bamako Initiative. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 39, n. 2, 1993, p. 66-67; Knippenberg, Rudolf et al. Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, v. 12, n. S1, 1997, p. S29-S47; Küchler, Von Felix. Manageable Bamako Initiative Schemes. *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, n. 84, abril 2002; Paganini, Agostino. The Bamako Initiative Was Not about Money. *Health Policy and Development*, v. 2, n. 1, 2004, p. 11-13; Banco Mundial, *World Development Report 2004: Making services work for poor people*, World Bank and Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, p. 72-73, 76-77.

Abordagens diagonais: o caminho mexicano
Frenk, Julio. *Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico*. Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 de junho de 2006, p. 4-5; Frenk, Julio. Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, v. 368, n. 9539, 9 de setembro de 2006, p. 954, 957; Sepúlveda, Jaime et al. Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach. *The Lancet*, v. 368, n. 9551, 2 de de 2006, p. 2017-2027.

Programa Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado na África Ocidental
Bryce, Jennifer et al. *A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa*. Inception Report, submetido ao UNICEF à Canadian International Development Agency, 15 de janeiro de 2007; Bryce, Jennifer et al. *Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)*. Apresentação ao 2a. Global Immunization Meeting, Nova Iorque, 13-15 de fevereiro, 2007; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*. UNICEF Ghana, mar, 2005, p. 1-2.

HIV e aids na África e seu impacto sobre mulheres e crianças

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional. *Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action*. USAID, Washington, D.C., 2004, p. 10; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, Fundo de População das Nações Unidas e Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher. *Women and HIV/Aids: Confronting the crisis*. UNAIDS, UNFPA e UNIFEM, Genebra e Nova Iorque, 2004, p. 2; Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids e Organização Mundial da Saúde. *AIDS Epidemic Update*. UNAIDS e WHO, Genebra, dez, 2006, p. 1.

Parceria pela Saúde Materna, Neonatal & Infantil
Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, <www.who.int/pmnch/en>, acessado em 24 de agosto de 2007.

CAPÍTULO 3

- 1 Declaration of Alma-Ata, articles 6-8, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept. 1978, <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, acessado em 15 de outubro de 2007.
- 2 Adaptado de Claeson, Mariam et al. Health, Nutrition and Population, Capítulo 18. *A Fontebok for Poverty Reduction Strategies*, v. 2, Editado por Jeni Klugman, World Bank, Washington, D.C., 2002, p. 211-212.
- 3 Zakus, J. David L. e Catherine L. Lysack. Revisiting Community Participation. *Health Policy and Planning*, v. 13, n. 1, Oxford University Press, Nova Iorque, 1998, p. 1-12.
- 4 Gryboski, Kristina, et al. Working with the Community for Improved Health. *Health Bulletin N. 3*. Population Reference Bureau, Washington, D.C., June 2006, p. 1-3.
- 5 Lehmann, Uta, e David Sanders. *Community Health Workers: What do we know about them?* Organização Mundial da Saúde, Genebra, jan., 2007, p. 26.
- 6 Mason, John B. et al. Community Health and Nutrition Programs. Capítulo 56. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, Nova Iorque, 2006, p. 1053.
- 7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, acessado em 22 de outubro de 2007; *Comprehensive Rural Health Project*. Jamkhed, <www.jamkhed.org>, acessado em 22 de outubro de 2007; e Organização Mundial da Saúde. *Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)*, 51a. sessão do WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Cairo, 3-6 de outubro de 2004.
- 8 Wallerstein, Nina B. e Bonnie Duran. Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities. *Health Promotion Practice*, v. 7, n. 3, julho, 2006, p. 312-323.
- 9 Organização Mundial da Saúde. *What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* WHO Europe, Health Evidence Network, Copenhagen, fev., 2006, p. 5.
- 10 Rifkin, Susan B. *Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes*. Acta Tropica, v. 61, 1996, p. 88-90.
- 11 Bhattacharyya, Karabi et al. Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability. *Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II)*. United States Agency for International Development, Arlington, VA, out. 2001, p. 1-3, 20-21.

- 12 Haines, Andy et al. Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, v. 369, n. 9579, 23 de junho de 2007, p. 2121.
- 13 Bhattacharyya, Karabi et al. Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability. *Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II)*. United States Agency for International Development, Arlington, VA, out. 2001, p. 6.
- 14 Lehmann, Uta e David Sanders. *Community Health Workers: What do we know about them?* Organização Mundial da Saúde, Genebra, jan., 2007, p. 21-22.
- 15 Hensher, Martin, Max Price e Sarah Adomakoh. Referral Hospitals, Capítulo 66. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, Nova Iorque, 2006, p. 1233.
- 16 Seidel, Renata. *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions* Academy for Educational Development e Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dez. 2005.
- 17 Adventist Development and Relief Agency International. *Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province*. ADRA, Silver Spring, MD, 2006, p. 26.
- 18 Laughlin, Megan. *The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators*. World Relief, Baltimore, MD, 2004, p. 5.
- 19 Kroeger, A. et al. Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia'. *Tropical Medicine & International Health*, v. 2, n. 6, jun. 1997, p. 590, 593.
- 20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley e Alejandra Villafuerte. *Como Sera, Pues?* The NGO contribution to neonatal health in Bolivia. The CORE Group, Washington, D.C., April 2006, p. 1-26.
- 21 Perry, Henry B., David S. Shanklin e Dirk G. Schroeder. Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 21, n. 4, dez. 2003, p. 386.
- 22 England, Sarah et al. *Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries*. Department of Vaccines and Biologicals, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 2001, p. 10-11.
- 23 UN Millennium Project, Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals, United Nations Development Programme, Nova Iorque, p. 34; e Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob a solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 25, 26.
- 24 Claeson, Mariam e Ronald J. Waldman. The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 78, n. 10, 2000, p. 1238.
- 25 Wagstaff, Adam e Mariam Claeson. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*. World Bank, Washington, D.C., 2004, p. 132.
- 26 Tollman, Stephen, Jane Doherty e Jo-Ann Mulligan. General Primary Care, Capítulo 64. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press e World Bank, Nova Iorque, 2006, p. 1195.

²⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância. *UNICEF Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)*. UN Economic and Social Council, Nova Iorque, 15 Nov. 2005, p. 1-13.

²⁸ Mason, John B. *et al.* Community Health and Nutrition Programs, Capítulo 56. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison *et al.*, Oxford University Press e World Bank, Nova Iorque, 2006, p. 1056.

CAPÍTULO 3 DESTAQUES

Práticas básicas para intervenções de cuidados de saúde baseados na comunidade

Organização Mundial da Saúde. *Improving Child Health in the Community*. WHO, Genebra, 2002, p. 7-8.

Aspectos e desafios comuns das parcerias nas comunidades em relação a saúde e nutrição

Mason, John B. *et al.* Community Health and Nutrition Programs, Capítulo 56. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison, *et al.*, Oxford University Press e World Bank, Nova Iorque, 2006, p. 1054-1055.

Índia: reduzindo a subnutrição por meio de parcerias com a comunidade

UNICEF India, *Annual Report 2006*, p. 46-47.

África Oriental e Meridional: Prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança: impacto de programas de mães para mães

Baek, Carolyn *et al.* *Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa*. Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, p. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, acessado em 11 de setembro de 2007; Population Council. *Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative*.

<www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, acessado em 15 de outubro de 2007; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Children and AIDS: A stocktaking report*, Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids, UNICEF e Organização Mundial da Saúde, Nova Iorque, 2007, p. 6; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Children: The missing face of AIDS*. UNICEF, Nova Iorque, 2005, p. 7.

Foco em: Moçambique: Reduzir a mortalidade de menores de 5 anos por meio de programas baseados na comunidade

Bradbury, Kathryn e Anbrasi Edward. *Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique*. World Relief, The CORE Group e United States Agency for International Development, Washington, D.C., 2005, p. 7; Edward, Anbrasi *et al.* Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 101, n. 8, ago. 2007, p. 816-819; Tabela 1. Indicadores Básicos, Tabela 2. Nutrição, Tabela 3. Saúde e Tabela 6. Indicadores Demográficos, p. 114-117, 120-121, 122-125 e 134-137 deste relatório.

Parcerias com a comunidade para sistemas de água e saneamento nas escolas

Rashid, S. M. A. *Bangladesh: School sanitation and hygiene education – The story of its impact on one village and its school*. NGO Forum, <www.schools.watsan.net/redirect/content/download/219/1923/file/Bangladesh.doc>, acessado em 2 de novembro de 2007; *Safe Water System: A low-cost technology for safe drinking water*, March 2006. World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., p. 1-2; *Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? – Afghanistan*. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/where_afghanistan.htm>, acessado em 23 de setembro de 2007; Snel, Marielle. *The Worth of*

School Sanitation and Hygiene Education (SSHE). IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, Holanda, 2004, p. 57-64.

CAPÍTULO 4

¹ Dormstadt, Gary *et al.* *Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?*, *The Lancet*, v. 265, n. 9463, 12 March 2005, p. 977.

² Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan*. UNFPA, UNICEF, World Bank e WHO, Nova Iorque, 24 March 2007, p. 4-5, 10-11.

³ *Ibid.*, p. 5.

⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 18.

⁵ *Ibid.*, p. 24.

⁶ Seidel, Renata. *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*. Academy for Educational Development e Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dez. 2005, p. 10.

⁷ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 24.

⁸ High-Level Forum Secretariat. *High-Level Forum on the Health MDGs*. Organização Mundial da Saúde e World Bank, Genebra e Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, acessado em 16 de novembro de 2007.

⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*. UNICEF Ghana, Accra-North, mar. 2005, p. 1-2.

¹⁰ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 24-28.

¹¹ Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman. Strengthening Health Systems, Capítulo 3. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison, *et al.*, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 101.

¹² *Ibid.*, p. 90.

¹³ Perry, Henry *et al.* The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting child health in Bolivia. *Health Policy and Planning*, v. 13, n. 2, 1998, p. 140.

¹⁴ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 5.

¹⁵ *Ibid.*, p. 5, 28-30.

¹⁶ Haines, Andy *et al.* Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers. *The Lancet*, v. 369, n. 9579, 23 de junho de 2007, p. 2121.

¹⁷ Bhattacharyya, Karabi *et al.* Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability. *Basic Support for Institutionalizing Child Survival*

Project (BASIC II) for USAID, Arlington, VA, out. 2001, p. 19.

¹⁸ Organização Mundial da Saúde. *World Health Report 2005: Make every mother and child count*. WHO, Genebra, 2005, p. 21-22.

¹⁹ *Ibid.*, p. 25-30.

²⁰ Bodart, Claude, The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, v. 16, n. 1, mar. 2001, p. 74.

²¹ Organização Mundial da Saúde. *World Health Report 2005: Make every mother and child count*. WHO, Genebra, 2005, p. 33.

²² Mills, Anne, Fawzia Rasheed e Stephen Tollman. Strengthening Health Systems, Capítulo 3. *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2a. ed. Editado por Dean T. Jamison *et al.*, Oxford University Press e World Bank, Washington, D.C., p. 91.

²³ Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan*. UNFPA, UNICEF, World Bank e WHO, Nova Iorque, 24 de março de 2007, p. 4-8.

²⁴ Banco Mundial. *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*, World Bank, Genebra, 2004, p. ix.

²⁵ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 40.

²⁶ International Health Partnership: A global 'compact' for achieving the health Millennium Development Goals. Acordo assinado pelos parceiros no lançamento da International Health Partnership, Londres, 5 de setembro de 2007.

²⁷ Soeters, Robert, Christian Habineza e Peter Bob Peerenboom. Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, n. 11, nov. 2006, p. 885, 887.

²⁸ Powell-Jackson, Timothy *et al.* Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health. *The Lancet*, v. 368, n. 9541, set. 2006, p. 25.

²⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006.

³⁰ Center for Global Development. Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China. *Millions Saved: Proven successes in global health*, <www.cgdev.org> acessado em 16 de novembro de 2007; e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children: A World Fit for Children statistical review*. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 8.

³¹ Levine, Ruth. Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka. *Case Studies in Global Health: Millions saved*. Jones e Bartlett Publisher, Sudbury, MA, 2007, p. 41-48; e MOST: *The USAID Micronutrient Program, Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies*. USAID, Washington, D.C., 2004, p. 4.

³² Overseas Development Institute. *Global Health: Making partnerships work*. Briefing paper n. 15. ODI, Londres, jan. 2007, p. 1.

CAPÍTULO 4 DESTAQUES

Expansão: Nutrição adequada para mães, recém-nascidos e crianças

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project. *Basics II Country Report*: Benin, BASICS II. United States Agency for International Development, Arlington, VA, 2004, p. 7-15; Collins, Steve *et al.* Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*, v. 27, n. 3, 2006, p. S49-S51; Collins, Steve *et al.* Management of severe acute malnutrition in children', *The Lancet*, v. 368, n. 9551, 2 Dez. 2006, p. 1992; Banco Mundial. *Repositioning Nutrition as Central to Development*.

A strategy for large-scale action. World Bank, Washington, D.C., 2006, p. 10-11; e Organização Mundial da Saúde, Programa Mundial de Alimentos, United Nations System Standing Committee on Nutrition e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition*. WHO, WFP, SCN e UNICEF, Genebra, Rome, Nova Iorque, maio 2007, p. 2.

'Elaboração de Orçamento Paralelo para Gargalos'

Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 25.

Expansão: Água limpa, condições adequadas de saneamento e melhores práticas de higiene

Black, Robert E., Saul S. Morris e Jennifer Bryce. Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet*, v. 361, 28 de junho de 2003, p. 2227; Curtis, Val, e Sandy Cairncross. Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 3, n. 5, maio, 2003, p. 275; Favin, Michael. *Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI*: The Peru and Nicaragua experience, Activity Report 143. Environmental Health Project, Washington, D.C., Oct. 2004, p. xi; IRC International Water and Sanitation Centre e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools, final report from Oxford Roundtable, 24-26 Jan. 2005*. UNICEF e IRC, Nova Iorque, p. 32; Lane, Jon. Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas, case study from *Reducing Poverty, Sustaining Growth*. What works, what doesn't, and why – A global exchange for scaling up success. Documento apresentado na conferência Scaling Up Poverty Reduction em Xangai, 25-27 de maio de 2004, World Bank Group, 2004, p. 1-10; Organização Panamericana de Saúde. Rotavirus Update. *Immunization Newsletter*, v. 27, n. 3, jun. 2005, p. 1-2; Slaymaker, Tom, e Karin Christiansen. *Community-Based Approaches and Service Delivery*: Issues and options in difficult environments and partnerships. Overseas Development Institute, Londres, fev. 2005, p. 26; Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children*: A report card on water and sanitation, Number 5. UNICEF, Nova Iorque, set. 2006, p. 3, 22, 30; Programa de Água e Saneamento. *Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An approach that works*. WSP, New Delhi, fev. 2007, p. 4, 6-9.

África: Necessidade urgente de enfrentar a crise de agentes de saúde

The Health Workforce in Africa, Challenges and Prospects, A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. Set. 2006, p. 3; UN Millennium Project Task Force on Child Health and Maternal Health. *Who's Got the Power?* Transforming health systems for women and children. Earthscan, Londres, 2005, p. 77; Organização Mundial da Saúde, *Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments*. WHO, Genebra, 2005, p. 6-13, 52- 77, 119-122; Organização Mundial da Saúde,

Working together for health. *The World Health Report 2006*. WHO, Genebra, 2006.

África ao sul do Saara: Estudo de caso de investimento para a sobrevivência infantil e outros Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à saúde

Fundo das Nações Unidas para a Infância, Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde. *A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa*. Documento provisório elaborado sob solicitação da União Africana, 27 de setembro de 2006, p. 5-6, 38-43.

Foco em Botsuana: Expandindo a prevenção e o tratamento de HIV por meio de parcerias com as comunidades

Botswana Progress Report. *A World Fit for Children 2007*. Governo de Botsuana, jul. 2007, p. 11-12, 15, 18; Kak, Lily *et al.* Prevention of Mother-to-Child transmission of HIV/AIDS Programmes, Capítulo 7. *Opportunities for Africa's Newborns, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health*. Cape Town, 2006, p. 113-127; e Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children*: A statistical review, Number 6. UNICEF, Nova Iorque, Dez. 2007, p. 30, 34, 60.

Fortalecendo responsabilização e governança no provimento de serviços de saúde

Banco Mundial. *World Development Report 2004: Making services work for poor people*. World Bank, Washington, D.C., 2003, p. 133-156.

Ruanda: Financiamento baseado em desempenho

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa e Agnes Soucat. *What it Takes to Scale up for Better Health*: The experience of Rwanda 2004-2007. Documento de referência para 'Innovations in service delivery', 2007.

Foco em Brasil: Criando uma rede nacional de sistemas de saúde baseados na comunidade

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Situação da Infância Brasileira 2006*: O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento, UNICEF, Brasília, 2005, p. 10-11.

Uma nova forma de trabalho conjunto para instituições multilaterais

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Informal Meeting of Global Health Leaders*: Final summary. UNICEF, Nova Iorque, jul. 2007.

CAPÍTULO 5

- 1 Projeto das Nações Unidas para o Milênio. *Investing in Development*: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. Earthscan, Londres, 2005, p. 1-2.
- 2 Fundo das Nações Unidas para a Infância. *The State of the World's Children 2005*: Childhood under threat. UNICEF, Nova Iorque, 2004, p. 57-58; UNICEF. *Children Affected by Armed Conflict*: UNICEF actions. Maio 2002, p. 15; e UNICEF. *Outlook Special Edition*: Crisis in Middle East. Ago. 2006, p. 2.
- 3 Extraído do banco de dados do Departamento das Nações Unidas para Assuntos Econômicos e Sociais, e da Divisão de População. *World Population Prospects*: The 2006 revision and World Urbanization Prospects: The 2005 revision, <<http://esa.un.org/unpp>>, acessado em 30 de setembro de 2007.
- 4 Organização Mundial da Saúde. *World Health Report 2006*: Working together for health. WHO, Genebra, 2006, p. 119; Sines, Erin, Anne Tinker e Julia Ruben. The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives. *Policy Perspectives on Newborn Health*. Save the Children and Population Reference Bureau, Washington, D.C., March 2006, p. 2-3.
- 5 Juma, Calestous e Lee Yee-Cheong. Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation. *The Lancet*, v. 365, n. 9464, 19 de março de 2005, p. 1105-1106; Acharya, Tara,

Abdallah S. Daar e Peter A. Singer. Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals. *Nature Biotechnology*, v. 21, n. 12, Dez. 2003, p. 1434-1436.

- 6 Departamento de Tecnologias Essenciais à Saúde, Organização Mundial da Saúde. *Strategy for 2004-2007: eHealth for health-care delivery*. WHO, Genebra, 2004, p. 2.
- 7 Projeto das Nações Unidas para o Milênio. *Investing in Development*: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals. Earthscan, Londres, 2005, p. 240; Nações Unidas. *The Millennium Development Goals Report 2007*. UN, Nova Iorque, jun. 2007, p. 28.
- 8 Nações Unidas. Report on the World Social Situation 2005: The inequality predicament. UN, Nova Iorque, 2005, p. 114.
- 9 Nações Unidas. *The Millennium Development Goals Report 2007*. UN, Nova Iorque, jun. 2007, p. 28.
- 10 Gautum, Kul C. *Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs*. Apresentado à BioVision 2007 Pre-Conference on Diseases of Poverty, Lyon, France, 12 de maio de 2007.
- 11 Nações Unidas. *The Millennium Development Goals Report 2007*. UN, Nova Iorque, jun. 2007, p. 29.
- 12 Martines, Jose *et al.* Neonatal Survival: A call for action. *The Lancet*, v. 365, n. 9465, 26 de março de 2005, p. 1193-1194.
- 13 Buse, Kent e Andrew M. Harmer. Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*, v. 64, n. 2, jan. 2007, p. 261.

CAPÍTULO 5 DESTAQUES

Fortalecendo a coleta e o acompanhamento de dados para decisões na área da saúde pública

Fundo das Nações Unidas para a Infância. *Progress for Children*: A World Fit for Children statistical review, Number 6. UNICEF, Nova Iorque, dez. 2007, p. 68; Health Metrics Network. *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2a. ed. WHO, Genebra, 2007, p. 5, 17, 60.

TABELAS ESTATÍSTICAS

Estatísticas sociais e econômicas sobre países e territórios do mundo, com ênfase particular em dados relativos ao bem-estar da criança.

Nota geral sobre os dados	página 110
Explicações dos símbolos	página 112
Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	página 113
Resumo de indicadores	página 148
Medindo o desenvolvimento humano:	
Uma introdução à Tabela 10	página 149

TABELAS	
1 Indicadores Básicos	página 114
2 Nutrição	página 118
3 Saúde	página 122
4 HIV/aids	página 126
5 Educação.....	página 130
6 Indicadores demográficos.....	página 134
7 Indicadores econômicos	página 138
8 Mulheres	página 142
9 Proteção à criança	página 146
10 Taxas de progresso	página 150

Nota geral sobre os dados

Os dados apresentados nas tabelas estatísticas a seguir baseiam-se em dados consistentes em termos estatísticos e comparáveis internacionalmente, e estão acompanhados por definições, fontes e explicações dos símbolos. Sempre que possível, foram utilizados dados da agência das Nações Unidas responsável, como no caso dos indicadores econômicos e demográficos. Nos lugares onde não se dispõe de tais estimativas internacionalmente padronizadas, as tabelas baseiam-se em outras fontes, principalmente em dados recebidos do escritório de campo do UNICEF mais conveniente. Informações mais detalhadas sobre metodologia e fontes dos dados apresentados estão disponíveis no site www.childinfo.org.

Vários indicadores, tais como dados sobre expectativa de vida, taxas totais de fertilidade, taxas brutas de natalidade e mortalidade, fazem parte do trabalho regular sobre estimativas e projeções realizado pela Divisão de População das Nações Unidas. Essas e outras estimativas produzidas internacionalmente são periodicamente revisadas, o que explica o fato de alguns desses dados diferirem daqueles encontrados em publicações anteriores do UNICEF. Este relatório inclui as estimativas e projeções mais recentes extraídas de *World Population Prospects 2006*.

A qualidade dos dados pode ser afetada de modo adverso para os países que sofreram recentemente desastres naturais ou provocados pelo homem. Essa probabilidade é maior especialmente nos países onde a infra-estrutura básica foi fragmentada ou onde houve migrações importantes.

Estimativas sobre mortalidade

A cada ano, sempre que possível, o UNICEF inclui no relatório *Situação Mundial da Infância* estimativas sobre mortalidade, tais como taxa de mortalidade de bebês, taxa de mortalidade e mortes de menores de 5 anos, para no mínimo dois anos de referência. Esses valores representam as melhores estimativas disponíveis até o momento em que o relatório foi produzido, e estão baseados no trabalho do Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil, que inclui UNICEF, Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial e Divisão de População da ONU. Esse grupo atualiza essas estimativas anualmente, realizando uma revisão detalhada de todos os novos dados disponíveis. Algumas vezes, essa revisão resulta em ajustes nas estimativas anteriormente relatadas. Portanto, as estimativas publicadas em edições consecutivas do relatório *Situação Mundial da Infância*

talvez não sejam comparáveis, e não devem ser utilizadas para analisar tendências de mortalidade ao longo do tempo. É importante observar que estimativas comparáveis sobre mortalidade de menores de 5 anos para o período de 1970, 1990 e o ano mais recente estão disponíveis na Tabela 10. Além disso, a série temporal completa para todos os países pode ser encontrada em www.childinfo.org. Essa série está baseada nas estimativas mais recentes produzidas pelo Grupo Interagências para Estimativas sobre Mortalidade Infantil.

Este relatório apresenta ainda estimativas atualizadas sobre mortalidade materna para 2005. Essas estimativas – baseadas no trabalho do Grupo Interagências formado por OMS/UNICEF/ Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)/Banco Mundial – foram publicadas em conjunto pelo grupo de *Mortalidade Materna em 2005 (Maternal Mortality in 2005)*, OMS, Genebra, 2007. Essas estimativas, baseadas em modelos, utilizam uma abordagem dupla para ajustar os dados, levando em consideração falhas frequentes nos relatos e erros de classificação de mortes maternas.

Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS)

Por meio das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), há mais de uma década, o UNICEF vem apoiando os países na coleta de dados consistentes em termos estatísticos e comparáveis internacionalmente. Desde 1995, foram realizadas aproximadamente 200 pesquisas em cerca de 100 países; e a última rodada das pesquisas MICS foi realizada em mais de 50 países em 2005 e 2006, permitindo uma avaliação nova e mais abrangente da situação da criança e da mulher em todos os lugares do mundo. As pesquisas MICS apoiadas pelo UNICEF e as Pesquisas de Demografia e Saúde situam-se entre as mais abrangentes pesquisas de dados para o acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e podem ser utilizadas para relatar 21 dos 53 indicadores dos ODM. Esses dados também são utilizados para acompanhar outros compromissos internacionais, tais como o Plano de Ação de Um mundo para as crianças e os objetivos globais sobre aids e malária. Foram incorporados às Tabelas Estatísticas deste relatório e também foram utilizados como informações para as análises aqui apresentadas. Ver outras informações sobre esses dados no site www.childinfo.org.

Revisões

Diversas Tabelas Estatísticas foram revisadas este ano.

Tabela 2. Nutrição: Neste relatório, a taxa de cobertura da suplementação de vitamina A inclui crianças entre 6 e 59 meses de idade que receberam duas doses altas de suplementação de vitamina A, além do indicador anteriormente relatado para crianças entre 6 e 59 meses que receberam no mínimo uma dose nos últimos seis meses. A cobertura total é definida pelo recebimento de duas doses altas de suplementação de vitamina A no ano-calendário anterior.

Tabela 3. Saúde: Este ano ocorreram duas mudanças importantes nos indicadores de saúde infantil.

Imunização – Uma nova metodologia foi desenvolvida pela OMS e pelo UNICEF para estimar a proteção ao nascer (PAN) contra tétano e, portanto, os números apresentados neste relatório não são comparáveis às estimativas apresentadas nas edições anteriores.

Essa nova metodologia acompanha grupos de mulheres do nascimento à vida adulta, utilizando as estimativas de OMS/UNICEF sobre a cobertura oferecida por três doses da vacina contra difteria, coqueluche e tétano (DPT3), assim como estimativas relatadas com base em pesquisas sobre a proporção de gestantes imunizadas rotineiramente contra toxóide tetânico (TT). A seguir, são feitos ajustes levando em consideração a proporção de mulheres que são alcançadas com TT em atividades suplementares de imunização. Os dados relatados também podem ser ajustados levando em consideração os padrões de cobertura em anos anteriores e/ou resultados disponíveis por meio de pesquisas. A seguir, a duração da proteção é calculada, com base em estimativas divulgadas pela OMS sobre a duração da proteção fornecida por todas as doses recebidas até então. O resultado final é a probabilidade de uma criança nascida em determinado ano estar protegida contra tétano como resultado da imunização da mãe.

Utilização de antibióticos para suspeita de pneumonia – Os dados atuais incluem estimativas sobre a porcentagem de crianças menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos, além das estimativas anteriormente relatadas sobre crianças com suspeita de pneumonia levadas a provedores de serviços de saúde adequados. As Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, recentemente implementadas, fornecem uma profusão de dados novos sobre a utilização de antibióticos na pneumonia infantil.

Tabela 4. HIV e aids: Os dados sobre prevalência estimada de HIV entre adultos e o número estimado de indivíduos que vivem com HIV baseiam-se em estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaid) e da OMS, geradas em 2005. Essas estimativas devem ser atualizadas ao final de 2007, mas os novos valores não estavam disponíveis no momento da publicação deste relatório.

A vigilância global de HIV/aids e das infecções sexualmente transmissíveis constitui um esforço conjunto de OMS e Unaid. Em países nos quais a epidemia está generalizada, estimativas nacionais sobre prevalência de HIV baseiam-se em dados gerados por sistemas de vigilância que focalizam gestantes que freqüentam clínicas selecionadas de atendimento pré-natal. Mais recentemente, um número crescente de países vem implementando testes de HIV como parte de suas pesquisas populacionais representativas em termos nacionais. Sempre que disponíveis, os resultados dessa pesquisa populacional são incluídos nas estimativas sobre a prevalência de HIV entre adultos em determinado país. Nos países com baixos níveis de epidemia, ou nos quais a epidemia está concentrada, as estimativas nacionais sobre prevalência de HIV baseiam-se primariamente em dados coletados por meio de sistemas de vigilância da população de alto risco – trabalhadores do sexo, homens que praticam sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis – e em estimativas sobre a dimensão das populações de alto e de baixo risco. Ver informações mais detalhadas sobre essas estimativas no *site* www.epidem.org.

Tabela 5. Educação: A taxa de alfabetização de adultos foi substituída pela taxa de alfabetização de jovens (entre 15 e 24 anos de idade), desagregada por gênero.

Tabela 8. Mulheres: Este ano ocorreram três mudanças importantes nessa tabela:

Matrículas/freqüência de mulheres no ensino primário e secundário – Anteriormente, essa tabela relatava a Taxa Bruta de Matrícula (mulheres como porcentagem dos homens) tanto para o ensino primário quanto para o ensino secundário. Este ano, esses números foram substituídos pela Taxa Líquida de Freqüência (mulheres como porcentagem dos homens) para os dois níveis educacionais, e esses dados são apresentados lado a lado com a Taxa Líquida de Matrícula (mulheres como porcentagem dos homens) para os dois níveis. As Taxas Líquidas de Matrícula/Freqüência refletem melhor os níveis de participação escolar no ensino primário e secundário.

Nota geral sobre os dados (continuação)

Partos institucionais – Este ano, além de apresentar a proporção de partos assistidos por agentes de saúde qualificados, a tabela apresenta a proporção de partos realizados em centros de saúde.

Mortalidade materna – Como citado anteriormente, as estimativas atualizadas sobre mortalidade materna para 2005, apresentadas neste relatório, baseiam-se no trabalho do Grupo Intergências composto por OMS/UNICEF/UNFPA/Banco Mundial, e estão publicadas em *Maternal Mortality in 2005*, OMS, 2007. Essas estimativas sobre mortalidade materna são ajustadas levando em consideração falhas nos relatos e erros na classificação de mortes maternas. Ver informações mais detalhadas no site www.childinfo.org.

Tabela 9. Proteção Infantil: Três novos indicadores foram incluídos nesta tabela, que se baseia amplamente na profusão de novos dados sobre proteção infantil recentemente disponíveis por meio de pesquisas MICS, DHS e outras pesquisas no nível nacional.

Atitudes em relação à violência doméstica – Este indicador é definido como a porcentagem de meninas e mulheres entre 15 e 49 anos de idade que consideram justificável um marido bater em sua mulher por pelo menos uma das razões especificadas. As mulheres foram solicitadas a responder se é justificável que um marido bata em sua mulher sob uma série de circunstâncias – por exemplo, se sua mulher queima a refeição, discute com ele, sai de casa

sem permissão, negligencia o cuidado com as crianças e nega-se a manter relações sexuais.

Deficiências infantis – Este indicador é definido como a porcentagem de crianças entre 2 e 9 anos de idade com deram respostas positivas para no mínimo uma das questões relacionadas a transtornos – deficiências cognitivas, motoras, visuais e auditivas ou convulsões. Questões relacionadas a deficiências são direcionadas aos pais ou aos cuidadores da criança, que são solicitados a fornecer uma avaliação pessoal do desenvolvimento físico, mental e funcional dessa criança. Os dados sobre prevalência de deficiências referem-se à porcentagem de crianças que deram resposta positiva para essas questões. Assim sendo, esses dados devem ser considerados uma indicação da porcentagem de crianças com probabilidade de apresentar deficiências, e que podem necessitar de outras avaliações médicas e de desenvolvimento.

Disciplina infantil – Este indicador é definido como a porcentagem de crianças entre 2 e 14 anos de idade que são submetidas a qualquer punição psicológica ou física. Punição psicológica inclui gritar e berrar com a criança e dirigir-lhe palavras ofensivas. Punição física ou corporal inclui ações com intenção de causar dor ou desconforto físico, sem intenção de machucar. Punição física leve inclui chacoalhar a criança e dar-lhe um tapa na mão, no braço, na perna ou no bumbum. Punição física grave inclui bater no rosto, na cabeça ou nas orelhas da criança, ou espancá-la com força e repetidamente.

Explicação dos símbolos

Uma vez que o objetivo destas Tabelas Estatísticas é fornecer um quadro amplo da situação da criança e da mulher em todas as partes do mundo, a inclusão de dados específicos e de notas de rodapé foi considerada inadequada para esta seção. Os símbolos apresentados a seguir são comuns a todas as tabelas; símbolos específicos para uma tabela em particular estão incluídos nas notas de rodapé da própria tabela:

- Indica dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais ou globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos no cálculo de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- § Inclui territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

Classificação por mortalidade de menores de 5 anos

A lista a seguir apresenta os países e territórios classificados em ordem decrescente de sua taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) estimada para 2006, um indicador crítico do bem-estar da criança. Nas tabelas a seguir, os países e territórios são apresentados em ordem alfabética.

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2006)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2006)			Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (2006)		
	Valor	Classificação		Valor	Classificação		Valor	Classificação
Serra Leoa	270	1	Turcomenistão	51	67	Santa Lúcia	14	130
Angola	260	2	Iraque	46	68	Síria	14	130
Afganistão	257	3	Mongólia	43	69	Bielo-Rússia	13	135
Níger	253	4	Uzbequistão	43	69	Seichelas	13	135
Libéria	235	5	Guatemala	41	71	Sri Lanka	13	135
Mali	217	6	Quirguistão	41	71	Barbados	12	138
Chade	209	7	Micronésia	41	71	Costa Rica	12	138
Guiné Equatorial	206	8	Suriname	39	74	Malásia	12	138
Rep. Dem. do Congo	205	9	Argélia	38	75	Omã	12	138
Burquina Fasso	204	10	Trinidad e Tobago	38	75	Uruguai	12	138
Guiné-Bissau	200	11	Tuvalu	38	75	Antígua e Barbuda	11	143
Nigéria	191	12	Marrocos	37	78	Kuait	11	143
Zâmbia	182	13	Nicarágua	36	79	Palau	11	143
Burundi	181	14	Vanuatu	36	79	Barein	10	146
Rep. Centro-Africana	175	15	Egito	35	81	Montenegro	10	146
Suazilândia	164	16	México	35	81	Brunei	9	148
Guiné	161	17	Cabo Verde	34	83	Chile	9	148
Ruanda	160	18	Indonésia	34	83	Letônia	9	148
Camarões	149	19	Irã	34	83	Lituânia	8	151
Benin	148	20	Geórgia	32	86	Sérvia	8	151
Somália	145	21	Filipinas	32	86	Eslováquia	8	151
Moçambique	138	22	Jamaica	31	88	Tailândia	8	151
Uganda	134	23	Líbano	30	89	Emirados Árabes Unidos	8	151
Lesoto	132	24	Maldivas	30	89	Estados Unidos	8	151
Djibuti	130	25	Nauru	30	89	Cuba	7	157
Costa do Marfim	127	26	República Dominicana	29	92	Estônia	7	157
Congo	126	27	Cazaquistão	29	92	Hungria	7	157
Mauritânia	125	28	Samoa	28	94	Polônia	7	157
Botsuana	124	29	Honduras	27	95	Austrália	6	161
Etiópia	123	30	Turquia	26	96	Canadá	6	161
Quênia	121	31	El Salvador	25	97	Croácia	6	161
Gana	120	32	Jordânia	25	97	Malta	6	161
Malauí	120	32	Peru	25	97	Nova Zelândia	6	161
Tanzânia	118	34	Arábia Saudita	25	97	Reino Unido	6	161
Senegal	116	35	Armênia	24	101	Áustria	5	167
Madagascar	115	36	China	24	101	Dinamarca	5	167
Gâmbia	113	37	Equador	24	101	Irlanda	5	167
Togo	108	38	Tonga	24	101	Israel	5	167
Zimbábue	105	39	Ucrânia	24	101	Coréia do Sul	5	167
Mianmá	104	40	Panamá	23	106	Holanda	5	167
Iêmen	100	41	Tunísia	23	106	Portugal	5	167
Paquistão	97	42	Territórios Palestinos	22	108	Suíça	5	167
São Tomé e Príncipe	96	43	Paraguai	22	108	Bélgica	4	175
Gabão	91	44	Colômbia	21	110	Chipre	4	175
Sudão	89	45	Catar	21	110	República Checa	4	175
Azerbaijão	88	46	Venezuela	21	110	Finlândia	4	175
Camboja	82	47	Brasil	20	113	França	4	175
Haiti	80	48	Granada	20	113	Alemanha	4	175
Índia	76	49	São Vicente e Granadinas	20	113	Grécia	4	175
Laos	75	50	Ilhas Cook	19	116	Itália	4	175
Eritreia	74	51	Moldova	19	116	Japão	4	175
Papua Nova Guiné	73	52	São Cristóvão e Névis	19	116	Luxemburgo	4	175
Ilhas Salomão	73	52	Fiji	18	119	Mônaco	4	175
Butão	70	54	Líbia	18	119	Noruega	4	175
Bangladesh	69	55	Romênia	18	119	Eslovênia	4	175
África do Sul	69	55	Albânia	17	122	Espanha	4	175
Comores	68	57	A. R. I. da Macedônia	17	122	Andorra	3	189
Tadjiquistão	68	57	Vietnã	17	122	Islândia	3	189
Quiribati	64	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
Guiana	62	60	Belize	16	125	San Marino	3	189
Bolívia	61	61	Federação Russa	16	125	Cingapura	3	189
Namíbia	61	61	Bósnia e Herzegovina	15	128	Suécia	3	189
Nepal	59	63	Dominica	15	128	Santa Sé	-	-
Ilhas Marshall	56	64	Bahamas	14	130	Niue	-	-
Coréia do Norte	55	65	Bulgária	14	130			
Timor Leste	55	65	Maurício	14	130			

TABELA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2000	População total (milhares) 2006	Número anual de nascimentos (milhares) 2006	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2006	RNB per capita (US\$) 2006	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2006	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2005*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000-2006*	Distribuição de renda familiar (%) 1994-2004*	
		1990	2006	1990	2006									mais baixos 40%	mais altos 20%
Afganistão	3	260	257	168	165	60	26088	1272	327	250x	43	28	53s	-	-
A.R.I. da Macedônia	122	38	17	33	15	9	2036	23	0	3060	74	96	92	17	46
África do Sul	55	60	69	45	56	21	48282	1102	76	5390	50	82x	87	10	62
Albânia	122	45	17	37	15	12	3172	52	1	2960	76	99	94	21	40
Alemanha	175	9	4	7	4	3	82641	683	3	36620	79	-	96	22	37
Andorra	189	6	3	5	3	4	74	0	0	d	-	-	80	-	-
Angola	2	260	260	154	154	54	16557	792	206	1980	42	67	58s	-	-
Antígua e Barbuda	143	-	11	-	10	8	84	0	0	11210	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	97	44	25	35	21	12	24175	612	15	12510x	72	83	78	-	-
Argélia	75	69	38	54	33	20	33351	694	26	3030	72	70	97	19	43
Argentina	125	29	16	25	14	10	39134	690	11	5150	75	97	99	11	55
Armênia	101	56	24	47	21	17	3010	36	1	1930	72	99	99s	21	43
Austrália	161	10	6	8	5	3	20530	255	2	35990	81	-	97	18x	41x
Áustria	167	10	5	8	4	3	8327	77	0	39590	80	-	97	22	38
Azerbaijão	46	105	88	84	73	36	8406	129	11	1850	67	99x	85	19	45
Bahamas	130	29	14	22	13	10	327	6	0	14920x	73	-	91	-	-
Bangladesh	55	149	69	100	52	36	155991	4013	277	480	63	48	81s	21	43
Barbados	138	17	12	15	11	8	293	3	0	d	77	-	98	-	-
Barein	146	19	10	15	9	11	739	13	0	14370x	75	87	97	-	-
Bélgica	175	10	4	8	4	3	10430	110	0	38600	79	-	99	21	41
Belize	125	43	16	35	14	18	282	7	0	3650	76	70x	95	-	-
Benin	20	185	148	111	88	38	8760	358	53	540	56	35	54s	19	44
Bielo-Rússia	135	24	13	20	12	5	9742	91	1	3380	69	100x	89	22	38
Bolívia	61	125	61	89	50	27	9354	264	16	1100	65	87	78s	7	63
Bósnia e Herzegovina	128	22	15	18	13	11	3926	35	1	2980	75	97	91s	24	36
Botsuana	29	58	124	45	90	40	1858	47	6	5900	49	81	85	7x	70x
Brasil	113	57	20	48	19	15	189323	3720	74	4730	72	89	95	9	61
Brunei	148	11	9	10	8	4	382	8	0	24100x	77	93	93	-	-
Bulgária	130	18	14	14	12	8	7693	69	1	3990	73	98	93	22	38
Burquina Fasso	10	206	204	123	122	36	14359	641	131	460	52	24	45	18	47
Burundi	14	190	181	114	109	41	8173	381	69	100	49	59	71s	15	48
Butão	54	166	70	107	63	38	649	12	1	1410	65	-	70s	-	-
Cabo Verde	83	60	34	45	25	10	519	15	1	2130	71	81	90	-	-
Camarões	19	139	149	85	87	40	18175	649	97	1080	50	68	84s	15	51
Camboja	47	116	82	85	65	40	14197	377	31	480	59	74	75s	17	50
Canadá	161	8	6	7	5	4	32577	338	2	36170	80	-	100	20	40
Catar	110	26	21	21	18	5	821	13	0	12000x	75	89	96	-	-
Cazaquistão	92	60	29	51	26	32	15314	289	8	3790	66	100x	98s	19	41
Chade	7	201	209	120	124	45	10468	482	101	480	50	26	36s	-	-
Chile	148	21	9	18	8	6	16465	249	2	6980	78	96	90	11	60
China	101	45	24	36	20	21	1320864	17309	415	2010	73	91	99	13	52
Chipre	175	12	4	11	3	4	846	10	0	18430x	79	97	99	-	-
Cingapura	189	9	3	7	2	1	4382	37	0	29320	80	89x	-	14	49
Colômbia	110	35	21	26	17	14	45558	884	19	2740	73	93	87	9	63
Comores	57	120	68	88	51	29	818	28	2	660	65	-	72	-	-
Congo	27	103	126	67	79	32	3689	132	17	950x	54	85	86s	-	-
Coreia do Norte	65	55	55	42	42	22	23708	321	18	a	67	-	-	-	-
Coreia do Sul	167	9	5	8	5	3	48050	455	2	17690	78	-	100	21	37
Costa do Marfim	26	153	127	105	90	65	18914	684	87	870	48	49	62s	14	51
Costa Rica	138	18	12	16	11	7	4399	80	1	4980	79	95	92	12	54
Croácia	161	12	6	10	5	5	4556	41	0	9330	76	98	87	21	40
Cuba	157	13	7	11	5	4	11267	121	1	1170x	78	100	97	-	-
Dinamarca	167	9	5	7	4	4	5430	62	0	51700	78	-	95	23	36
Djibuti	25	175	130	116	86	38	819	24	3	1060	54	-	79s	-	-
Dominica	128	17	15	15	13	7	68	0	0	3960	-	-	84	-	-
Egito	81	91	35	67	29	21	74166	1828	64	1350	71	71	94	21	44
El Salvador	97	60	25	47	22	16	6762	159	4	2540	72	81	93	10	56
Emirados Árabes Unidos	151	15	8	13	8	5	4248	69	1	23950x	78	89	71	-	-
Equador	101	57	24	43	21	16	13202	285	7	2840	75	91	98	11	58
Eritreia	51	147	74	88	48	25	4692	186	14	200	57	-	67s	-	-
Eslováquia	151	14	8	12	7	5	5388	53	0	9870	74	-	92	24	35
Eslovênia	175	10	4	8	3	4	2001	18	0	18890	78	100	98	23	36
Espanha	175	9	4	7	4	3	43887	468	2	27570	81	97x	99	19	42
Estados Unidos	151	12	8	10	6	5	302841	4248	34	44970	78	-	92	16	46

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano) 2000	População total (milhares) 2006	Número anual de nascimentos (milhares) 2006	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares)	RNB per capita (US\$) 2006	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2006	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2005*	Razão líquida de matricula/ frequência na escola primária (%) 2000-2006*	Distribuição de renda familiar (%) 1994-2004*	
		1990	2006	1990	2006									mais baixos 40%	mais altos 20%
Estônia	157	16	7	12	5	6	1340	14	0	11410	71	100	95	18	43
Etiópia	30	204	123	122	77	51	81021	3159	389	180	52	36	45s	22	39
Federação Russa	125	27	16	23	14	9	143221	1506	24	5780	65	99	92	17	47
Fiji	119	22	18	19	16	9	833	18	0	3300	69	-	96	-	-
Filipinas	86	62	32	41	24	15	86264	2295	73	1420	71	93	94	15	51
Finlândia	175	7	4	6	3	2	5261	58	0	40650	79	-	98	24	37
França	175	9	4	7	4	3	61330	763	3	36550	80	-	99	20	40
Gabão	44	92	91	60	60	31	1311	34	3	5000	56	84	94s	-	-
Gâmbia	37	153	113	103	84	46	1663	60	7	310	59	-	61s	13	53
Gana	32	120	120	76	76	27	23008	700	84	520	59	58	75s	16	47
Geórgia	86	46	32	39	28	25	4433	48	2	1560	71	-	93	16	46
Granada	113	37	20	30	16	13	106	2	0	4420	68	-	84	-	-
Grécia	175	11	4	9	4	4	11123	103	0	21690	79	96	99	19	41
Guatemala	71	82	41	60	31	19	13029	445	18	2640	70	69	94	10	59
Guiana	60	88	62	64	46	25	739	13	1	1130	66	-	96s	14	50
Guiné	17	235	161	139	98	48	9181	374	60	410	55	30	51s	18	46
Guiné-Bissau	11	240	200	142	119	48	1646	82	16	190	46	-	54s	14x	53x
Guiné Equatorial	8	170	206	103	124	40	496	19	4	8250	51	87	81	-	-
Haiti	48	152	80	105	60	34	9446	269	22	480	60	-	50s	9	63
Holanda	167	9	5	7	4	4	16379	188	1	42670	79	-	99	21	39
Honduras	95	58	27	45	23	18	6969	199	5	1200	70	80	79s	11	58
Hungria	157	17	7	15	6	6	10058	93	1	10950	73	-	89	23	37
Iêmen	41	139	100	98	75	37	21732	839	84	760	62	54	75	20	41
Ilhas Cook	116	32	19	26	16	12	14	0	0	-	-	-	77	-	-
Ilhas Marshall	64	92	56	63	50	26	58	0	0	3000	-	-	90	-	-
Ilhas Salomão	52	121	73	86	55	12	484	15	1	680	63	-	63	-	-
Índia	49	115	76	82	57	43	1151751	27195	2067	820	64	61	84s	19	45
Indonésia	83	91	34	60	26	18	228864	4427	151	1420	70	90	96	20	43
Irã	83	72	34	54	30	22	70270	1407	48	3000	71	82	95	15	50
Iraque	68	53	46	42	37	63	28506	937	43	2170x	58	74	88	-	-
Irlanda	167	10	5	8	4	4	4221	66	0	45580	79	-	96	20	42
Islândia	189	7	3	5	2	2	298	4	0	50580	82	-	99	-	-
Israel	167	12	5	10	4	4	6810	137	1	18580x	80	-	97	16	45
Itália	175	9	4	8	4	3	58779	544	2	32020	80	98	99	18	42
Jamaica	88	33	31	28	26	10	2699	55	2	3480	72	80	97s	14	52
Japão	175	6	4	5	3	2	127953	1087	4	38410	82	-	100	25x	36x
Jordânia	97	40	25	33	21	17	5729	152	4	2660	72	91	99s	18	46
Kuait	143	16	11	14	9	6	2779	50	1	30630x	77	93	87	-	-
Laos	50	163	75	120	59	35	5759	156	12	500	64	69	84	20	43
Lesoto	24	101	132	81	102	28	1995	59	8	1030	42	82	87	6	66
Letônia	148	18	9	14	8	7	2289	21	0	8100	72	100	88	18	45
Líbano	89	37	30	32	26	20	4055	74	2	5490	72	-	92	-	-
Libéria	5	235	235	157	157	66	3579	184	43	140	45	52	66	-	-
Líbia	119	41	18	35	17	11	6039	144	3	7380	74	84	-	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	3	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituânia	151	13	8	10	7	5	3408	30	0	7870	73	100	89	18	43
Luxemburgo	175	10	4	8	4	4	461	5	0	76040	79	-	95	21	39
Madagascar	36	168	115	103	72	33	19159	714	82	280	59	59	76s	13	54
Malásia	138	22	12	16	10	5	26114	556	7	5490	74	89	95	13	54
Malauí	32	221	120	131	76	40	13571	566	68	170	47	64x	87s	18	47
Maldivas	89	111	30	78	26	37	300	7	0	2680	68	96	79	-	-
Mali	6	250	217	140	119	55	11968	579	126	440	54	24	51	16	47
Malta	161	11	6	10	5	5	405	4	0	13610x	79	88x	86	-	-
Marrocos	78	89	37	69	34	21	30853	635	23	1900	71	52	86	17	47
Maurício	130	23	14	21	13	12	1252	19	0	5450	73	84	95	-	-
Mauritânia	28	133	125	85	78	70	3044	102	13	740	64	51	72	17	46
México	81	53	35	42	29	15	105342	2109	74	7870	76	92	98	13	55
Mianmá	40	130	104	91	74	40	48379	897	93	220x	61	90	84s	-	-
Micronésia	71	58	41	45	33	12	111	3	0	2380	68	-	92	-	-
Moçambique	22	235	138	158	96	48	20971	856	118	340	42	39x	60s	15	54
Moldova	116	37	19	30	16	16	3833	44	1	1100	69	99	86	20	41
Mônaco	175	9	4	7	3	3	33	0	0	d	-	-	-	-	-
Mongólia	69	109	43	79	34	26	2605	49	2	880	66	98	97s	20	40
Montenegro	146	16	10	15	9	-	601	8	0	3860	74	96	97s	-	-

TABELA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		Taxa de mortalidade neonatal 2000	População total (milhares) 2006	Número anual de nascimentos (milhares) 2006	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares) 2006	RNB per capita (US\$) 2006	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2006	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2005*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000-2006*	Distribuição de renda familiar (%) 1994-2004*	
		1990	2006	1990	2006									mais baixos 40%	mais altos 20%
Namíbia	61	86	61	60	45	25	2047	53	3	3230	52	85	72	4x	79x
Nauru	89	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
Nepal	63	142	59	99	46	40	27641	791	47	290	63	49	87	15	55
Nicarágua	79	68	36	52	29	18	5532	139	5	1000	72	77	87	15	49
Níger	4	320	253	191	148	43	13737	683	173	260	56	29	40	10	53
Nigéria	12	230	191	120	99	53	144720	5909	1129	640	47	69	68	15	49
Niue	-	-	-	-	-	13	2	0	-	-	-	-	90	-	-
Noruega	175	9	4	7	3	3	4669	56	0	66530	80	-	98	24	37
Nova Zelândia	161	11	6	9	5	4	4140	57	0	27250	80	-	99	18	44
Omã	138	32	12	25	10	6	2546	57	1	9070x	75	81	73	-	-
Palau	143	21	11	18	10	14	20	0	0	7990	-	-	96	-	-
Panamá	106	34	23	27	18	11	3288	70	2	4890	75	92	99	9	60
Papua Nova Guiné	52	94	73	69	54	32	6202	191	14	770	57	57	-	12	57
Paquistão	42	130	97	100	78	57	160943	4358	423	770	65	50	68	22	40
Paraguai	108	41	22	33	19	16	6016	153	3	1400	71	94	88	9	62
Peru	97	78	25	58	21	16	27589	584	15	2920	71	88	97	11	57
Polónia	157	18	7	16	6	6	38140	358	3	8190	75	-	96	19	42
Portugal	167	14	5	11	3	3	10579	113	1	18100	78	94	98	17	46
Quênia	31	97	121	64	79	29	36553	1447	175	580	53	74	79	16	49
Quirguistão	71	75	41	63	36	31	5259	113	5	490	66	99x	92s	22	39
Quiribati	59	88	64	65	47	27	94	0	0	1230	-	-	97	-	-
Reino Unido	161	10	6	8	5	4	60512	715	4	40180	79	-	99	18	44
Rep. Centro-Africana	15	173	175	114	115	48	4265	157	27	360	44	49	59s	7x	65x
Rep. Dem. do Congo	9	205	205	129	129	47	60644	3026	620	130	46	67	52s	-	-
República Checa	175	13	4	11	3	2	10189	93	0	12680	76	-	92	25	36
República Dominicana	92	65	29	50	25	19	9615	231	7	2850	72	87	88	12	57
Romênia	119	31	18	23	16	9	21532	213	4	4850	72	97	93	21	39
Ruanda	18	176	160	106	98	45	9464	420	67	250	46	65	86s	14	53
Samoa	94	50	28	40	23	13	185	5	0	2270	71	99	90	-	-
San Marino	189	14	3	13	3	2	31	0	0	d	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	130	21	14	17	12	10	163	3	0	5110	73	-	97	15	48
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	116	36	19	30	17	12	50	1	0	8840	-	-	93	-	-
São Tomé e Príncipe	43	100	96	65	63	38	155	5	0	780	65	85	97	-	-
São Vicente e Granadinas	113	25	20	20	17	11	120	2	0	3930	71	-	90	-	-
Seichelas	135	19	13	17	12	9	86	3	0	8650	-	92	99	-	-
Senegal	35	149	116	72	60	31	12072	435	50	750	63	39	58s	17	48
Serra Leoa	1	290	270	169	159	56	5743	262	71	240	42	35	69s	3x	63x
Sérvia	151	-	8	-	7	-	9851	126	1	3910	74	96	96	-	-
Síria	130	38	14	31	12	9	19408	529	7	1570	74	81	95	-	-
Somália	21	203	145	121	90	49	8445	371	54	130x	47	-	22s	-	-
Sri Lanka	135	32	13	26	11	11	19207	295	4	1300	72	91	97	17	48
Suazilândia	16	110	164	78	112	38	1134	33	5	2430	40	80	80	13	56
Sudão	45	120	89	74	61	29	37707	1225	109	810	58	61	58s	-	-
Suécia	189	7	3	6	3	2	9078	101	0	43580	81	-	96	23	37
Suíça	167	9	5	7	4	3	7455	69	0	57230	81	-	93	20	41
Suriname	74	48	39	35	29	18	455	9	0	3200	70	90	94	-	-
Tadjiquistão	57	115	68	91	56	38	6640	185	13	390	66	100	89s	20	41
Tailândia	151	31	8	26	7	13	63444	936	7	2990	70	93	98s	16	49
Tanzânia	34	161	118	102	74	43	39459	1589	188	350	52	69	73s	19	42
Territórios Palestinos	108	40	22	34	20	-	3889	143	3	1230x	73	92	80	-	-
Timor Leste	65	177	55	133	47	40	1114	46	3	840	60	-	75s,y	-	-
Togo	38	149	108	88	69	40	6410	242	26	350	58	53	78	-	-
Tonga	101	32	24	26	20	10	100	3	0	2170	73	99x	95	-	-
Trinidad e Tobago	75	34	38	30	33	13	1328	20	1	13340	69	98	98s	16x	46x
Tunísia	106	52	23	41	19	14	10215	172	4	2970	74	74	97	16	47
Turcomenistão	67	99	51	81	45	35	4899	108	6	1340x	63	99x	99s	16	47
Turquia	96	82	26	67	24	22	73922	1378	36	5400	72	87	89	15	50
Tuvalu	75	54	38	42	31	22	10	0	0	-	-	-	100	-	-
Ucrânia	101	25	24	22	20	9	46557	417	10	1950	68	99	97s	23	38
Uganda	23	160	134	93	78	32	29899	1406	188	300	50	67	82s	15	53
Uruguai	138	23	12	20	11	7	3331	51	1	5310	76	97x	93	14	50
Uzbequistão	69	74	43	61	38	27	26981	619	27	610	67	-	100s	19	45
Vanuatu	79	62	36	48	30	19	221	6	0	1710	70	74	94	-	-

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos		Taxa de mortalidade de bebês (menores de 1 ano)		População total (milhares) 2006	Número anual de nascimentos (milhares) 2006	Número anual de mortes de menores de 5 anos (milhares)	RNB per capita (US\$) 2006	Expectativa de vida ao nascer (anos) 2006	Taxa total de alfabetização de adultos 2000-2005*	Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária (%) 2000-2006*	Distribuição de renda familiar (%) 1994-2004*	
		1990	2006	1990	2006								mais baixos 40%	mais altos 20%
Venezuela	110	33	21	27	18	12	27191	595	12	6070	73	93	12	52
Vietnã	122	53	17	38	15	15	86206	1654	28	690	74	90x	20	44
Zâmbia	13	180	182	101	102	40	11696	470	86	630	41	68x	11	55
Zimbábue	39	76	105	52	68	33	13228	372	39	340x	42	89	13	56

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	187	160	111	95	44	748886	29889	4786	851	50	58	66	13	55
África Oriental e Meridional	165	131	102	83	40	370361	14074	1844	1171	50	60	70	11	58
África Ocidental e Central	208	186	119	107	48	378525	15815	2942	553	50	57	62	16	49
Oriente Médio e Norte da África	79	46	58	36	26	382048	9617	442	2104	69	73	85	17	46
Ásia Meridional	123	83	87	62	44	1542571	37942	3149	777	64	58	82	19	46
Leste da Ásia e Pacífico	55	29	41	23	20	1968675	29764	863	2371	72	91	97	17	46
América Latina e Caribe	55	27	43	22	15	559525	11418	308	4847	73	90	93	12	56
ECO/CEI	53	27	43	24	18	405584	5529	149	4264	68	97	92	20	42
Países industrializados ^s	10	6	9	5	4	969949	11003	66	37217	79	-	96	21	40
Países em desenvolvimento ^s	103	79	70	54	33	5358223	121685	9614	1967	66	76	84	15	50
Países menos desenvolvidos ^s	180	142	113	90	43	785444	28661	4070	438	55	55	65	15	50
Mundial	93	72	64	49	30	6577236	135163	9733	7406	68	78	86	20	42

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morte entre o nascimento e exatamente os 5 anos de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade de bebês – Probabilidade de morte entre o nascimento e 1 ano de idade, por mil nascidos vivos.

Taxa de mortalidade neonatal – Probabilidade de morte durante os primeiros 28 dias completos de vida, por mil nascidos vivos.

RNB per capita – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores nacionais, acrescido de todos os impostos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. O RNB per capita é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB per capita é convertida em dólares americanos pelo método do Banco Mundial Atlas.

Expectativa de vida ao nascer – O número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela amostragem da população no momento de seu nascimento.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de pessoas a partir de 15 anos de idade alfabetizadas, como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Razão líquida de matrícula/frequência na escola primária – Número de crianças matriculadas ou que frequentam a escola primária, expresso como porcentagem do número total de crianças em idade escolar. O indicador expressa tanto a razão líquida de matrículas na escola primária como a razão líquida de frequência na escola primária. De maneira geral, quando os dois indicadores estão disponíveis, é preferível a razão líquida de matrículas na escola primária, a não ser que os dados sobre frequência na escola primária sejam considerados de qualidade superior. As definições de razão líquida de matrículas na escola primária e de razão líquida de frequência na escola primária são encontradas na Tabela 5, p. 130.

Distribuição de renda – Porcentagem de renda recebida pela parcela de 20% das famílias de renda mais alta e pela parcela de 40% das famílias de renda mais baixa.

FONTES PRINCIPAIS

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – UNICEF, Organização Mundial da Saúde (OMS), Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas.

Taxa de mortalidade neonatal – OMS, utilizando sistemas de registro de pessoas naturais e levantamentos domiciliares.

População total – Divisão de População das Nações Unidas.

Nascimentos – Divisão de População das Nações Unidas.

Mortes de menores de 5 anos – UNICEF.

RNB per capita – Banco Mundial.

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Alfabetização de Adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE), incluindo a Avaliação de 2000 do programa Educação para Todos (EPT).

Matrícula/frequência escolar – IUE, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), e Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).

Renda familiar – Banco Mundial.

NOTAS

- a: baixa renda (\$905 ou menos).
b: média-baixa renda (\$906 a \$3.595).
c: média-alta renda (\$3.596 a \$11.115).
d: alta renda (\$11.116 ou mais).

- Dados não disponíveis.
x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
s Dados de levantamento domiciliar nacional..

se

TABELA 2. NUTRIÇÃO

Países e territórios	% de bebês com baixo peso ao nascer 1999-2006*	% de crianças (2000-2006*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2006*) sofrendo de:				Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2005		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2006*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso moderado e grave	grave	marasmo moderado e grave	retardo de crescimento moderado e grave	no mínimo uma dose† (%)	cobertura total Δ (%)	
Afganistão	-	-	29	54	39	12	7	54	95	91	28
A.R.I. da Macedônia	6	37x	8x	10x	2	0	2	9	-	-	94
África do Sul	15	7y	46y	-	12x	2x	3x	25x	33	29	62x
Albânia	7	2	38	20	8	1	7	22	-	-	62
Alemanha	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	12	11	77	37	31	8	6	45	79	65	35
Antígua e Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	11	31x,k	60x	30x	14x	3x	11x	20x	-	-	-
Argélia	6	7	39	22	4	1	3	11	-	-	61
Argentina	7	-	-	-	4	-	1	4	-	-	90x
Armênia	8	33	57	15	4	0	5	13	-	-	97
Austrália	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Áustria	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijão	12	7	39	16	7	1	2	13	29	29w	26
Bahamas	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	22	37	52	89	48	13	13	43	83	82	84
Barbados	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barein	8	34x,k	65x	41x	9x	2x	5x	10x	-	-	-
Bélgica	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	6	24x,k	54x	23x	7	-	1	18	-	-	90x
Benin	16	70	50	57	23	5	7	38	94	92	72
Bielo-Rússia	4	9	38	4	1	0	1	3	-	-	55
Bolívia	7	54	74	46	8	1	1	27	39	39	90
Bósnia e Herzegovina	5	18	29	10	2	0	3	7	-	-	62
Botsuana	10	34	57	11	13	2	5	23	-	-	66
Brasil	8	-	30x	17x	6x	1x	2x	11x	-	-	88
Brunei	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgária	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Burquina Fasso	16	7	50	85	37	14	23	35	95	95	34
Burundi	11	45	88	-	39	14	7	53	69	17	98
Butão	15	-	-	-	19x	3x	3x	40x	-	-	96
Cabo Verde	13	57x,k	64x	13x	-	-	-	-	-	-	0x
Camarões	11	21	64	21	19	5	6	30	95	95	49
Camboja	11	60	82	54	36	7	7	37	79	65	73
Canadá	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catar	10	12x,k	48x	21x	6x	-	2x	8x	-	-	-
Cazaquistão	6	17	39	16	4	1	4	13	-	-	92
Chade	22	2	77	65	37	14	14	41	95	93	56
Chile	6	63	47	-	1	-	0	1	-	-	100
China	2	51	32	15	7	-	-	11	-	-	90
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cingapura	8	-	-	-	3	0	2	2	-	-	-
Colômbia	9	47	65	32	7	1	1	12	-	-	92x
Comores	25	21	34	45	25	-	8	44	-	-	82
Congo	13	19	78	21	14	3	7	26	90	9	82
Coreia do Norte	7	65	31	37	23	8	7	37	95	95	40
Coreia do Sul	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa do Marfim	17	4	54	37	20	4	7	34	95	89	84
Costa Rica	7	35x,k	47x	12x	5x	0x	2x	6x	-	-	97x
Croácia	6	23x	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
Cuba	5	41	42	9	4	0	2	5	-	-	88
Dinamarca	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibuti	10	1	23	18	29	10	21	33	52	0	0
Dominica	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egito	14	38	67	37	6	1	4	18	-	-	78
El Salvador	7	24	76	43	10	1	1	19	-	-	62
Emirados Árabes Unidos	15	34x,k	52x	29x	14x	3x	15x	17x	-	-	-
Equador	16	40	77	23	9	1	2	23	-	-	99x
Eritreia	14	52	43	62	40	12	13	38	57	50	68
Eslováquia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	% de bebês com baixo peso ao nascer 1999-2006*	% de crianças (2000-2006*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2006*) sofrendo de:				Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2005		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2006*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complemen- tação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso		marasmo	retardo de crescimento	no mínimo uma dose† (%)	cobertura total Δ (%)	
					moderado e grave	grave	moderado e grave	moderado e grave			
Eslovênia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espanha	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	8	-	-	-	2	0	0	1	-	-	-
Estônia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiópia	20	49	54	-	38	11	11	47	59	59	20
Federação Russa	6	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
Fiji	10	47x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
Filipinas	20	34	58	32	28	-	6	30	85	85	56
Finlândia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
França	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabão	14	6	62	9	12	2	3	21	-	-	36
Gâmbia	20	41	44	53	20	4	6	22	95	16	7
Gana	9	54	58	56	18	3	5	22	95	95	32
Geórgia	7	18x,k	12x	12x	3x	0x	2x	12x	-	-	91
Granada	9	39x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grécia	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	12	51	67	47	23	4	2	49	44	36w	67
Guiana	13	11	42	31	14	3	11	11	-	-	-
Guiné	12	27	41	71	26	7	9	35	95	95	51
Guiné-Bissau	24	16	35	61	19	4	7	41	-	-	1
Guiné Equatorial	13	24	-	-	19	4	7	39	-	-	33
Haiti	25	41	87	35	22	6	9	24	42	42	3
Holanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	10	30	69	48	11	1	1	25	40	40	80x
Hungria	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iêmen	32	12	76	-	46	15	12	53	15	15w	30
Ilhas Cook	3	19x,k	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
Ilhas Marshall	12	63x,k	-	-	-	-	-	-	6	6	-
Ilhas Salomão	13	65k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Índia	30	46	56	-	43	16	20	48	64	64w	51
Indonésia	9	40	75	59	28	9	-	-	76	76	73
Irã	7	44	-	0	11x	2x	5x	15x	-	-	99
Iraque	15	25	51	36	8	1	5	21	-	-	28
Irlanda	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islândia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itália	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	12	15	36	24	4	-	4	3	-	-	100x
Japão	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordânia	12	27	70	12	4	1	2	9	-	-	88
Kuait	7	12x,k	26x	9x	10x	3x	11x	24x	-	-	-
Laos	14	23	10	47	40	13	15	42	63	62	75
Lesoto	13	36	79	60	20	4	4	38	9	2	91
Letônia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	6	27k	35	11	4	-	5	11	-	-	92
Libéria	-	35	70	45	26	8	6	39	95	79	-
Líbia	7	-	-	23x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	17	67	78	64	42	11	13	48	95	95	75
Malásia	9	29x,k	-	12x	8	1	-	-	-	-	-
Malawi	13	56	89	73	19	3	3	46	94	86	48
Maldivas	22	10	85	-	30	7	13	25	-	-	44
Mali	23	25	32	69	33	11	11	38	66	66	74
Malta	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marrocos	15	31	66	15	10	2	9	18	-	-	59
Maurício	14	21k	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
Mauritânia	-	20	78	57	32	10	13	35	96	57	2
México	8	38x,k	36x	21x	5	-	2	13	68	63	91
Mianmá	15	15k	66	67	32	7	9	32	95	95	60

TABELA 2. NUTRIÇÃO

	% de bebês com baixo peso ao nascer 1999-2006*	% de crianças (2000-2006*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2006*) sofrendo de:				Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2005		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2006*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso moderado e grave	grave	marasmo moderado e grave	retardo de crescimento moderado e grave	no mínimo uma dose† (%)	cobertura total Δ(%)	
Micronésia	18	60x,k	-	-	15x	-	-	-	89	73	-
Moçambique	15	30	80	65	24	6	4	41	95	16	54
Moldova	6	46	18	2	4	1	4	8	-	-	60
Mônaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	6	57	57	65	6	1	2	21	92	92	83
Montenegro	4	19	35	13	3	1	3	5	-	-	71
Namíbia	14	19	57	37	24	5	9	24	68	0	63
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	21	53	75	95	39	11	13	49	96	96	63
Nicarágua	12	31	68	39	10	2	2	20	98	0	97
Níger	13	14	62	62	44	15	10	50	94	94	46
Nigéria	14	17	64	34	29	9	9	38	73	73	97
Niue	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Zelândia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
Omã	8	-	92	73	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
Palau	9	59x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	10	25x	38x	21x	8x	1x	1x	18x	4	4	95x
Papua Nova Guiné	11	59x	74x	66x	-	-	-	-	90	0	-
Paquistão	19	16x,k	31x	56x	38	13	13	37	95	95	17
Paraguai	9	22	60	-	5	-	1	14	-	-	88
Peru	11	64	81	41	8	0	1	24	-	-	91
Polónia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quênia	10	13	84	57	20	4	6	30	69	69	91
Quirguistão	5	32	49	26	3	0	4	14	88	87	76
Quiribati	5	80x,k	-	-	13x	-	-	-	62	60	-
Reino Unido	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rep. Centro-Africana	13	23	55	47	29	8	10	38	-	-	62
Rep. Dem. do Congo	12	24	79	52	31	9	13	38	92	87	72
República Checa	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	11	4	36	15	5	1	1	7	-	-	19
Romênia	8	16	41	-	3	0	2	10	-	-	74
Ruanda	6	88	69	77	23	4	4	45	100	99	88
Samoa	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	9	56x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	8	60	60	18	9	1	8	23	33	28	37
São Vicente e Granadinas	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seichelas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	19	34	61	42	17	3	8	16	95	86	41
Serra Leoa	24	8	52	57	30	8	9	40	95	95	45
Sérvia	5	15	39	8	2	0	3	6	-	-	73
Síria	9	29	37	16	10	2	9	22	-	-	79
Somália	11	9	15	35	36	12	11	38	-	-	1
Sri Lanka	22	53	-	73	29	-	14	14	64	61w	94
Suazilândia	9	24	60	25	10	2	1	30	59	40	59
Sudão	31	16	47	40	41	15	16	43	90	90	1
Suécia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suíça	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	13	9	25	11	13	2	7	10	-	-	-
Tadjiquistão	10	25	15	34	17	4	7	27	98	98	46
Tailândia	9	5	43	19	9	0	4	12	-	-	58
Tanzânia	10	41	91	55	22	4	3	38	95	95	43
Territórios Palestinos	7	27	-	-	3	0	1	10	-	-	86
Timor Leste	12	31	82	35	46	15	12	49	91	35	72
Togo	12	28	35	44	26	7	14	24	95	92	25
Tonga	3	62x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	19	13	43	22	6	1	4	4	-	-	28

	% de bebês com baixo peso ao nascer 1999-2006*	% de crianças (2000-2006*) alimentadas:			% de menores de 5 anos (2000-2006*) sofrendo de:				Taxa de cobertura de suplementação com vitamina A (6-59 meses) 2005		% de famílias que consomem sal iodado 2000-2006*
		exclusivamente com leite materno (<6 meses)	com leite materno e complementação (6-9 meses)	ainda com leite materno (20-23 meses)	baixo peso		marasmo moderado e grave	retardo de crescimento moderado e grave	no mínimo uma dose‡ (%)		
					moderado e grave	grave			cobertura total Δ (%)		
Tunísia	7	47	-	22	4	1	2	12	-	-	97
Turcomenistão	4	11	54	37	11	2	6	15	-	-	87
Turquia	16	21	38	24	4	1	1	12	-	-	64
Tuvalu	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrânia	4	6	83	11	1	0	0	3	-	-	18
Uganda	12	60	80	54	20	5	5	32	78	78	95
Uruguai	8	-	-	-	5	1	2	11	-	-	-
Uzbequistão	5	26	45	38	5	1	3	15	82	82	53
Vanuatu	6	50x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela	9	7x,k	50x	31x	5	1	4	13	-	-	90x
Vietnã	7	17	70	23	25	3	7	30	99	99w	93
Zâmbia	12	40	87	58	20	-	6	50	66	66	77
Zimbábue	11	22	79	28	17	3	6	29	81	81	93x

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

África ao sul do Saara	14	30	67	50	28	8	9	38	79	73	64
África Oriental e Meridional	14	39	71	56	28	7	7	41	73	64	54
África Ocidental e Central	14	21	63	46	28	9	10	36	85	82	72
Oriente Médio e Norte da África	16	28	57	25	17	5	8	25	-	-	64
Ásia Meridional	29	45	55	-	42	15	18	46	71	71	51
Leste da Ásia e Pacífico	6	43	45	27	14	-	-	16	84	82**	84
América Latina e Caribe	9	-	-	-	7	-	2	16	-	-	85
ECO/CEI	6	19	44	23	5	1	2	12	-	-	50
Países industrializados§	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países em desenvolvimento§	16	38	56	40	26	10	11	32	75	72**	69
Países menos desenvolvidos§	17	35	64	63	35	10	10	42	82	77	55
Mundial	15	38	56	39	25	9	11	31	75	72**	68

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Baixo peso ao nascer – Bebês que pesam menos de 2,5 quilos ao nascer.

Baixo peso – Moderado e grave: inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a idade da população-referência; grave: inferior a menos três desvios-padrão do peso mediano para a idade da população-referência.

Marasmo – Moderado e grave: inferior a menos dois desvios-padrão do peso mediano para a altura da população-referência.

Retardo de crescimento – Moderado e grave: inferior a menos dois desvios-padrão da altura mediana para a idade da população-referência.

Vitamina A – Porcentagem de crianças entre 6 e 59 meses de idade que receberam suplementos de vitamina A em 2005.

Consumo de sal iodado – Porcentagem de famílias que consomem sal iodado em dose adequada (15 partes por milhão ou mais).

FONTES PRINCIPAIS

Baixo peso ao nascer – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), outras levantamentos domiciliares nacionais, e dados extraídos de sistemas de relatórios de rotina.

Alimentação materna – DHS, MICS e UNICEF.

Baixo peso, marasmo e retardo de crescimento – DHS, MICS, Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF.

Vitamina A – UNICEF e OMS.

Iodação do sal – MICS, DHS e UNICEF.

NOTAS

- Dados não disponíveis
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- k Refere-se à alimentação exclusivamente com leite materno por menos de quatro meses.
- w Identifica países com programas de suplementação de vitamina A que visam a uma reduzida faixa etária. Os números da cobertura são relatados conforme objetivos.
- ‡ Refere-se à porcentagem de crianças que receberam no mínimo uma dose em 2005 (o ponto de cobertura mais recente até a elaboração deste relatório).
- Δ A porcentagem de crianças que receberam duas doses em 2005 é apresentada como a porcentagem mais baixa de dois pontos de cobertura. '0' (zero) indica que apenas uma dose foi ministrada em 2005.
- ** Não inclui China.

TABELA 3. SAÚDE

Países e territórios														Imunização 2006		% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde±	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua 2000-2006*	Malária 2003-2006*		
	% da população usando fontes de água limpa de melhor qualidade 2004			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2004			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiada pelo governo 2006	Crianças com um ano de idade imunizadas contra:						% de recém nascidos protegidos contra tétano±			% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro	% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado	% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico		
								Vacinas correspondentes:													
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	TB	DPT1	DPT3	pólio3	sarampo	HepB3	Hib3		2000-2006*	2000-2006*				
Afganistão	39	63	31	34	49	29	0	90	90	77	77	68	-	-	88	28	-	48	-	-	-
A.R.I. da Macedônia	-	-	-	-	-	-	-	92	95	93	92	94	89	-	88	93	74	45	-	-	-
África do Sul	88	99	73	65	79	46	100	97	99	99	99	85	99	99	88	75x	-	37x	-	-	-
Albânia	96	99	94	91	99	84	-	98	98	98	97	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-
Alemanha	100	100	100	100	100	100	-	-	96	90	96	94	86	94	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	97	93	93	91	84	93	-	-	-	-	-	-	-
Angola	53	75	40	31	56	16	67	65	66	44	44	48	-	-	80	58	-	32	-	-	-
Antígua e Barbuda	91	95	89	95	98	94	100	-	96	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	-	97	-	-	100	-	100	95	97	96	96	95	96	96	56	-	-	-	-	-	-
Argélia	85	88	80	92	99	82	100	99	98	95	95	91	80	-	70	53	59	24	-	-	-
Argentina	96	98	80	91	92	83	-	99	93	91	92	97	84	91	-	-	-	-	-	-	-
Armênia	92	99	80	83	96	61	30	91	95	87	87	92	78	-	-	36	11	59	-	-	-
Austrália	100	100	100	100	100	100	-	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Áustria	100	100	100	100	100	100	88	-	94	83	83	80	83	83	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijão	77	95	59	54	73	36	70	99	97	95	97	96	93	-	-	36	-	40	12x	1x	1x
Bahamas	97	98	86	100	100	100	100	-	95	95	94	88	96	95	65	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	74	82	72	39	51	35	63	96	96	88	88	81	88	-	92	30	22	49	-	-	-
Barbados	100	100	100	100	99	100	100	-	81	84	85	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-
Barein	-	100	-	-	100	-	100	-	99	98	98	99	98	97	92	-	-	-	-	-	-
Bélgica	-	100	-	-	-	-	-	-	98	97	97	88	78	95	94	-	-	-	-	-	-
Belize	91	100	82	47	71	25	100	97	96	98	98	99	98	98	80	66x	-	-	-	-	-
Benin	67	78	57	33	59	11	10	99	99	93	93	89	93	93	84	35	-	42	47	20	54
Bielo-Rússia	100	100	100	84	93	61	100	99	99	99	97	97	98	-	-	90	67	54	-	-	-
Bolívia	85	95	68	46	60	22	69	93	94	81	79	81	81	81	-	52	-	54	-	-	-
Bósnia e Herzegovina	97	99	96	95	99	92	85	97	94	87	91	90	82	85	85	91	73	53	-	-	-
Botsuana	95	100	90	42	57	25	100	99	98	97	97	90	85	-	71	14	-	7	-	-	-
Brasil	90	96	57	75	83	37	-	99	99	99	99	99	97	99	84	46x	15x	28x	-	-	-
Brunei	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	92	-	-	-	-	-	-
Bulgária	99	100	97	99	100	96	100	98	97	95	96	96	96	-	65	-	-	-	-	-	-
Burquina Fasso	61	94	54	13	42	6	17	99	99	95	94	88	76	76	-	39	15	42	18	10	48
Burundi	79	92	77	36	47	35	1	84	86	74	64	75	74	74	84	38	26	23	13	8	30
Butão	62	86	60	70	65	70	-	92	98	95	96	90	95	-	88	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	80	86	73	43	61	19	90	70	74	72	72	65	69	-	-	-	-	-	-	-	-
Camarões	66	86	44	51	58	43	20	85	87	81	78	73	81	-	52	35	38	22	27	13	58
Camboja	41	64	35	17	53	8	0	87	85	80	80	78	80	-	80	48	-	59	88	4	0
Canadá	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	94	94	14	94	82	-	-	-	-	-	-
Catar	100	100	100	100	100	100	100	99	99	96	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-
Cazaquistão	86	97	73	72	87	52	100	99	99	99	99	99	99	-	-	71	32	48	-	-	-
Chade	42	41	43	9	24	4	55	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	32x
Chile	95	100	58	91	95	62	100	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-
China	77	93	67	44	69	28	-	92	94	93	94	93	91	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-
Cingapura	100	100	-	100	100	-	-	98	96	95	95	93	94	-	4	-	-	-	-	-	-
Colômbia	93	99	71	86	96	54	100	88	95	86	86	88	86	86	88	62	-	39	24x	-	-
Comores	86	92	82	33	41	29	0	84	78	69	69	66	69	-	77	49	-	31	36x	9x	63x
Congo	58	84	27	27	28	25	75	84	81	79	79	66	-	-	84	48	-	39	68	6	48
Coreia do Norte	100	100	100	59	58	60	-	96	91	89	98	96	96	-	-	93	-	-	-	-	-
Coreia do Sul	92	97	71	-	-	-	-	98	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa do Marfim	84	97	74	37	46	29	28	77	95	77	76	73	77	-	-	35	19	45	17	6	36
Costa Rica	97	100	92	92	89	97	-	88	89	91	91	89	90	89	-	-	-	-	-	-	-
Croácia	100	100	100	100	100	100	100	98	96	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	96	89	99	96	89	97	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	100	100	100	-	-	-	100	-	93	93	93	99	-	93	-	-	-	-	-	-	-
Djibuti	73	76	59	82	88	50	-	88	76	72	72	67	-	-	77	62	43	33	9	1	10
Dominica	97	100	90	84	86	75	100	99	99	95	88	99	7	7	-	-	-	-	-	-	-
Egito	98	99	97	70	86	58	100	99	98	98	98	98	98	-	86	63	-	27	-	-	-
El Salvador	84	94	70	62	77	39	100	93	98	96	96	98	96	96	91	62	-	-	-	-	-
Emirados Árabes Unidos	100	100	100	98	98	95	-	98	97	94	94	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-
Equador	94	97	89	89	94	82	100	99	99	98	97	97	98	98	66	-	-	-	-	-	-
Eritreia	60	74	57	9	32	3	10	99	99	97	96	95	97	-	79	44	-	54	12x	4x	4x
Eslováquia	100	100	99	99	100	98	100	98	99	99	99	98	99	99	73	-	-	-	-	-	-
Eslovênia	-	-	-	-	-	-	70	-	98	97	97	96	-	97	74	-	-	-	-	-	-

	Imunização 2006														% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde±	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua 2000-2006*	Malária 2003-2006*						
	% da população usando fontes de água limpa de melhor qualidade 2004			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2004			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiada pelo governo 2006	Crianças com um ano de idade imunizadas contra:						% de recém nascidos protegidos contra tétano±										
	TB	DPT	Pólio	Sarampo	HepB	Hib																		
Vacinas correspondentes:																								
BCG	DPT1*	DPT3*	pólio3	sarampo	HepB3	Hib3																		
Espanha	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	97	81	98	72	-	-	-	-	-	-	-		
Estados Unidos	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-	-		
Estônia	100	100	99	97	97	96	100	99	98	95	95	96	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-		
Etiópia	22	81	11	13	44	7	0	72	80	72	69	63	-	-	80	19	-	15	2	2	3			
Federação Russa	97	100	88	87	93	70	-	97	99	99	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-			
Fiji	47	43	51	72	87	55	100	93	84	81	83	99	81	81	93	-	-	-	-	-	-			
Filipinas	85	87	82	72	80	59	100	91	90	88	88	92	77	-	57	55	-	76	-	-	-			
Finlândia	100	100	100	100	100	100	100	98	99	97	97	97	-	98	-	-	-	-	-	-	-			
França	100	100	100	-	-	-	-	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-			
Gabão	88	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	63	48	-	44	-	-	-			
Gâmbia	82	95	77	53	72	46	35	99	95	95	95	95	95	95	94	69	61	38	63	49	63			
Gana	75	88	64	18	27	11	-	99	87	84	84	85	84	84	-	59	33	29	33	22	61			
Geórgia	82	96	67	94	96	91	71	95	99	87	88	95	83	-	87	99	-	-	-	-	-			
Granada	95	97	93	96	96	97	100	-	87	91	91	98	91	91	-	-	-	-	-	-	-			
Grécia	-	-	-	-	-	-	-	88	96	88	87	88	88	88	69	-	-	-	-	-	-			
Guatemala	95	99	92	86	90	82	-	96	93	80	81	95	80	80	91	64	-	22x	6x	1x	-			
Guiana	83	83	83	70	86	60	100	96	95	93	92	90	93	93	31	78	-	40	74	6	1			
Guiné	50	78	35	18	31	11	40	90	99	71	70	67	-	-	79	42	-	38	12	0	44			
Guiné-Bissau	59	79	49	35	57	23	-	87	85	77	74	60	-	-	91	57	42	25	73	39	46			
Guiné Equatorial	43	45	42	53	60	46	0	73	65	33	39	51	-	-	59	-	-	36	15x	1x	49x			
Haiti	54	52	56	30	57	14	-	75	83	53	52	58	-	-	94	31	3	43	-	-	5			
Holanda	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-			
Honduras	87	95	81	69	87	54	100	90	95	87	87	91	87	87	-	56	54	49	-	-	1			
Hungria	99	100	98	95	100	85	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-			
Iêmen	67	71	65	43	86	28	100	70	92	85	85	80	85	85	-	47	-	18x	-	-	-			
Ilhas Cook	94	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ilhas Marshall	87	82	96	82	93	58	100	92	90	74	95	96	97	60	-	-	-	-	-	-	-			
Ilhas Salomão	70	94	65	31	98	18	-	84	96	91	91	84	93	-	74	-	-	-	-	-	-			
Índia	86	95	83	33	59	22	100	78	78	55	58	59	6	-	83	69	-	32	-	-	12x			
Indonésia	77	87	69	55	73	40	87	82	88	70	70	72	70	-	87	61	-	56	32x	0x	1			
Irã	94	99	84	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-			
Iraque	81	97	50	79	95	48	100	91	83	60	63	60	75	-	89	82	82	64	7x	0x	1x			
Irlanda	-	100	-	-	-	-	100	93	97	91	91	86	-	91	-	-	-	-	-	-	-			
Islândia	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	86	-	-	-	-	-	-			
Israel	100	100	100	-	100	-	-	-	98	95	93	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-			
Itália	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	97	87	96	95	52	-	-	-	-	-	-			
Jamaica	93	98	88	80	91	69	100	90	86	85	86	87	87	87	72	75	52	39	-	-	-			
Japão	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	97	99	-	-	86	-	-	-	-	-	-			
Jordânia	97	99	91	93	94	87	100	95	99	98	98	99	98	98	-	78	-	44	-	-	-			
Kuait	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	90	-	-	-	-	-	-			
Laos	51	79	43	30	67	20	0	61	68	57	56	48	57	-	52	36	-	37	82x	18x	9x			
Lesoto	79	92	76	37	61	32	1	96	95	83	80	85	85	-	72	59	-	53	-	-	-			
Letônia	99	100	96	78	82	71	100	99	99	98	98	95	97	99	-	-	-	-	-	-	-			
Líbano	100	100	100	98	100	87	100	-	98	92	92	96	88	92	72	74	-	-	-	-	-			
Libéria	61	72	52	27	49	7	0	89	99	88	87	94	-	-	-	70	-	-	11	3	-			
Líbia	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-			
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituânia	-	-	-	-	-	-	100	99	98	94	94	97	95	94	-	-	-	-	-	-	-			
Luxemburgo	100	100	100	-	-	-	-	-	99	99	99	95	95	98	-	-	-	-	-	-	-			
Madagascar	50	77	35	34	48	26	18	72	71	61	63	59	61	-	67	48	-	47	30x	0x	34			
Malásia	99	100	96	94	95	93	100	99	88	96	96	90	87	89	88	-	-	-	-	-	-			
Malauí	73	98	68	61	62	61	20	99	99	99	99	85	99	99	84	51	29	26	29	23	24			
Maldivas	83	98	76	59	100	42	75	99	99	98	98	97	98	-	85	22	-	-	-	-	-			
Mali	50	78	36	46	59	39	77	85	95	85	83	86	90	16	-	36	-	45	-	-	-			
Malta	100	100	100	-	100	-	70	-	85	85	83	94	86	83	62	-	-	-	-	-	-			
Marrocos	81	99	56	73	88	52	100	95	99	97	97	95	95	10	-	38	-	46	-	-	-			
Maurício	100	100	100	94	95	94	100	97	96	97	98	99	97	96	-	-	-	-	-	-	-			
Mauritânia	53	59	44	34	49	8	100	86	85	68	68	62	68	-	94	41	-	9	31	2	33			
México	97	100	87	79	91	41	100	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-			
Mianmá	78	80	77	77	88	72	-	85	86	82	82	78	75	-	87	66	-	65	-	-	-			
Micronésia	94	95	94	28	61	14	100	55	86	67	81	83	84	59	-	-	-	-	-	-	-			
Moçambique	43	72	26	32	53	19	100	87	88	72	70	77	72	-	85	55	-	47	10	-	15			

TABELA 3. SAÚDE

														% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde±		% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e antibióticos		% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua 2000-2006*		Malária 2003-2006*																			
	% da população usando fontes de água limpa de melhor qualidade 2004						% da população usando instalações sanitárias adequadas 2004						% de vacinação de rotina pelo PAI, financiada pelo governo 2006						Imunização 2006																				
													Crianças com um ano de idade imunizadas contra:						% de recém nascidos protegidos contra tétano±																				
	total			urbana			rural			total			urbana			rural			total			BCG	DPT1*	DPT3*	pólio3	sarampo	HepB3	Hib3											

	Imunização 2006														% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde+	% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos	% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua 2000-2006*	Malária 2003-2006*									
	% da população usando fontes de água limpa de melhor qualidade 2004						% da população usando instalações sanitárias adequadas 2004						% de vacinação de rotina pelo PAI, financiada pelo governo 2006					Crianças com um ano de idade imunizadas contra:									
% da população usando fontes de água limpa de melhor qualidade 2004			% da população usando instalações sanitárias adequadas 2004			% de vacinação de rotina pelo PAI, financiada pelo governo 2006	Crianças com um ano de idade imunizadas contra:									% de recém nascidos protegidos contra tétano*											
							Vacinadas correspondentes:																				

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	55	81	41	37	53	28	49	82	83	72	74	72	48	24	77	40	-	30	15	8	34
África Oriental e Meridional	56	86	42	38	58	30	43	85	86	78	77	76	58	36	81	44	-	32	15	9	28
África Ocidental e Central	55	76	40	36	49	26	55	79	81	67	70	68	38	13	72	36	-	29	16	7	40
Oriente Médio e Norte da África	88	95	78	74	90	53	88	92	95	91	91	89	88	24	81	66	-	38	-	-	-
Ásia Meridional	85	94	81	37	63	27	91	82	82	63	66	65	25	-	84	62	-	35	-	-	-
Leste da Ásia e Pacífico	79	92	70	51	73	36	-	91	92	89	89	89	86	2	-	64**	-	61**	-	-	-
América Latina e Caribe	91	96	73	77	86	49	96	96	96	92	92	93	89	90	84	-	-	-	-	-	-
ECO/CEI	91	98	79	84	93	70	-	95	96	95	95	97	92	3	-	57	-	-	-	-	-
Países industrializados [§]	100	100	100	100	100	99	-	-	98	96	94	93	64	82	-	-	-	-	-	-	-
Países em desenvolvimento [§]	80	92	70	50	73	33	78	86	88	78	79	78	59	17	80	56**	-	38**	-	-	-
Países menos desenvolvidos [§]	59	79	51	36	55	29	33	85	87	77	77	74	50	17	82	40	-	37	-	-	-
Mundial	83	95	73	59	80	39	78	87	89	79	80	80	60	22	80	56**	-	38**	-	-	-

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Recursos governamentais para vacinas – Porcentagem de vacinas que são administradas como rotina em um país para proteger crianças, e que são financiadas pelo governo federal (incluindo empréstimos).

PAI – Programa Ampliado de Imunização: este programa inclui imunização contra tuberculose (TB), difteria, pertussis (coqueluche) e tétano (DPT), pólio e sarampo, assim como imunização de gestantes para proteger os bebês contra tétano neonatal. Em alguns países, outras vacinas – como contra hepatite B (HepB), haemophilus influenzae tipo B (Hib) ou febre amarela – podem estar incluídas no programa.

BCG – Porcentagem de bebês que receberam Bacilo de Calmette-Guérin (vacina contra tuberculose).

DPT1 – Porcentagem de bebês que receberam sua primeira dose de vacina contra difteria, pertussis (coqueluche) e tétano.

DPT3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra difteria, pertussis (coqueluche) e tétano.

HepB3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra hepatite B.

Hib3 – Porcentagem de bebês que receberam três doses de vacina contra *Haemophilus Influenzae* tipo b.

% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia que recebem antibióticos – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com suspeita de pneumonia que estavam recebendo antibióticos nas duas semanas que precederam a pesquisa.

% de menores de 5 anos com suspeita de pneumonia levados a um agente de saúde – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com suspeita de pneumonia nas duas semanas que precederam a pesquisa e que foram levadas a um agente de saúde adequado.

% de menores de 5 anos com diarreia que recebem reidratação oral e alimentação contínua – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) com diarreia nas duas semanas que precederam a pesquisa e que receberam ou terapia de reidratação oral (Sais de Reidratação Oral ou líquido caseiro recomendado) ou maior quantidade de líquidos e alimentação contínua.

Malária:

% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que dormiam sob mosquiteiro.

% de menores de 5 anos que dormem sob mosquiteiro tratado – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que dormiam sob mosquiteiro tratado com inseticida.

% de menores de 5 anos com febre que recebem medicamento antimalárico – Porcentagem de crianças (0-4 anos de idade) que estavam doentes e com febre nas duas semanas que precederam a pesquisa e que receberam algum medicamento antimalárico adequado (de acordo com a definição local).

FONTES PRINCIPAIS

Uso de fonte de água limpa de melhor qualidade e de instalações sanitárias adequadas – UNICEF, Organização Mundial da Saúde (OMS), Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS), e Pesquisas sobre Demografia e Saúde (DHS).

Recursos governamentais para vacinas – UNICEF e OMS.

Imunização – UNICEF e OMS.

Suspeita de pneumonia – DHS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionais.

Reidratação oral – DHS e MICS.

Malária – DHS e MICS.

NOTAS	-	Dados não disponíveis.
	x	Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos nos cálculos das médias regionais e globais.
	*	Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
	β	A cobertura para DPT1 deve ser no mínimo igual à de DPT3. Discrepâncias em que a cobertura de DPT1 é inferior à de DPT3 refletem deficiências na coleta de dados e no processo de relatórios. UNICEF e OMS está trabalhando com sistemas nacionais e territoriais para eliminar tais discrepâncias.
	±	No relatório deste ano, utilizamos a expressão 'suspeita de pneumonia' no lugar de 'infecções respiratórias agudas (IRA)', utilizada em edições anteriores. Entretanto, a metodologia de coleta de dados não foi modificada, e as estimativas apresentadas em relatórios anteriores são comparáveis às da edição deste ano. Ver outros detalhes sobre esta atualização em 'Nota geral sobre os dados', na página 110.
	λ	No relatório deste ano, OMS e UNICEF utilizaram um novo modelo para calcular a porcentagem de crianças nascidas de gestantes receberam no mínimo duas doses de vacina <i>tetanus toxoid</i> (TT) e que, portanto, estão protegidas contra o tétano. O modelo tem por objetivo melhorar a precisão deste indicador para capturar ou incluir outros cenários potenciais em que as mulheres devem ser protegidas (por exemplo, mulheres que recebem doses de TT em campanhas de imunização suplementar). Ver outras explicações sobre a metodologia em 'Nota geral sobre os dados', na página 110.
	**	Não inclui China.

TABELA 4. HIV/AIDS

Países e territórios	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), final de 2005	Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	Transmissão de mãe para filho		Infecções pediátricas		Prevenção entre jovens						Órfãos			
			Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	Taxa de prevalência de HIV em gestantes jovens (15-24 anos) em capitais	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2005	% de pessoas com amplo conhecimento sobre HIV, 2000-2006*	% de pessoas que usaram preservativo em sua última relação sexual de alto risco 2000-2006*		Crianças (0-17 anos)						
								homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	Taxa de frequência escolar de órfãos 2000-2006*		
															estimativa (milhares)	estimativa (milhares)
estimativa	baixa	alta	ano	mediana	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)	estimativa (milhares)				
Afganistão	<0,1	<1,0	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-	
A.R.I. da Macedônia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	
África do Sul	18,8	5500	4900-6100	3100	2004	25,2	240	4,4 h	16,9 h	-	-	-	-	1200	2500	-
Albânia	-	-	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Alemanha	0,1	49	29-81	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	3,7	320	200-450	170	2004	2,8	35	0,9	2,5	-	-	-	-	160	1200	90
Antígua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argélia	0,1	19	9-59	4,1	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Argentina	0,6	130	80-220	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	690	-
Armênia	0,1	2,9	1,8-5,8	<1,0	-	-	-	-	-	15	23	86	-	-	-	-
Austrália	0,1	16	9,7-27	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Áustria	0,3	12	7,2-20	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaijão	0,1	5,4	2,6-17	<1,0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Bahamas	3,3	6,8	3,3-22	3,8	-	-	<0,5	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Bangladesh	<0,1	11	6,4-18	1,4	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	4400	-
Barbados	1,5	2,7	1,5-4,2	<1,0	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Barein	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélgica	0,3	14	8,1-22	5,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	2,5	3,7	2-5,7	1	-	-	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Benin	1,8	87	57-120	45	2003	1,7-2,1	9,8	0,4	1,1	14	8	44	17	62	370	-
Bielo-Rússia	0,3	20	11-47	5,1	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
Bolívia	0,1	7	3,8-17	1,9	-	-	-	-	-	18	15	37	20	-	310	74
Bósnia e Herzegovina	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
Botsuana	24,1	270	260-350	140	2005	33,5	14	5,7	15,3	33	40	88	75	120	150	99
Brasil	0,5	620	370-1000	220	-	-	-	-	-	67	67	71	58	-	3700	-
Brunei	<0,1	<0,1	<0,2	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Bulgária	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	-	-
Burquina Fasso	2	150	120-190	80	2005	1,8	17	0,5	1,4	23	19r	67	64r	120	710	71
Burundi	3,3	150	130-180	79	2004	8,6	20	0,8	2,3	-	30	-	25	120	600	86
Butão	<0,1	<0,5	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camarões	5,4	510	460-560	290	2002	7	43	1,4 h	4,8 h	34	32r	57	62r	240	1000	87
Camboja	1,6	130	74-210	59	2002	2,7	-	0,1 h	0,3 h	45	50	84	-	-	470	80
Canadá	0,3	60	48-72	9,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cazaquistão	0,1	12	11-77	6,8	-	-	-	-	-	-	22	65	32	-	-	98
Chade	3,5	180	88-300	90	2005	3,6	16	0,9	2,2	20	8	25	17	57	600	105
Chile	0,3	28	17-56	7,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200	-
China	0,1	650	390-1100	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20600	-
Chipre	-	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cingapura	0,3	5,5	3,1-14	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-
Colômbia	0,6	160	100-320	45	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	870	-
Comores	<0,1	<0,5	<1,0	<0,1	-	-	<0,1	<0,1	<0,1	-	10	-	-	-	33	59
Congo	5,3	120	75-160	61	2002	3	15	1,2	3,7	22	10	38	20	110	270	90
Coreia do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coreia do Sul	<0,1	13	7,9-25	7,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	450	-
Costa do Marfim	7,1	750	470-1000	400	2002	5,2	74	0,3 h	2,4 h	28	18	53	39	450	1400	121
Costa Rica	0,3	7,4	3,6-24	2	2002	5,2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Croácia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,1	4,8	2,3-15	2,6	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	120	-
Dinamarca	0,2	5,6	3,4-9,3	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibuti	3,1	15	3,9-34	8,4	-	-	1,2	0,7	2,1	22	18	50	26	6	48	82
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egito	<0,1	5,3	2,9-13	<1,0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
El Salvador	0,9	36	22-72	9,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Emirados Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equador	0,3	23	11-74	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230	-
Eritreia	2,4	59	33-95	31	-	-	6,6	0,6	1,6	-	37	-	-	36	280	83
Eslováquia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovênia	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Espanha	0,6	140	84-230	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	0,6	1200	720-2000	300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), final de 2005	Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV, 2005 (milhares)			Transmissão de mãe para filho		nfeções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos		
								Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2005		% de pessoas com amplo conhecimento sobre HIV, 2000-2006*		% de pessoas que usaram preservativo em sua última relação sexual de alto risco 2000-2006*		Crianças (0-17 anos)		
														órfãs devido à aids, 2005	órfãs devido a todas as causas, 2005	Taxa de frequência escolar de órfãos
		estimativa	estimativa	baixa	alta	Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	ano	mediana	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)
Estônia	1,3	10	4,8 - 32	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etiópia	-	-	420 - 1300	-	2003	11,5	-	0,3 h	1,2 h	33	21	50	28	-	4800	60
Federação Russa	1,1	940	560 - 1600	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	0,1	<1,0	0,3 - 2,1	<0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-
Filipinas	<0,1	12	7,3 - 20	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2000	-
Finlândia	0,1	1,9	1,1 - 3,1	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
França	0,4	130	78 - 210	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabão	7,9	60	40 - 87	33	-	-	3,9	1,8	5,4	22	24	48	33	20	65	98
Gâmbia	2,4	20	10 - 33	11	-	-	1,2	0,6	1,7	-	39	-	54	4	64	87
Gana	2,3	320	270 - 380	180	2003	3,9	25	0,1 h	1,2 h	44	34r	52	42r	170	1000	79p
Geórgia	0,2	5,6	2,7 - 18	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grécia	0,2	9,3	5,6 - 15	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,9	61	37 - 100	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370	98
Guiana	2,4	12	4,7 - 23	6,6	-	-	<1,0	-	-	47	53	68	62	-	26	-
Guiné	1,5	85	69 - 100	53	2004	4,4	7	0,6 h	1,2 h	23	17	37	26	28	370	73
Guiné-Bissau	3,8	32	18 - 50	17	-	-	3,2	0,9	2,5	-	18	-	39	11	100	97
Guiné Equatorial	3,2	8,9	7,3 - 11	4,7	-	-	<1,0	0,7	2,3	-	4	-	-	5	29	95
Haiti	3,8	190	120 - 270	96	2000	3,7	17	0,6 h	1,5 h	40	32	43	29	-	490	86
Holanda	0,2	18	11 - 29	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	1,5	63	35 - 99	16	-	-	2,4	-	-	-	30	-	24	-	180	-
Hungria	0,1	3,2	1,9 - 5,3	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iêmen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Salomão	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Índia#	0,9	2500	2000 - 3100	1600	-	-	-	-	-	43	24	37	22	-	25700	84
Indonésia	0,1	170	100 - 290	29	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	5300	82
Irã	0,2	66	36 - 160	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1500	-
Iraque	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	84
Irlanda	0,2	5	3 - 8,3	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islândia	0,2	<0,5	<1,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	4	2,2 - 9,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Itália	0,5	150	90 - 250	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	1,5	25	14 - 39	6,9	-	-	<0,5	-	-	-	60	-	-	-	55	101
Japão	<0,1	17	10 - 29	9,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordânia	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuait	-	<1,0	<2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos	0,1	3,7	1,8 - 12	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	290	-
Lesoto	23,2	270	250 - 290	150	2004	27,3	18	6,0 h	15,4 h	18	26	53	53	97	150	95
Letônia	0,8	10	6,1 - 17	2,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	0,1	2,9	1,4 - 9,2	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250	-
Líbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	0,2	3,3	1,6 - 10	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	0,2	<1,0	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0,5	49	16 - 110	13	-	-	1,6	0,6	0,3	16	19	12	5	13	900	76
Malásia	0,5	69	33 - 220	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-
Malawi	14,1	940	480 - 1400	500	2001	15	91	2,1 h	9,1 h	36	41r	47	40r	550	950	96
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	1,7	130	96 - 160	66	2002	2,5	16	0,4	1,2	15	9	35	17	94	710	104
Malta	0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marrocos	0,1	19	12 - 38	4	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Maurício	0,6	4,1	1,9 - 13	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-
Mauritânia	0,7	12	7,3 - 23	6,3	-	-	1,1	0,2	0,5	-	-	-	-	7	170	-
México	0,3	180	99 - 440	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Mianmá	1,3	360	200 - 570	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1700	-
Micronésia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	16,1	1800	1400 - 2200	960	2002	14,7	140	3,6	10,7	33	20	33	29	510	1500	80
Moldova	1,1	29	15 - 69	16	-	-	-	-	-	54	42	63	44	-	-	-
Mônaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	<0,1	<0,5	<2,0	<0,1	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	79	96
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-

TABELA 4. HIV/AIDS

Países e territórios	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), final de 2005	Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV, 2005 (milhares)			Transmissão de mãe para filho		nfeções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos		
								Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2005		% de pessoas com amplo conhecimento sobre HIV, 2000-2006*		% de pessoas que usaram preservativo em sua última relação sexual de alto risco 2000-2006*		Crianças (0-17 anos)		
		homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	Taxa de frequência escolar de órfãos 2000-2006*						
		baixa	alta	Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	Taxa de prevalência de HIV em gestantes jovens (15-24 anos) em capitais	Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	órfãs devido à aids, 2005	órfãs devido a todas as causas, 2005
Namíbia	19,6	230	110-360	130	2004	7,5	17	4,4	13,4	41	31	69	48	85	140	92
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	0,5	75	41-180	16	-	-	-	-	-	44	28	78	-	-	970	-
Nicarágua	0,2	7,3	3,9-18	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	130	-
Níger	1,1	79	39-130	42	-	-	8,9	0,1 h	0,5 h	16	13	37	18	46	800	-
Nigéria	3,9	2900	1700-4200	1600	-	-	240	0,9	2,7	21	18	46	24	930	8600	64p
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	0,1	2,5	1,5-4,1	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nova Zelândia	0,1	1,4	0,8-2,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omã	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	0,9	17	11-34	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-
Papua Nova Guiné	1,8	60	32-140	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	350	-
Paquistão	0,1	85	46-210	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4400	-
Paraguai	0,4	13	6,2-41	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Peru	0,6	93	56-150	26	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-	660	85p
Polónia	0,1	25	15-41	7,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	0,4	32	19-53	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quênia	6,1	1300	1100-1500	740	-	-	150	1,3 h	5,9 h	47	34	47	25	1100	2300	95
Quirguistão	0,1	4	1,9-13	<1,0	-	-	-	-	-	-	20	-	56	-	-	-
Quiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	0,2	68	41-110	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rep. Centro-Africana	10,7	250	110-390	130	2002	14	24	2,5	7,3	-	17	-	41	140	330	96
Rep. Dem. do Congo	3,2	1000	560-1500	520	2003	3,2	120	0,8	2,2	-	-	-	-	680	4200	72
República Checa	0,1	1,5	0,9-2,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	1,1	66	56-77	31	-	-	3,6	0,4 h	0,7 h	-	36	52	29	-	220	93
Romênia	<0,1	7	3,4-22	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-
Ruanda	3,1	190	180-210	91	2003	10,3	27	0,4 h	1,5 h	54	51	40	26	210	820	82
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	109
São Vicente e Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seichelas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	0,9	61	29-100	33	2005	0,9	5	0,2 h	0,6 h	24	19	52	36	25	560	83p
Serra Leoa	1,6	48	27-73	26	2003	3,2	5,2	0,4	1,1	-	17	-	20	31	340	83
Sérvia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	74	-	-	-
Síria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	106
Somália	0,9	44	23-81	23	-	-	4,5	0,2	0,6	-	4	-	-	23	630	87
Sri Lanka	<0,1	5	3-8,3	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310	-
Suazilândia	33,4	220	150-290	120	2004	37,3	15	7,7	22,7	52	52	70	54	63	95	97
Sudão	1,6	350	170-580	180	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	1700	96
Suécia	0,2	8	4,8-13	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suíça	0,4	17	9,9-27	5,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	1,9	5,2	2,8-8,1	1,4	-	-	<0,1	-	-	-	41	-	49	-	10	97
Tadjiquistão	0,1	4,9	2,4-16	<0,5	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Tailândia	1,4	580	330-920	220	-	-	16	-	-	-	46	-	-	-	1200	99
Tanzânia	6,5	1400	1300-1600	710	2003	8,2	110	3,0 h	4,0 h	40	45	46	34	1100	2400	102
Territórios Palestinos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	3,2	110	65-160	61	2004	9,3	9,7	0,8	2,2	-	28	-	50	88	280	94
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	2,6	27	15-42	15	-	-	<1,0	-	-	-	54	-	51	-	28	101
Tunísia	0,1	8,7	4,7-21	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turcomenistão	<0,1	<0,5	<1,0	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Turquia	-	<2,0	<5,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrânia	1,4	410	250-680	200	-	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	98
Uganda	6,7	1000	850-1200	520	2005	5,2	110	1,1 h	4,3 h	35	30	55	53	1000	2300	94
Uruguai	0,5	9,6	4,6-30	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-
Uzbequistão	0,2	31	15-99	4,1	-	-	-	-	-	7	31r	50	61r	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Taxa estimada de prevalência de HIV entre adultos (15-49 anos), final de 2005	Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV, 2005 (milhares)		Transmissão de mãe para filho		nfeções pediátricas	Prevenção entre jovens						Órfãos				
				Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV, 2005 (milhares)	Taxa de prevalência de HIV em gestantes jovens (15-24 anos) em capitais		Prevalência de HIV entre jovens (15-24 anos), 2005	% de pessoas com amplo conhecimento sobre HIV, 2000-2006*		% de pessoas que usaram preservativo em sua última relação sexual de alto risco, 2000-2006*		Crianças (0-17 anos)					
												órfãs devido à aids, 2005	órfãs devido a todas as causas, 2005	Taxa de frequência escolar de órfãos			
															estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	2000-2006*
estimativa	baixa	estimativa	alta	ano	mediana	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres	estimativa (milhares)	estimativa (milhares)	2000-2006*			
Venezuela	0,7	110	54 - 350	31	-	-	-	-	-	50	42r	68	-	-	480	-	
Vietnã	0,5	260	150 - 430	84	-	-	-	0,8 h	0 h	50	42r	68	-	-	1800	84	
Zâmbia	17	1100	1100 - 1200	570	2004	20,7	130	3,0 h	11,1 h	46	41	38	26	710	1200	103	
Zimbábue	20,1	1700	1100 - 2200	890	2004	18,6	160	4,2 h	11,0 h	46	44	68	42	1100	1400	9	

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	6,1	24500	21600 - 27400	13200	-	9.7	2000	1.4	4.3	31	25	47	31	12000	46600	80
África Oriental e Meridional	8,6	17500	15800 - 19200	9400	-	13.5	1400	2.1	6.2	37	31	46	32	8700	24300	84
África Ocidental e Central	3,5	6900	5300 - 8700	3700	-	4.0	650	0.7	2.3	24	19	47	31	3300	22200	76
Oriente Médio e Norte da África	0,2	510	320 - 830	210	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ásia Meridional [#]	0,7	5900	3600 - 9700	1600	-	-	130	-	-	43	23	38	22	-	37500	84
Leste da Ásia e Pacífico	0,2	2300	1800 - 3200	750	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	34800	-
América Latina e Caribe	0,6	1900	1500 - 2800	640	-	-	54	-	-	-	-	47	-	-	10700	-
ECO/CEI	0,6	1500	1000 - 2300	450	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países industrializados [§]	0,4	2000	1400 - 3000	530	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países em desenvolvimento [§]	1,1	35100	30300 - 41900	16400	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	-	-	-
Países menos desenvolvidos [§]	2,7	11700	10100 - 13500	6000	-	7.5	1100	1.1	2.9	-	24	-	-	-	-	82
Mundial	1,0	38600	33400 - 46000	17300	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	15200	132700	-

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de prevalência estimada entre adultos – Porcentagem de adultos (15-49 anos de idade) vivendo com HIV ao final de 2005.

Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV – Número estimado de pessoas (todas as idades) vivendo com HIV ao final de 2005.

Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV – Número estimado de mulheres vivendo com HIV ao final de 2005.

Taxa de prevalência de HIV em gestantes jovens (19-24 anos), em capitais – Porcentagem de amostras de sangue de gestantes (15-24 anos de idade) com resultados positivos para HIV durante vigilância 'anônima desvinculada' em clínicas de atendimento pré-natal selecionadas.

Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV – Número estimado de crianças (0-14 anos de idade) vivendo com HIV ao final de 2005.

Prevalência de HIV entre homens e mulheres jovens – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) vivendo com HIV ao final de 2005.

Amplo conhecimento sobre HIV – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) que identificam corretamente os dois métodos principais para evitar a transmissão sexual de HIV (usar preservativos e limitar as relações sexuais a um parceiro fiel e não infectado); que rejeitam os dois conceitos locais errôneos mais comuns sobre a transmissão de HIV; e que sabem que uma pessoa aparentemente saudável pode ter o vírus da aids.

Uso de preservativo na última relação sexual de alto risco – Porcentagem de homens e mulheres jovens (15-24 anos de idade) que afirmam ter usado preservativo em sua última relação sexual com um parceiro com quem não eram casados nem coabitavam, e aqueles que tiveram relações sexuais com esses parceiros nos últimos 12 meses.

Crianças órfãs devido à aids – Número estimado de crianças (0-17 anos de idade) que, ao final de 2005, haviam perdido um ou ambos os pais devido à aids.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Número estimado de crianças (0-17 anos de idade) que, ao final de 2005, haviam perdido um ou ambos os pais devido a qualquer causa.

Taxa de frequência escolar de órfãos – Porcentagem de crianças (10-14 anos de idade) que perderam ambos os pais biológicos e que estão frequentando a escola, como porcentagem de crianças não-órfãs do mesmo grupo etário, vivendo com pelo menos um dos pais e que estão frequentando a escola.

FONTES PRINCIPAIS

Taxa de prevalência estimada entre adultos – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Unaids), Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006.

Número estimado de pessoas vivendo com HIV – Unaids, Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006.

Número estimado de mulheres (15+) vivendo com HIV – Unaids, Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006.

Prevalência de HIV entre gestantes vivendo em capitais – Unaids, Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006.

Número estimado de crianças (0-14 anos) vivendo com HIV – Unaids, Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006.

Prevalência de HIV entre homens e mulheres jovens – Unaids, Relatório sobre Epidemia Global de aids, 2006, Indicadores Pesquisas sobre aids (AIS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), 2001-2006.

Amplo conhecimento sobre HIV – AIS, Pesquisas de Vigilância Comportamental (BSS), DHS, Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e Pesquisas sobre Saúde Reprodutiva (RHS) 2000-2006; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', www.measuredhs.com/hivdata.

Uso de preservativo na última relação sexual de alto risco – AIS, BSS, DHS e RHS (2000-2006); 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', www.measuredhs.com/hivdata.

Crianças órfãs devido à aids – Unaids, UNICEF e Agência Americana para Desenvolvimento Internacional (Usaid), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations*, 2006.

Crianças órfãs devido a todas as causas – Unaids, UNICEF e Usaid, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations*, 2006.

Taxa de frequência escolar de órfãos – AIS, DHS e MICS, (2000-2006); 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', www.measuredhs.com/hivdata.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- p A proporção de órfãos (10-14 anos de idade) que frequentam a escola está baseada em pequenos denominadores (tipicamente 25-49 casos não ponderados).
- # Os dados revisados sobre prevalência de HIV entre adultos para a Índia não estavam disponíveis no momento da publicação; os dados mais recentes da Índia sobre o "Número estimado de pessoas (todas as idades) que vivem com HIV" não estão incluídos nos resumos regionais.
- r Refere-se ao ano com dados mais recentes sobre mulheres do que sobre homens.
- h Dados provenientes de pesquisas DHS e AIS realizadas entre 2001 e 2006.

TABELA 5. EDUCAÇÃO

Países e territórios	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2006*		Número por 100 habitantes 2005		Taxa de matrícula na escola primária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola primária (2000-2006*)		% de ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série 2000-2006*		Taxa de matrícula na escola secundária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola secundária (2000-2006*)	
	homens	mulheres	telefones	usuários de internet	bruta		líquida		líquida		dados administrativos	dados de pesquisas	bruta		líquida		líquida	
					meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Afganistão	51	18	4	1	108	64	-	-	66	40	-	92	24	8	-	-	18	6
A.R.I. da Macedônia	99	99	88	8	98	98	92	92	97	93	98y	100	85	83	83	81	79	78
África do Sul	94x	94x	82	11	106	102	87	87	80	83	82	98x,y	90	97	58	65	41x	48x
Albânia	99	100	60	6	106	105	94	94	92	92	90y	9	79	77	75	73	79	77
Alemanha	-	-	162	43	101	101	96	96	-	-	99y	-	101	99	-	-	-	-
Andorra	-	-	149	33	89	85	82	79	-	-	-	-	84	93	73	80	-	-
Angola	84	63	11	1	69x	59x	-	-	58	59	-	75	19	15	-	-	22	20
Antígua e Barbuda	-	-	150	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	97	95	73	12	91	91	77	79	-	-	96	-	89	86	63	68	-	-
Argélia	94	86	49	6	116	107	98	95	97	96	96	95	80	86	65	68	57	65
Argentina	99	99	82	18	113	112	99	98	-	-	97	-	83	89	76	82	-	-
Armênia	100	100	30	5	92	96	77	81	99	98	-	100	87	89	83	86	93	95
Austrália	-	-	142	70	104	104	96	97	-	-	-	-	152	145	86	87	-	-
Áustria	-	-	152	49	106	106	96	98	-	-	99y	-	105	100	-	-	-	-
Azerbaijão	100x	100x	40	8	97	96	85	84	91	91	98y	99	84	81	79	76	87	84
Bahamas	-	-	112	32	101	101	90	92	-	-	99	-	90	91	83	85	-	-
Bangladesh	67	60	7	0	107	111	93	96	79	84	65	94	47	48	44	45	36	41
Barbados	-	-	127	59	108	108	98	98	-	-	98	-	113	113	96	97	-	-
Barein	97	97	130	21	105	104	97	97	86	87	99	99	96	102	87	93	77	85
Bélgica	-	-	135	46	104	104	99	99	-	-	-	-	112	108	97	98	-	-
Belize	76x	77x	57	14	130	125	93	96	-	-	91	-	84	85	71	72	-	-
Benin	59	33	11	6	107	85	86	70	60	47	52	92	41	23	23	11	19	12
Bielo-Rússia	100x	100x	76	35	103	100	91	88	93	94	99y	100	95	96	88	89	95	97
Bolívia	99	96	33	5	113	113	94	96	78	77	85	50	90	87	73	72	57	56
Bósnia e Herzegovina	100	100	66	21	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
Botsuana	92	96	54	3	107	105	85	84	83	86	91	96y	72	75	57	62	36	44
Brasil	96	98	68	21	146	135	95	95	95	95	81y	84x,y	101	111	75	81	42x	50x
Brunei	99	99	85	36	108	107	93	94	-	-	100	-	94	98	85	90	-	-
Bulgária	98	98	113	21	103	102	94	93	-	-	92y	-	106	101	89	87	-	-
Burquina Fasso	40	27	5	0	64	51	50	40	49	44	76	91	16	12	13	9	17	15
Burundi	77	70	2	1	91	78	63	58	72	70	67	87	16	12	-	-	8	6
Butão	-	-	9	3	-	-	80	79	74	67	93	-	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	96	97	32	6	111	105	91	89	97	96	78	-	65	70	55	60	-	-
Camarões	-	-	14	2	126	107	-	-	86	81	64	91	49	39	-	-	45	42
Camboja	88	79	8	0	139	129	93	90	73	76	56	95	35	24	27	22	24	21
Canadá	-	-	117	68	100	99	99	100	-	-	93	-	119	116	-	-	-	-
Catar	95	98	119	28	107	106	96	96	-	-	-	-	101	99	91	89	-	-
Cazaquistão	100x	100x	55	4	110	108	92	90	99	98	100y	100	100	97	92	91	97	97
Chade	56	23	2	0	92	62	72	50	41	31	33	64y	23	8	16	5	13	7
Chile	99	99	90	29	106	101	91	89	-	-	100	-	90	91	-	-	-	-
China	99	99	57	8	114	112	99	99	-	-	-	-	74	75	-	-	-	-
Chipre	100	100	136	39	101	101	99	99	-	-	99	-	96	98	93	95	-	-
Cingapura	99x	99x	143	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colômbia	98	98	65	10	113	111	87	87	90	92	81	89	74	82	53	58	64	72
Comores	-	-	4	3	91	80	80	65	31	31	80	25	40	30	-	-	10	11
Congo	98	97	13	1	91	84	40	48	86	87	66	95	42	35	-	-	39	42
Coreia do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Coreia do Sul	-	-	135	68	105	104	100	99	-	-	99	-	96	96	94	94	-	-
Costa do Marfim	71	52	14	1	80	63	62	50	66	57	88	92	32	18	26	15	32	22
Costa Rica	97	98	58	21	110	109	91	93	87	89	87	-	77	82	58	64	59	65
Croácia	100	100	122	32	95	94	88	87	-	-	100y	-	88	89	84	86	-	-
Cuba	100	100	9	2	104	99	98	96	-	-	97	99y	94	94	87	88	-	-
Dinamarca	-	-	162	53	98	99	95	96	-	-	93	-	122	126	91	93	-	-
Djibuti	-	-	8	1	44	36	37	30	80	78	77x	96	29	19	27	18	50	42
Dominica	-	-	88	-	93	92	83	85	-	-	93	-	109	106	92	92	-	-
Egito	90	79	34	7	104	97	96	91	96	94	95	99	89	82	85	79	72	67
El Salvador	87	90	49	9	115	111	93	93	-	-	69	-	62	64	52	54	-	-
Emirados Árabes Unidos	98	96	128	29	85	82	71	70	-	-	97	-	62	66	56	59	-	-
Equador	96	97	60	7	117	117	97	98	-	-	76	-	61	61	52	53	-	-
Eritreia	-	-	2	2	71	57	51	43	69	64	79	82y	40	23	30	20	23	21
Eslováquia	-	-	106	35	99	98	91	92	-	-	97y	-	94	95	-	-	-	-
Eslovênia	100	100	131	55	102	101	99	98	-	-	99y	-	100	100	94	95	-	-

	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2006*		Número por 100 habitantes 2005		Taxa de matrícula na escola primária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola primária (2000-2006*)		% de ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série 2000-2006*		Taxa de matrícula na escola secundária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola secundária (2000-2006*)	
	homens	mulheres	telefones	usuários de internet	bruta		líquida		líquida		dados administrativos	dados de pesquisas	bruta		líquida		líquida	
					meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Espanha	100x	100x	142	40	108	105	100	99	-	-	100	-	121	127	97	100	-	-
Estados Unidos	-	-	130	66	100	99	92	93	-	-	-	-	94	96	88	90	-	-
Estônia	100	100	142	52	102	99	95	95	-	-	99	-	100	101	90	93	-	-
Etiópia	62	39	1	0	107	94	71	66	45	45	68y	78	41	28	38	26	30	23
Federação Russa	100	100	112	15	129	129	92	93	-	-	-	-	93	91	-	-	-	-
Fiji	-	-	37	8	107	105	97	96	-	-	99	-	85	91	80	85	-	-
Filipinas	94	97	45	5	113	112	93	95	88	89	75	93	81	90	55	66	55	70
Finlândia	-	-	141	53	100	99	98	98	-	-	100	-	108	113	95	95	-	-
França	-	-	135	43	112	110	99	99	-	-	98x	-	116	116	98	100	-	-
Gabão	97	95	50	5	130	129	77	77	94	94	69	91y	49	42	-	-	34	36
Gâmbia	-	-	19	4	79	84	78	77	60	62	-	97	51	42	49	41	39	34
Gana	76	66	14	2	94	93	69	70	75	75	63	90	50	43	40	36	45	45
Geórgia	-	-	39	6	93	94	93	93	99y	100y	98y	-	82	83	81	81	-	-
Granada	-	-	72	19	94	91	84	83	-	-	79	-	99	102	78	80	-	-
Grécia	99	99	149	18	101	101	99	99	-	-	99	-	103	101	90	92	-	-
Guatemala	86	78	46	8	118	109	96	92	80	76	68	73x,y	54	49	35	32	23x	24x
Guiana	-	-	52	21	133	131	-	-	96	96	64	97	101	103	-	-	66	73
Guiné	59	34	3	1	88	74	70	61	55	48	76	97	39	21	31	17	27	17
Guiné-Bissau	-	-	8	2	84	56	53	38	54	53	-	80	23	13	11	6	8	7
Guiné Equatorial	95	95	21	1	117	111	85	77	61	60	33	72y	38	22	-	-	23	22
Haiti	-	-	8	7	-	-	-	-	48	51	-	89	-	-	-	-	18	21
Holanda	-	-	144	74	108	106	99	98	-	-	99	-	120	117	86	88	-	-
Honduras	87	91	25	4	113	113	90	92	77	80	70	83	59	73	-	-	29	36
Hungria	-	-	126	30	99	97	90	88	-	-	98y	-	97	96	90	90	-	-
Iêmen	91	59	14	1	102	75	87	63	68	41	73	88x,y	62	31	46	21	35x	13x
Ilhas Cook	-	-	-	-	83	81	78	77	-	-	-	-	72	73	62	68	-	-
Ilhas Marshall	-	-	9	-	105	101	90	89	-	-	-	-	75	78	72	77	-	-
Ilhas Salomão	-	-	3	1	99	94	65	62	-	-	-	-	32	27	28	24	-	-
Índia	84	68	13	5	123	116	92	86	84	85	73	95y	63	50	-	-	64	58
Indonésia	99	99	27	7	119	115	97	94	94	95	90	96y	64	63	59	58	54	56
Irã	98	97	38	11	100	122	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraque	89	81	6	0	108	89	94	81	91	80	81	95	54	36	44	31	46	34
Irlanda	-	-	152	34	108	106	96	96	-	-	100	-	108	118	85	91	-	-
Islândia	-	-	169	62	101	98	100	97	-	-	100	-	107	109	87	89	-	-
Israel	-	-	155	24	109	110	97	98	-	-	100	-	93	92	89	89	-	-
Itália	100	100	167	48	103	102	99	98	-	-	100	-	100	99	92	93	-	-
Jamaica	-	-	118	46	95	94	90	90	97	98	90	99	86	89	77	80	88	92
Japão	-	-	121	67	100	100	100	100	-	-	-	-	102	102	99	100	-	-
Jordânia	99	99	66	13	96	96	88	90	99	99	96	99y	87	88	77	80	85	89
Kuait	100	100	108	26	99	97	87	86	-	-	99y	-	92	98	76	80	-	-
Laos	83	75	12	0	123	108	86	81	81	77	63	92	53	40	41	35	40	33
Lesoto	-	-	17	3	132	132	84	89	82	88	73	91	34	43	19	30	16	27
Letônia	100	100	113	45	94	90	86	89	-	-	98y	-	98	99	-	-	-	-
Libano	-	-	46	20	108	105	93	92	97	97	93	96	85	93	-	-	61	68
Libéria	65	70	-	-	115	83	74	58	-	-	-	-	37	27	22	12	-	-
Líbia	100	97	20	4	106	105	-	-	-	-	-	-	96	115	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	137	63	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituânia	100	100	150	26	95	95	89	89	-	-	98y	-	97	96	91	91	-	-
Luxemburgo	-	-	207	68	100	100	95	95	-	-	92	-	91	97	79	85	-	-
Madagascar	59	57	3	1	141	136	93	92	74	77	43	93	14x	14x	11x	11x	17	21
Malásia	97	97	92	42	96	96	96	95	-	-	98	-	72	81	71	81	-	-
Malawi	82x	71x	4	0	121	124	92	97	86	88	42	87	31	25	25	22	27	26
Maldivas	98	98	-	-	95	93	79	79	-	-	92	-	68	78	60	66	-	-
Mali	32x	17x	8	1	74	59	56	45	45	33	87	93	29	18	-	-	15	11
Malta	94x	98x	131	32	101	95	88	84	-	-	99	-	98	101	84	83	-	-
Marrocos	81	61	45	15	111	99	89	83	91	87	79	86y	54	46	38	32	39	36
Maurício	94	95	81	24	102	102	94	96	-	-	97	-	89	88	81	82	-	-
Mauritânia	68	56	26	1	93	94	72	72	46	42	57	69y	22	19	17	14	15	9
México	98	98	62	17	110	108	98	98	97	97	94	-	78	83	64	66	-	-
Mianmá	96	93	1	0	99	101	89	91	83	84	70	100	41	40	38	37	51	48
Micronésia	-	-	24	13	116	113	-	-	-	-	-	-	83	88	-	-	-	-
Moçambique	60x	37x	8	1	111	94	81	74	63	57	62	84	16	11	8	6	8	7

TABELA 5. EDUCAÇÃO

Países e territórios	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2006*		Número por 100 habitantes 2005		Taxa de matrícula na escola primária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola primária (2000-2006*)		% de ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série 2000-2006*		Taxa de matrícula na escola secundária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola secundária (2000-2006*)	
	homens	mulheres	telefones	usuários de internet	bruta		líquida		líquida		dados administrativos	dados de pesquisas	bruta		líquida		líquida	
					meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas			meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas
Moldova	100	100	48	13	93	92	86	86	84	85	91y	100	80	83	75	77	82	85
Mônaco	-	-	145	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	97	98	27	10	92	94	83	85	96	98	91y	96	86	98	79	90	85	91
Montenegro	-	-	-	-	98	98	-	-	98	97	-	97	88	89	-	-	90	92
Namíbia	91	94	31	4	99	100	69	74	78	78	86	95	52	60	33	44	29	40
Nauru	-	-	-	-	84	83	-	-	-	-	31	-	46	50	-	-	-	-
Nepal	81	60	3	1	129	123	90	83	86	82	79	95	46	40	-	-	46	38
Nicarágua	84	89	23	2	113	110	88	86	77	84	54	63	62	71	40	46	35	47
Níger	52	23	2	0	54	39	46	33	36	25	65	89	10	7	9	6	6	6
Nigéria	87	81	15	4	111	95	72	64	66	58	73	97	37	31	29	25	38	33
Niue	-	-	-	-	78	97	-	-	-	-	-	-	104	94	91x	96x	-	-
Noruega	-	-	149	58	98	98	98	98	-	-	100	-	114	114	97	97	-	-
Nova Zelândia	-	-	131	68	102	102	99	99	-	-	-	-	119	127	90	93	-	-
Omã	98	97	62	11	81	82	73	74	-	-	100	-	90	86	77	77	-	-
Palau	-	-	-	-	108	101	98	95	-	-	-	-	97	105	-	-	-	-
Panamá	97	96	67	6	113	109	99	98	-	-	85	-	68	73	61	67	-	-
Papua Nova Guiné	69	64	2	2	80	70	-	-	-	-	68	-	29	23	-	-	-	-
Paquistão	77	53	12	7	99	75	77	59	62	51	70	90	31	23	24	18	23	18
Paraguai	96	96	36	3	106	103	87	88	95	96	81	90x,y	63	64	-	-	81	80
Peru	98	96	28	16	113	112	96	97	94	94	90	95	91	92	70	69	70	70
Polónia	-	-	106	26	98	98	96	97	-	-	99	-	100	99	92	94	-	-
Portugal	100	100	149	27	117	112	98	98	-	-	-	-	94	104	79	87	-	-
Quênia	80	81	14	3	114	110	78	79	79	79	83	98	50	48	42	42	12	13
Quirguistão	100x	100x	19	5	98	97	87	86	91	93	97y	99	86	87	80	81	90	92
Quiribati	-	-	-	2	111	113	96	98	-	-	82	-	82	93	65	71	-	-
Reino Unido	-	-	167	54	107	107	99	99	-	-	-	-	104	107	94	97	-	-
Rep. Centro-Africana	70	47	3	0	67	44	44	37	64	54	-	73	-	-	13	9	16	10
Rep. Dem. do Congo	78	63	5	0	69	54	-	-	55	49	-	54	28	16	-	-	18	15
República Checa	-	-	147	27	102	100	91	93	-	-	98	-	95	97	-	-	-	-
República Dominicana	93	95	51	17	116	110	87	88	84	88	86	91	64	78	47	59	27	39
Romênia	98	98	82	22	108	106	93	92	-	-	95y	-	85	86	79	82	-	-
Ruanda	79	77	3	1	119	121	72	75	84	87	46	84	15	13	11	10	5	5
Samoa	99	99	24	3	100	100	90	91	-	-	94	-	76	85	62	70	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	-	-	-	34	111	107	98	96	-	-	96	-	71	85	61	76	-	-
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	-	-	83	-	97	102	91	96	-	-	87	-	95	93	87	85	-	-
São Tomé e Príncipe	96	95	12	15	135	132	97	96	94	95	76	87	43	46	30	34	39	41
São Vicente e Granadinas	-	-	78	8	117	105	92	88	-	-	88	-	67	83	57	71	-	-
Seichelas	99	99	97	26	115	116	99	100	-	-	99	-	106	105	94	100	-	-
Senegal	59	41	17	5	80	77	70	67	58	59	73	95	24	18	19	15	20	16
Serra Leoa	60	37	-	0	171	139	-	-	69	69	-	92	35	26	-	-	22	17
Sérvia	-	-	-	-	98	98	-	-	98	98	-	100	88	89	-	-	90	93
Síria	95	90	31	6	127	121	97	92	97	96	92	99	70	65	64	60	64	65
Somália	-	-	7	1	-	-	-	-	24	20	56y	92	-	-	-	-	8	4
Sri Lanka	95	96	22	2	102	101	99	98	-	-	100	-	82	83	-	-	-	-
Suazilândia	87	90	23	4	111	104	80	81	73	72	77	89	46	44	31	35	24	33
Sudão	85	71	7	8	65	56	47	39	60	57	79	71	35	33	-	-	19	20
Suécia	-	-	171	76	97	97	96	96	-	-	-	-	103	103	99	100	-	-
Suíça	-	-	161	51	102	101	93	93	-	-	-	-	98	91	87	81	-	-
Suriname	96	94	70	7	120	120	93	96	94	93	-	93	75	100	63	87	55	66
Tadjiquistão	100	100	8	0	103	99	99	96	89	88	98y	99	89	74	86	73	89	74
Tailândia	98	98	59	11	98	94	90	86	98	98	-	99	69	72	62	66	77	84
Tanzânia	81	76	9	1	112	109	99	97	71	75	85	96	7x	5x	-	-	8	8
Territórios Palestinos	99	99	39	7	89	88	80	80	91	92	98y	99	96	103	92	98	-	-
Timor Leste	-	-	-	-	157	145	-	-	76y	74y	-	-	52	52	-	-	-	-
Togo	84	64	10	6	109	92	84	72	82	76	75	92	54	27	30	14	45	32
Tonga	99x	99x	44	3	118	112	97	93	-	-	89	-	94	102	61	75	-	-
Trinidad e Tobago	100	100	86	12	102	99	90	90	98	98	91	99	79	82	68	70	84	90
Tunísia	96	92	69	9	111	108	97	97	95	93	97	92y	80	88	62	68	-	-
Turcomenistão	100x	100x	10	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Turquia	98	93	86	15	96	91	92	87	91	87	97	97x,y	83	68	72	61	53	47
Tuvalu	-	-	-	-	95	102	-	-	-	-	70	100	87	81	-	-	-	-

	Taxa de alfabetização de jovens (15-24 anos) 2000-2006*		Número por 100 habitantes 2005		Taxa de matrícula na escola primária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola primária (2000-2006*)		% de ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série 2000-2006*		Taxa de matrícula na escola secundária 2000-2006*				Taxa de frequência na escola secundária (2000-2006*)	
					bruta		líquida		líquida	bruta			líquida		líquida			
	homens	mulheres	de internet	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	dados administrativos	dados de pesquisas	meninos	meninas	meninos	meninas	meninos	meninas	
Ucrânia	100	100	90	10	107	107	83	83	96	98	-	100	92	85	82	77	90	93
Uganda	83	71	5	2	119	119	-	-	82	81	48	89	21	17	16	14	16	16
Uruguai	98x	99x	66	21	110	108	92	93	-	-	91	-	98	113	-	-	-	-
Uzbequistão	-	-	9	3	100	99	-	-	100	100	96y	100	96	93	-	-	91	90
Vanuatu	-	-	9	3	120	116	95	93	-	-	78	-	44	38	42	36	-	-
Venezuela	96	98	60	13	106	104	91	92	91	93	91	96	70	79	59	68	30	43
Vietnã	94x	94x	30	13	98	91	97	92	94	94	87	98	77	75	71	68	77	78
Zâmbia	73x	66x	9	3	114	108	89	89	55	58	94	88	31	25	29	23	17	19
Zimbábue	98	98	8	8	97	95	81	82	85	87	70	88	38	35	35	33	45	45

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	76	64	14	3	102	91	75	70	64	60	70	86	37	30	30	25	25	22
África Oriental e Meridional	75	64	17	3	110	104	83	81	66	67	69	87	41	35	35	30	20	19
África Ocidental e Central	76	64	11	2	95	79	68	59	62	55	71	86	34	25	26	20	30	25
Oriente Médio e Norte da África	92	83	37	9	100	94	86	81	89	86	88	91	74	68	67	62	54	52
Ásia Meridional	81	65	12	5	118	109	90	83	81	79	72	94	56	46	-	-	55	50
Leste da Ásia e Pacífico	99	98	52	10	112	110	98	97	91	92	84**	96**	72	72	61**	62**	60**	63**
América Latina e Caribe	96	97	61	16	120	115	95	94	90	91	85	-	85	92	67	71	-	-
ECO/CEI	99	98	84	14	105	102	91	89	93	91	97	-	90	86	80	75	80	78
Países industrializados [§]	-	-	138	55	102	101	95	96	-	-	-	-	102	103	92	93	-	-
Países em desenvolvimento [§]	90	84	35	8	111	105	90	86	80	78	77**	92**	63	59	52**	50**	50**	46**
Países menos desenvolvidos [§]	74	59	6	1	100	91	80	75	65	63	67	85	36	29	33	28	26	24
Mundial	91	85	53	15	110	104	91	87	80	78	78**	92**	68	64	59**	58**	50**	47**

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de alfabetização de jovens – Número de pessoas entre 15 e 24 anos de idade que são alfabetizadas, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Taxa bruta de matrículas na escola primária – Número de pessoas matriculadas na escola primária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de pessoas na idade oficial para a escola primária.

Taxa bruta de matrículas na escola secundária – Número de pessoas matriculadas na escola secundária, independentemente de idade, expresso como porcentagem do número total de pessoas na idade oficial para a escola secundária.

Taxa líquida de matrículas na escola primária – Número de pessoas matriculadas na escola primária que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde ao nível primário, expresso como porcentagem do número total de crianças na idade oficial para escola primária.

Taxa líquida de matrículas na escola secundária – Número de pessoas matriculadas na escola secundária que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde ao nível secundário, expresso como porcentagem do número total de pessoas na idade oficial para a escola secundária.

Taxa líquida de frequência na escola primária – Número de pessoas que freqüentam a escola primária ou secundária, que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde a escola primária, expresso como porcentagem do número total de pessoas na idade oficial para a escola primária. Esses dados são extraídos de pesquisas domiciliares nacionais.

Taxa líquida de frequência na escola secundária – Número de pessoas que freqüentam a escola secundária ou o ensino superior, que pertencem ao grupo etário que oficialmente corresponde à escola secundária, expresso como porcentagem do número total de pessoas na idade oficial para a escola secundária.

Ingressantes na escola primária que chegam à 5ª série – Porcentagem de crianças que ingressam na 1ª série da escola primária e chegam à 5ª série.

FONTES PRINCIPAIS

Alfabetização de adultos – Instituto da Unesco para Estatísticas (IUE).

Uso de telefone e Internet – Sindicato Internacional de Telecomunicações (Genebra).

Matrículas na escola primária e secundária – IUE.

Frequência na escola primária e secundária – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS).

Crianças que chegam à 5ª série – Dados administrativos: IUE. Dados de pesquisas: DHS e MICS.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não estão incluídos no cálculo de médias regionais ou globais.
- y Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados estão incluídos no cálculo de médias regionais e globais.
- * Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
- ** Não inclui China.

TABELA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países e territórios	População (milhares) 2006		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2006	% da população urbanizada 2006	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18	abaixo de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Afganistão	13982	4823	0,3	4,5	29	23	20	52	52	49	35	41	43	7,2	23	2,9	6
A.R.I. da Macedônia	486	117	1	0,4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1,5	70	2	1,6
África do Sul	18349	5254	2,4	1,7	14	8	16	38	29	23	53	62	50	2,7	60	2,9	2,6
Albânia	1003	250	2,2	-0,2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2,1	46	2,9	1,2
Alemanha	14517	3548	0,1	0,2	12	11	10	14	11	8	71	75	79	1,4	75	0,1	0,4
Andorra	14	4	3,9	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3,8	1,9
Angola	8797	3082	2,7	2,8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6,5	54	7,3	5,2
Antígua e Barbuda	28	8	-0,6	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0,3	2,4
Arábia Saudita	9671	2879	5,2	2,5	18	5	4	48	36	25	52	68	72	3,5	81	7,5	2,8
Argélia	11870	3213	3	1,7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2,4	64	4,4	3
Argentina	12277	3346	1,5	1,1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2,3	90	2	1,4
Armênia	789	164	1,7	-1	5	8	9	23	21	12	70	68	72	1,3	64	2,3	-1,4
Austrália	4803	1267	1,4	1,2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1,8	88	1,4	1,4
Áustria	1584	394	0,2	0,5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1,4	66	0,2	0,5
Azerbaijão	2604	547	1,7	1	7	7	7	29	27	15	65	66	67	1,7	52	2	0,7
Bahamas	106	28	2	1,6	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2	91	3,1	2,1
Bangladesh	64194	18951	2,4	2	20	12	8	45	35	26	44	54	63	2,9	25	7,2	3,6
Barbados	67	17	0,6	0,5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1,5	53	1	1,6
Barein	226	65	4	2,5	9	4	3	40	29	18	62	72	75	2,4	97	4,3	3,1
Bélgica	2138	561	0,2	0,3	12	11	10	14	12	11	71	76	79	1,6	97	0,3	0,4
Belize	123	36	2,1	2,6	8	5	4	40	35	26	66	72	76	3	48	1,7	2,7
Benin	4437	1488	3	3,3	22	15	12	47	47	41	46	53	56	5,6	40	6,7	4,3
Bielo-Rússia	1936	455	0,6	-0,3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1,2	73	2,7	0,2
Bolívia	4131	1243	2,3	2,1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3,6	65	4	3,1
Bósnia e Herzegovina	842	195	0,9	-0,6	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1,2	46	2,8	0,5
Botsuana	784	216	3,3	1,9	13	7	15	45	35	25	55	64	49	3	58	11,8	4
Brasil	62408	18092	2,2	1,5	10	7	6	35	24	20	59	66	72	2,3	85	3,7	2,3
Brunei	131	40	3,4	2,5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2,4	74	3,7	3,2
Bulgária	1331	341	0,2	-0,9	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1,3	70	1,4	-0,5
Burquina Fasso	7573	2605	2,4	3	24	17	15	51	49	45	42	50	52	6,1	19	6,8	4,9
Burundi	4249	1461	2,4	2,3	20	19	16	44	48	46	44	46	49	6,8	10	7,3	5,4
Butão	252	61	3	1,1	23	14	7	47	38	19	41	52	65	2,3	11	6,1	4
Cabo Verde	240	73	1,4	2,4	12	8	5	40	39	30	56	65	71	3,5	58	5,5	4,1
Camarões	8791	2851	2,9	2,5	19	13	15	45	42	36	46	55	50	4,5	56	6,4	4,4
Camboja	6261	1690	1,7	2,4	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3,3	20	2	5,4
Canadá	6948	1716	1,2	1	7	7	7	17	14	10	73	77	80	1,5	80	1,3	1,3
Catar	204	64	7,2	3,5	13	3	2	34	23	17	60	69	75	2,7	96	7,4	3,7
Cazaquistão	4595	1253	1,2	-0,5	9	9	10	26	23	19	62	67	66	2,2	58	1,7	-0,3
Chade	5528	1943	2,5	3,4	21	16	16	46	48	46	45	52	50	6,3	26	5,5	4,7
Chile	4897	1233	1,6	1,4	10	6	5	29	23	15	62	73	78	1,9	88	2,1	1,7
China	348276	84390	1,6	0,9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1,7	41	3,9	3,4
Chipre	202	49	0,5	1,4	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1,6	69	3	1,6
Cingapura	1010	207	1,9	2,3	5	5	5	23	18	9	69	75	80	1,3	100	1,9	2,3
Colômbia	16233	4438	2,2	1,7	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2,3	73	3,2	2
Comores	395	129	3,3	2,8	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4,5	38	5,1	4,6
Congo	1788	587	3	2,6	14	11	12	44	39	36	54	57	54	4,6	61	4,7	3,3
Coreia do Norte	6744	1606	1,7	1	7	6	10	35	21	14	62	71	67	1,9	62	2,1	1,4
Coreia do Sul	10616	2369	1,5	0,7	9	6	6	31	16	9	60	71	78	1,2	81	4,5	1,3
Costa do Marfim	9179	2849	4,4	2,5	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4,6	45	6,1	3,3
Costa Rica	1490	393	2,6	2,2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2,1	62	4	3,5
Croácia	859	205	0,4	0,1	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1,3	57	1,9	0,4
Cuba	2630	652	1	0,4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1,5	75	2	0,5
Dinamarca	1210	321	0,2	0,3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1,8	86	0,5	0,4
Djibuti	368	107	6,2	2,4	21	14	12	49	42	29	43	51	54	4,1	87	7,3	3,2
Dominica	23	6	0,3	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2,1	0,3
Egito	29263	8634	2,2	1,9	17	9	6	41	32	25	50	62	71	3	43	2,4	1,8
El Salvador	2685	775	1,8	1,8	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2,7	60	2,9	3
Emirados Árabes Unidos	976	315	10,6	5,1	11	3	1	36	27	16	61	73	78	2,3	77	10,5	5
Equador	5064	1414	2,7	1,6	12	6	5	42	29	22	58	68	75	2,6	63	4,4	2,4

	População (milhares) 2006		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2006	% da popu- lação urbanizada 2006	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18	abaixo de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Eritreia	2330	808	2,7	2,5	21	16	10	47	41	40	43	48	57	5,2	20	3,8	3,9
Eslováquia	1114	259	0,7	0,2	10	10	10	19	15	10	70	72	74	1,2	56	2,3	0,1
Eslovênia	349	89	0,7	0,2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1,3	51	2,3	0,3
Espanha	7671	2268	0,7	0,8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1,4	77	1,4	0,9
Estados Unidos	75757	20776	1	1	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2,1	81	1,1	1,5
Estônia	261	67	0,7	-1	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1,5	69	1,1	-1,2
Etiópia	41299	13439	2,7	2,9	21	18	13	49	47	39	43	47	52	5,4	16	4,6	4,4
Federação Russa	27839	7195	0,7	-0,2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1,3	73	1,5	-0,3
Fiji	321	90	1,6	0,9	8	6	7	34	29	22	60	67	69	2,8	51	2,5	2,2
Filipinas	36430	11027	2,6	2,1	11	7	5	40	33	27	57	65	71	3,3	63	4,5	3,8
Finlândia	1097	286	0,4	0,3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1,8	61	1,4	0,3
França	13555	3834	0,6	0,5	11	9	9	17	13	12	72	77	80	1,9	77	0,8	0,7
Gabão	554	158	2,8	2,2	20	11	12	34	36	26	47	61	56	3,1	84	6,6	3,5
Gâmbia	784	261	3,5	3,4	28	15	11	50	43	36	37	51	59	4,8	55	6,8	5,7
Gana	10452	3195	2,7	2,4	16	11	10	45	40	30	49	57	59	4	49	3,9	4,2
Geórgia	1043	237	0,7	-1,3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1,4	52	1,5	-1,6
Granada	43	10	0,1	0,6	9	10	8	28	28	18	64	66	68	2,3	31	0,1	0,3
Grécia	1917	513	0,7	0,6	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1,3	59	1,3	0,6
Guatemala	6463	2066	2,5	2,4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4,3	48	3,2	3,3
Guiana	268	73	0,1	0,1	11	9	9	38	25	18	60	62	66	2,4	28	0,2	-0,2
Guiné	4576	1544	2,3	2,6	27	19	12	50	47	41	38	47	55	5,6	33	5,1	3,7
Guiné-Bissau	889	322	2,8	3	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7,1	30	5,9	3,3
Guiné Equatorial	241	81	0,8	2,4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5,4	39	2	3,1
Haiti	4190	1244	2,1	1,8	18	13	10	39	37	28	47	54	60	3,7	39	4,1	3,6
Holanda	3592	987	0,7	0,6	8	9	9	17	13	12	74	77	79	1,7	81	1,2	1,6
Honduras	3235	943	3	2,2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3,4	47	4,6	3,2
Hungria	1935	475	0	-0,2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1,3	67	0,5	-0,1
Iêmen	11482	3639	3,3	3,6	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5,6	28	5,5	5,3
Ilhas Cook	5	2	-0,9	-1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0,5	-0,2
Ilhas Marshall	22	6	4,2	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4,3	1,5
Ilhas Salomão	226	70	3,3	2,7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	4	17	5,5	4,2
Índia	445361	126843	2,2	1,8	16	10	8	38	32	24	49	59	64	2,9	29	3,5	2,6
Indonésia	76870	21720	2,1	1,4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2,2	49	5	4,4
Irã	24682	6270	3,4	1,3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2	67	4,9	2,5
Iraque	13691	4223	3	2,7	12	8	10	46	39	33	56	63	58	4,4	67	4,1	2,4
Irlanda	1047	315	0,9	1,1	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2	61	1,3	1,6
Islândia	78	21	1,1	1	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2	93	1,4	1,1
Israel	2231	679	2,2	2,6	7	6	5	27	22	20	71	76	80	2,8	92	2,6	2,7
Itália	9886	2729	0,3	0,2	10	10	10	17	10	9	72	77	80	1,4	68	0,4	0,3
Jamaica	1011	277	1,2	0,8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2,5	53	2,1	1,3
Japão	21393	5622	0,8	0,2	7	7	9	19	10	9	72	79	82	1,3	66	1,7	0,5
Jordânia	2460	718	3,5	3,5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3,2	83	4,8	4,4
Kuait	769	236	5,3	1,6	6	2	2	48	24	18	66	75	77	2,2	98	6	1,6
Laos	2682	715	2,3	2,2	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3,3	21	4,7	4,1
Lesoto	952	272	2,2	1,4	17	11	19	43	36	30	49	59	42	3,5	19	5,7	2
Letônia	427	102	0,6	-0,9	11	13	14	14	14	9	70	69	72	1,3	68	1,3	-1,1
Libano	1367	363	1	1,9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2,2	87	2,7	2,2
Libéria	1922	690	2,2	3,2	22	21	19	49	50	50	42	43	45	6,8	59	4,9	4,9
Líbia	2154	676	3,9	2	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2,8	85	6,7	2,5
Liechtenstein	7	2	1,5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1,6	1,5
Lituânia	713	151	0,8	-0,5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1,3	66	2,4	-0,6
Luxemburgo	101	27	0,6	1,2	12	11	9	13	13	12	70	75	79	1,7	83	1	1,3
Madagascar	9613	3142	2,8	2,9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4,9	27	5,3	3,8
Malásia	9623	2758	2,6	2,3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2,7	68	4,5	4,3
Malauí	7286	2425	3,7	2,3	24	18	16	56	50	42	41	49	47	5,7	18	7	4,8
Maldivas	123	30	2,9	2,1	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2,6	30	6,8	3
Mali	6528	2247	2,3	2,8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6,6	31	4,7	4,6
Malta	85	20	0,9	0,7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1,4	96	0,9	1,1
Marrocos	11135	2978	2,4	1,4	17	8	6	47	30	21	52	64	71	2,4	59	4,1	2,6

TABELA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	População (milhares) 2006		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2006	% da população urbanizada 2006	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18	abaixo de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Maurício	360	94	1,2	1,1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1,9	42	1,4	0,8
Mauritânia	1415	456	2,6	2,8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4,5	41	7,6	2,9
México	37911	10445	2,4	1,4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2,3	76	3,4	1,7
Mianmá	15772	4146	2,1	1,2	15	11	10	40	27	19	51	59	61	2,1	31	2,5	2,6
Micronésia	50	14	2,2	0,9	9	7	6	41	34	27	62	66	68	3,9	22	2,4	0
Moçambique	10674	3670	1,8	2,7	25	20	20	48	43	41	39	43	42	5,2	35	8,3	5,9
Moldova	975	213	1	-0,8	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1,4	47	2,9	-0,8
Mônaco	6	2	1,2	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,2	0,5
Mongólia	918	233	2,8	1	14	9	7	42	33	19	53	61	66	1,9	57	4	1
Montenegro	145	38	0,6	0,1	3	5	9	10	11	13	69	75	74	1,8	-	-	-
Namíbia	942	248	3	2,3	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3,3	36	4,1	3,9
Nauru	4	1	1,7	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,7	0,6
Nepal	12487	3626	2,3	2,3	21	13	8	42	39	29	43	54	63	3,4	16	6,3	6,1
Nicarágua	2446	671	2,7	1,8	13	7	5	47	37	25	54	64	72	2,8	59	3,3	2,5
Níger	7455	2713	3,1	3,5	26	22	14	58	56	50	40	46	56	7,3	17	5,9	4,1
Nigéria	73703	24503	2,8	2,7	22	18	17	47	47	41	42	47	47	5,5	49	5,3	4,8
Niue	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
Noruega	1092	284	0,4	0,6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1,8	77	0,9	1,1
Nova Zelândia	1066	284	1	1,2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2	86	1,2	1,3
Omã	1014	269	4,5	2	17	4	3	50	38	22	49	70	75	3,1	71	9,3	2,6
Palau	8	2	1,4	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2,2	1,8
Panamá	1172	344	2,4	1,9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2,6	72	3	3,7
Papua Nova Guiné	2899	898	2,4	2,5	19	11	10	42	37	31	43	54	57	4	13	3,9	2,7
Paquistão	70673	19012	3,2	2,2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3,6	35	4,2	3,1
Paraguai	2522	731	2,7	2,2	7	6	6	37	33	25	65	68	71	3,2	59	4	3,4
Peru	10318	2815	2,5	1,5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2,5	73	3,4	1,8
Polónia	7684	1765	0,8	0	8	10	10	17	15	9	70	71	75	1,2	62	1,6	0,1
Portugal	1996	557	0,7	0,4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1,5	58	1,8	1,6
Quênia	18155	6161	3,7	2,8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5	21	6,5	3,7
Quirguistão	1959	504	2	1,1	11	8	8	31	31	21	60	66	66	2,5	36	2	0,8
Quiribati	35	10	2,5	1,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4	4
Reino Unido	13155	3467	0,1	0,3	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1,8	90	0,8	0,4
Rep. Centro-Africana	2107	668	2,4	2,2	22	16	19	42	42	37	42	50	44	4,7	38	3,9	2,4
Rep. Dem. do Congo	32671	11843	3,1	2,9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6,7	33	2,6	3,9
República Checa	1857	466	0,2	-0,1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1,2	73	2,1	-0,2
República Dominicana	3760	1110	2,3	1,7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2,9	68	3,9	3
Romênia	4276	1058	0,7	-0,5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1,3	54	2,2	-0,5
Ruanda	4844	1617	3,3	1,6	20	33	17	53	49	44	44	33	46	6	20	5,9	9,9
Samoa	88	25	0,6	0,9	10	7	5	39	34	26	55	65	71	4,1	23	0,8	1,3
San Marino	6	2	1,2	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	3,1	1,4
Santa Lúcia	55	15	1,4	1,1	8	7	7	41	25	19	64	71	73	2,2	28	2,4	0,7
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	17	5	-0,5	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0,4	0,7
São Tomé e Príncipe	75	23	2,3	1,8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	4	59	4,2	3,7
São Vicente e Granadinas	42	12	0,9	0,6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2,2	46	3	1,4
Seichelas	44	15	1,6	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4,8	1,2
Senegal	5888	1913	2,9	2,7	21	12	9	48	43	36	45	57	63	4,9	42	4,2	3,1
Serra Leoa	2827	999	2,1	2,1	29	26	23	47	48	46	35	39	42	6,5	41	4,8	4,1
Sérvia	2222	605	0,8	0,2	9	10	11	18	15	13	68	71	74	1,8	-	-	-
Síria	8342	2500	3,5	2,6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3,2	51	4,1	2,9
Somália	4261	1507	3,1	1,4	24	22	17	51	46	44	40	42	47	6,2	36	4,5	2,6
Sri Lanka	5576	1483	1,6	0,7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1,9	15	1	-0,1
Suazilândia	536	147	3,2	1,7	18	10	20	50	41	29	48	59	40	3,6	24	7,5	2,1
Sudão	17697	5483	2,9	2,3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4,4	42	5,3	5,1
Suécia	1925	499	0,3	0,4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1,8	84	0,4	0,5
Suíça	1500	362	0,5	0,5	9	9	8	16	12	9	73	78	81	1,4	76	1,6	1,2
Suriname	160	45	0,4	0,8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2,5	74	2,4	1,3
Tadjiquistão	3090	858	2,9	1,4	10	8	6	40	39	28	60	63	66	3,5	25	2,2	-0,2
Tailândia	16522	4514	1,9	1	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1,8	33	3,6	1,6

	População (milhares) 2006		Taxa de crescimento anual da população (%)		Taxa bruta de mortalidade			Taxa bruta de natalidade			Expectativa de vida			Taxa total de fertilidade 2006	% da popu- lação urbanizada 2006	Taxa média anual de crescimento da população urbana (%)	
	abaixo de 18	abaixo de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006			1970-1990	1990-2006
Tanzânia	20171	6953	3,1	2,7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5,3	25	7,5	4,4
Territórios Palestinos	2039	673	3,4	3,7	19	7	4	49	46	37	54	68	73	5,3	72	4,5	4
Timor Leste	570	190	1	2,6	22	18	9	46	43	42	40	46	60	6,7	27	3,4	4,1
Togo	3192	1045	3,1	3	18	12	10	48	44	38	48	58	58	5	41	4,9	4,9
Tonga	44	12	-0,2	0,3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3,8	24	0,4	0,7
Trinidad e Tobago	365	93	1,2	0,5	7	7	8	27	21	15	66	70	69	1,6	13	-0,5	2,9
Tunísia	3225	823	2,4	1,4	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1,9	66	3,8	2
Turcomenistão	1865	491	2,6	1,8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2,6	47	2,3	2
Turquia	24632	6630	2,3	1,6	12	8	6	39	26	19	56	65	72	2,2	68	4,5	2,4
Tuvalu	4	1	1,3	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4,6	2,7
Ucrânia	8676	2001	0,4	-0,6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1,2	68	1,4	-0,5
Uganda	16828	5840	3,2	3,2	16	15	14	49	50	47	50	51	50	6,6	13	5,7	4,1
Uruguai	943	254	0,5	0,4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2,1	92	0,9	0,7
Uzbequistão	10673	2861	2,7	1,7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2,6	37	3,1	1,2
Vanuatu	102	31	2,8	2,4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3,9	24	4,9	4
Venezuela	10052	2880	3	2	7	5	5	37	29	22	65	71	73	2,6	94	3,8	2,7
Vietnã	30570	8101	2,2	1,7	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2,2	27	2,7	3,4
Zâmbia	6164	2012	3,2	2,3	17	16	20	49	44	40	49	49	41	5,3	35	4,5	1,6
Zimbábue	6199	1703	3,5	1,5	13	8	19	48	37	28	55	63	42	3,3	36	6,1	2,9

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	376047	125254	2,9	2,6	20	16	15	48	45	40	45	50	50	5,3	35	4,7	4,1
África Oriental e Meridional	183232	60197	2,9	2,5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	5,0	29	4,7	3,7
África Ocidental e Central	192816	65057	2,9	2,7	22	17	16	48	47	42	43	49	50	5,6	42	4,8	4,3
Oriente Médio e Norte da África	152632	44126	3,0	2,0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3,1	58	4,4	2,8
Ásia Meridional	612647	174830	2,3	1,9	17	11	8	39	33	25	49	59	64	3,0	29	3,8	2,8
Leste da Ásia e Pacífico	566804	144870	1,8	1,1	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1,9	43	3,9	3,4
América Latina e Caribe	197134	55715	2,2	1,5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2,4	78	3,3	2,1
ECO/CEI	101837	26218	1,0	0,2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1,7	62	2,0	0,2
Países industrializados [§]	204920	54768	0,7	0,6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1,7	76	1,0	0,9
Países em desenvolvimento [§]	1958948	559069	2,2	1,6	13	9	8	38	29	23	55	63	66	2,8	43	3,8	2,9
Países menos desenvolvidos [§]	376727	122114	2,5	2,5	21	16	13	47	42	36	44	51	55	4,7	27	4,9	4,1
Mundial	2212024	625781	1,8	1,4	12	9	9	32	26	21	59	65	68	2,6	49	2,7	2--2

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Expectativa de vida ao nascer – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela faixa da população no momento de seu nascimento.

Taxa bruta de mortalidade – Número de óbitos anuais por mil pessoas.

Taxa bruta de natalidade – Número de nascimentos anuais por mil pessoas.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

População urbana – Porcentagem da população que vive em áreas urbanas caracterizadas de acordo com a definição nacional utilizada no censo demográfico mais recente.

FONTES PRINCIPAIS

População infantil – Divisão de População das Nações Unidas.

Taxas brutas de mortalidade e de natalidade – Divisão de População das Nações Unidas.

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

População urbana – Divisão de População das Nações Unidas.

TABELA 7. INDICADORES ECONÔMICOS

Países e territórios	RNB per capita (US\$) 2006	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2006	% da população com renda inferior a US\$1/dia 1995-2005*	% dos gastos do governo central (1995-2005*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2005	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países recebedores 2005	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2006			saúde	educação	defesa			1990	2005
Afganistão	250x	1,6x	-	-	-	-	-	-	2775	40	-	-
A.R.I. da Macedônia	3060	-	0,2	34	<2	-	-	-	230	4	-	9x
África do Sul	5390	0	0,8	9	11	-	-	-	700	0	-	6x
Albânia	2960	-0,7x	5,2	20	<2	4	2	4	319	4	4x	2x
Alemanha	36620	2,2x	1,4	1	-	19	1	4	-	-	-	-
Andorra	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1980	0,4x	2,1	361	-	6x	15x	34x	442	2	7	9
Antígua e Barbuda	11210	6,5x	1,8	2	-	-	-	-	7	1	-	-
Arábia Saudita	12510x	-2	0,1x	3x	-	6x	14x	36x	26	0	-	-
Argélia	3030	2	1,3	13	<2	4	24	17	371	0	62	19x
Argentina	5150	-1	1,3	6	7	5	5	3	100	0	30	12
Armênia	1930	-	5,2	78	<2	-	-	-	193	4	-	5x
Austrália	35990	2	2,5	2	-	15	10	6	-	-	-	-
Áustria	39590	2	1,9	1	-	14	10	2	-	-	-	-
Azerbaijão	1850	-	1,5	78	4	1	4	12	223	2	-	4x
Bahamas	14920x	2	0,4x	3x	-	16	20	3	-	-	-	-
Bangladesh	480	1	3	4	41	7	17	10	1321	2	17	5
Barbados	d	2	1,5x	3x	-	-	-	-	-2	0	14	5
Barein	14370x	-1,3x	2,3x	2x	-	8	15	14	0	0	-	-
Bélgica	38600	2	1,8	2	-	16	3	3	-	-	-	-
Belize	3650	3	2,3	1	-	8	20	5	13	1	5	34
Benin	540	0	1,4	6	31	6x	31x	17x	349	8	7	6x
Bielo-Rússia	3380	-	2,8	180	<2	3	4	3	54	0	-	1x
Bolívia	1100	-1	1,3	7	23	10	21	5	583	6	31	13
Bósnia e Herzegovina	2980	-	11,6x	5x	-	-	-	-	546	5	-	3x
Botsuana	5900	8	4,8	8	28x	5	26	8	71	1	4	1
Brasil	4730	2	1,1	81	8	6	6	3	192	0	19	26
Brunei	24100x	-2,1x	-0,8x	0x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgária	3990	3,4x	2	55	<2	12	5	6	-	-	19	28
Burquina Fasso	460	1	1,5	5	27	7x	17x	14x	660	13	6	10x
Burundi	100	1	-2,6	12	55	2	15	23	365	50	41	41
Butão	1410	4,7x	4,8	8	-	9	13	-	90	11	5x	5x
Cabo Verde	2130	-	3,3	4	-	-	-	-	161	16	5	6
Camarões	1080	3	0,7	4	17	3	12	10	414	3	18	11x
Camboja	480	-	5,8x	3x	34	-	-	-	538	9	-	0x
Canadá	36170	2	2,2	2	-	9	2	6	-	-	-	-
Catar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cazaquistão	3790	-	2,6	83	<2	4	4	5	229	1	-	38x
Chade	480	-1	2,4	7	-	8x	8x	-	380	10	2	7x
Chile	6980	2	3,7	6	<2	14	17	7	152	0	20	15
China	2010	7	8,8	5	10	0	2	12	1757	0	10	3
Chipre	18430x	5,9x	2,3x	4x	-	6	12	4	-	-	-	-
Cingapura	29320	6	3,7	0	-	6	22	29	-	-	-	-
Colômbia	2740	2	0,8	15	7	9	20	13	511	0	39	34
Comores	660	0,1x	-0,4	4	-	-	-	-	25	6	2	3x
Congo	950x	3	-0,8	8	-	4	4	10	1449	38	32	2
Coreia do Norte	a	-	-	-	-	-	-	-	81	0	-	-
Coreia do Sul	17690	6	4,5	4	<2	0	14	10	-	-	10x	10x
Costa do Marfim	870	-2	-0,5	6	15	4x	21x	4x	119	1	26	4
Costa Rica	4980	1	2,4	13	3	21	22	0	30	0	21	5
Croácia	9330	-	2,8	37	<2	13	8	4	125	0	-	27x
Cuba	1170x	-	3,5x	4x	-	23x	10x	-	88	0	-	-
Dinamarca	51700	2	1,9	2	-	1	12	5	-	-	-	-
Djibuti	1060	-	-2,4	3	-	-	-	-	79	10	-	4x
Dominica	3960	4,7x	1,4	2	-	-	-	-	15	5	4	13
Egito	1350	4	2,4	7	3	3	15	9	926	1	18	6
El Salvador	2540	-2	1,6	5	19	13	15	3	199	1	14	7
Emirados Árabes Unidos	23950x	-4,8x	-0,9x	3x	-	7	17	30	-	-	-	-
Equador	2840	1	1	5	18	11x	18x	13x	210	1	27	28
Eritreia	200	-	0x	12x	-	-	-	-	355	47	-	13x
Eslováquia	9870	-	2,9	8	<2	18	4	5	-	-	-	13x

	RNB per capita (US\$) 2006	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2006	% da população com renda inferior a US\$1/dia 1995-2005*	% dos gastos do governo central (1995-2005*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2005	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países receptores 2005	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2006			saúde	educação	defesa			1990	2005
Eslovênia	18890	-	3,3	16	<2	15	13	3	0	0	10x	16x
Espanha	27570	2	2,5	4	-	15	2	4	-	-	-	-
Estados Unidos	44970	2	2,1	2	-	24	3	20	-	-	-	-
Estônia	11410	1,5x	4,9	26	<2	16	7	5	-	-	-	15x
Etiópia	180	-	1,9	4	23	1	5	17	1937	17	33	4
Federação Russa	5780	-	0,6	78	<2	9	4	13	-	-	-	9x
Fiji	3300	0,6x	1,4x	3x	-	9	18	6	64	2	12	6x
Filipinas	1420	1	1,7	7	15	2	19	5	562	1	23	16
Finlândia	40650	3	2,6	2	-	3	10	4	-	-	-	-
França	36550	2	1,6	1	-	16x	7x	6x	-	-	-	-
Gabão	5000	0	-1	6	-	-	-	-	54	1	4	11x
Gâmbia	310	1	0,3	8	59	7x	12x	4x	58	13	18	11
Gana	520	-2	2,1	25	45	7x	22x	5x	1120	11	21	6
Geórgia	1560	3	1	116	7	3	4	9	310	5	-	8x
Granada	4420	4,9x	2,3	2	-	10x	17x	-	45	9	2	6
Grécia	21690	1	2,7	6	-	7	11	8	-	-	-	-
Guatemala	2640	0	1,2	9	14	11x	17x	11x	254	1	11	5
Guiana	1130	-2	3	8	<2x	-	-	-	137	18	-	5x
Guiné	410	0,3x	1,3	8	-	3x	11x	29x	182	5	18	17x
Guiné-Bissau	190	0	-2,5	17	-	1x	3x	4x	79	28	21	11x
Guiné Equatorial	8250	-	21,6	13	-	-	-	-	39	1	2	0x
Haiti	480	0	-2	19	54	-	-	-	515	13	5	3
Holanda	42670	2	1,8	2	-	10	11	4	-	-	-	-
Honduras	1200	1	0,6	14	15	10x	19x	7x	681	8	30	7
Hungria	10950	3	3,2	14	<2	6	5	3	-	-	30	30
Iêmen	760	-	1,5	18	16	4	22	19	336	3	4	2
Ilhas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-
Ilhas Marshall	3000	-	-2,2	5	-	-	-	-	57	31	-	-
Ilhas Salomão	680	3	-2,3	8	-	-	-	-	198	67	10	7x
Índia	820	2	4,4	6	34	2	2	13	1724	0	25	18x
Indonésia	1420	5	2,2	15	8	1	4	7	2524	1	31	20x
Irã	3000	-2	2,5	23	<2	6	7	14	104	0	1	4x
Iraque	2170x	-4,3x	-	-	-	-	-	-	21654	0	-	-
Irlanda	45580	3	6	4	-	16	14	3	-	-	-	-
Islândia	50580	3	2,3	4	-	26	10	-	-	-	-	-
Israel	18580x	2	1,5x	7x	-	13	15	19	-	-	-	-
Itália	32020	3	1,3	3	-	3	10	3	-	-	-	-
Jamaica	3480	-1	0,7	16	<2	7	15	2	36	0	20	16
Japão	38410	3	0,9	-1	-	2x	6x	4x	-	-	18	5
Jordânia	2660	2,5x	1,8	2	<2	10	16	19	622	5	18x	7x
Kuait	30630x	-6,8x	0,6x	4x	-	6	12	15	-	-	-	-
Laos	500	-	4,1	26	27	-	-	-	296	12	8	8x
Lesoto	1030	3	2,3	8	36	6	25	5	69	4	4	5
Letônia	8100	3	4,2	23	<2	11	6	4	-	-	-	18x
Líbano	5490	-	2,5	9	-	2	7	11	243	1	1x	63x
Libéria	140	-4	2,2	44	36x	5x	11x	9x	236	54	-	0x
Líbia	7380	-4,8x	-	-	-	-	-	-	24	0	-	-
Liechtenstein	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	7870	-	2,5	32	<2	10	7	4	-	-	-	13x
Luxemburgo	76040	3	3,3	2	-	13	10	1	-	-	-	-
Madagascar	280	-2	-0,5	15	61	8	13	5	929	17	32	14
Malásia	5490	4	3,2	3	<2	6	23	11	32	0	12	5
Malauí	170	0	1,1	28	21	7x	12x	5x	575	28	23	6x
Maldivas	2680	-	4,2x	1x	-	9	14	10	67	9	4	7
Mali	440	-1	2,2	5	36	2x	9x	8x	691	13	8	5x
Malta	13610x	7	2,7x	3x	-	14	13	2	0	0	0x	3x
Marrocos	1900	2	1,6	2	<2	3	18	13	652	1	18	11
Maurício	5450	5,1x	3,7	6	-	9	16	1	32	0	6	6
Mauritânia	740	-1	0,5	8	26	4x	23x	-	190	11	24	20x
México	7870	2	1,5	14	3	5	25	3	189	0	16	17
Mianmá	220x	2	6,6x	24x	-	5	15	22	145	0	17	3x

TABELA 7. INDICADORES ECONÔMICOS

	RNB per capita (US\$) 2006	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2006	% da população com renda inferior a US\$1/dia 1995-2005*	% dos gastos do governo central (1995-2005*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2005	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países receptores 2005	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2006			saúde	educação	defesa			1990	2005
Micronésia	2380	-	-0,2	2	-	-	-	-	106	42	-	-
Moçambique	340	-1x	4,4	21	36	5x	10x	35x	1286	21	21	3
Moldova	1100	1,8x	-2	57	<2	13	9	1	192	6	-	10x
Mônaco	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	880	-	3,3x	11x	11	6	9	9	212	12	-	2x
Montenegro	3860	-	2,6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namíbia	3230	-2,3x	1,5	9	35x	10x	22x	7x	123	2	12	4
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Nepal	290	1	1,9	6	24	5	18	11	428	6	12x	5x
Nicarágua	1000	-4	1,9	22	45	13x	15x	6x	740	15	2	6
Níger	260	-2	-0,5	4	61	-	-	-	515	15	12	6x
Nigéria	640	-1	0,7	22	71	1x	3x	3x	6437	9	22	16
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0	-	-
Noruega	66530	3	2,6	3	-	16	6	5	-	-	-	-
Nova Zelândia	27250	1	2,1	2	-	18	20	3	-	-	-	-
Omã	9070x	3	1,8x	1x	-	7	15	33	31	0	12	7
Palau	7990	-	-	3x	-	-	-	-	23	15	-	-
Panamá	4890	0	2,3	2	7	18	16	-	20	0	3	17
Papua Nova Guiné	770	-1	0,2	8	-	7	22	4	266	6	37	9
Paquistão	770	3	1,4	10	17	1	1	20	1666	2	16	9
Paraguai	1400	3	-0,5	11	14	7x	22x	11x	51	1	12	11
Peru	2920	-1	2,3	14	11	13	7	-	398	1	6	25
Polónia	8190	-	4,3	14	<2	11	12	4	-	-	4	28
Portugal	18100	3	1,9	4	<2x	16	16	3	-	-	-	-
Quênia	580	1	0	11	23	7	26	6	768	4	26	4
Quirguistão	490	-	-0,9	51	<2	11	20	10	268	12	-	11x
Quiribati	1230	-5	1,9	2	-	-	-	-	28	22	-	22x
Reino Unido	40180	2	2,5	3	-	15	4	7	-	-	-	-
Rep. Centro-Africana	360	-1	-0,6	3	67x	-	-	-	95	7	8	12x
Rep. Dem. do Congo	130	-2	-4,7	385	-	0	0	18	1828	26	5x	0x
República Checa	12680	-	2,1	8	<2	16	10	4	-	-	-	10x
República Dominicana	2850	2	3,7	11	3	10	13	4	77	0	7	6
Romênia	4850	0,9x	2	62	<2	14	7	5	-	-	0	17
Ruanda	250	1	0,3	9	60	5x	26x	-	576	28	10	7
Samoa	2270	-0,1x	2,5	6	-	-	-	-	44	12	5	5
San Marino	d	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	5110	5,3x	1,1	2	-	-	-	-	11	1	2	6
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	8840	6,3x	2,8	3	-	-	-	-	4	1	3	23
São Tomé e Príncipe	780	-	0,5x	34x	-	-	-	-	32	47	28	31x
São Vicente e Granadinas	3930	3	1,7	3	-	12	16	-	5	1	3	11
Seichelas	8650	3	1,4	2	-	10	9	4	19	3	7	6
Senegal	750	0	1,2	4	17	3	14	7	689	8	14	9x
Serra Leoa	240	0	-0,8	20	57x	10x	13x	10x	343	28	8	8
Sérvia	3910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Síria	1570	2	1,4	7	-	2	9	24	78	0	20	2
Somália	130x	-1	-	-	-	1x	2x	38x	236	0	25x	-
Sri Lanka	1300	3	3,8	9	6	6	10	18	1189	5	10	4
Suazilândia	2430	2	0,4	11	48	8	20	8	46	2	6	2
Sudão	810	0	3,7	37	-	1	8	28	1829	8	4	6
Suécia	43580	2	2,2	2	-	3	6	5	-	-	-	-
Suíça	57230	1	0,7	1	-	0	4	6	-	-	-	-
Suriname	3200	-2,2x	1,4	55	-	-	-	-	44	4	-	-
Tadjiquistão	390	-	-3,1	109	7	2	4	9	241	11	-	6x
Tailândia	2990	5	2,8	3	<2	8	20	6	-171	0	14	14
Tanzânia	350	-	1,6	15	58	6x	8x	16x	1505	12	25	2
Territórios Palestinos	1230x	-	-2,8x	4x	-	-	-	-	1102	25	-	-
Timor Leste	840	-	-	-	-	-	-	-	185	31	-	-
Togo	350	-1	-0,1	4	-	5x	20x	11x	87	4	8	0x
Tonga	2170	-	1,9	4	-	7x	13x	-	32	14	2	2x
Trinidad e Tobago	13340	1	4,7	5	12x	8	17	2	-2	0	18	4x

	RNB per capita (US\$) 2006	Taxa média de crescimento anual do PIB per capita (%)		Taxa média anual de inflação (%) 1990-2006	% da população com renda inferior a US\$1/dia 1995-2005*	% dos gastos do governo central (1995-2005*) com:			Fluxo de entradas de AOD em milhões de US\$ 2005	Fluxo de entradas de AOD como % do RNB dos países recebedores 2005	Serviço da dívida como % de exportações de bens e serviços	
		1970-1990	1990-2006			saúde	educação	defesa			1990	2005
Tunísia	2970	3	3,3	4	<2	5	20	5	376	1	22	12
Turcomenistão	1340x	-	-6,8x	408x	12x	-	-	-	28	0	-	30x
Turquia	5400	2	1,9	57	3	3	10	8	464	0	27	29
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Ucrânia	1950	-	-1,5	104	<2	3	6	3	410	1	-	10x
Uganda	300	-	3,1	8	85x	2x	15x	26x	1198	15	47	7
Uruguai	5310	1	1,2	20	<2	7	8	4	15	0	31	27
Uzbequistão	610	-	0,7	117	<2	-	-	-	172	1	-	21x
Vanuatu	1710	-0,5x	-0,3	3	-	-	-	-	39	12	2	1
Venezuela	6070	-2	-0,6	36	19	8	21	5	49	0	22	9
Vietnã	690	-	6	10	<2x	4	14	-	1905	4	7x	3x
Zâmbia	630	-2	0	35	64	13	14	4	945	16	13	22x
Zimbábue	340x	0	-2,4	76	56	8	24	7	368	8	19	6x

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	851	-	1,1	35	43	-	-	-	28779	5	11	10
África Oriental e Meridional	1171	-	1,2	38	34	-	-	-	12571	4	6	6
África Ocidental e Central	553	-	1	29	52	-	-	-	16208	9	20	15
Oriente Médio e Norte da África	2104	0	2,2	15	4	5	13	15	28451	3	21	14
Ásia Meridional	777	2	3,9	6	32	2	3	14	9260	1	21	-
Leste da Ásia e Pacífico	2371	6	6,7	5	9	1	7	11	8968	0	16	6
América Latina e Caribe	4847	1	1,4	37	9	7	15	4	5363	0	20	18
ECO/CEI	4264	-	1,1	74	2	7	6	9	4006	0	-	18
Países industrializados [§]	37217	2	1,9	2	-	18	4	12	-	-	-	-
Países em desenvolvimento [§]	1967	3	4,1	19	20	3	9	10	82952	1	18	13
Países menos desenvolvidos [§]	438	-	2,3	62	38	5	14	14	25979	10	13	8
Mundial	7406	2	2,3	8	19	14	5	11	84828	0	18	14

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

RNB per capita – Renda Nacional Bruta (RNB) é a soma do valor de contribuição de todos os produtores nacionais, acrescida de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção, mais as receitas líquidas de rendas primárias (pagamento de empregados e rendas de propriedades) provenientes de fontes externas. O RNB per capita é a renda nacional bruta dividida pela população na metade do ano. A RNB per capita é convertida em dólares americanos pelo método do World Bank Atlas.

PIB per capita – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescido de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. O PIB per capita é o produto interno bruto dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

% da população com renda inferior a US\$1 por dia – Porcentagem da população vivendo com menos de US\$1,08 por dia, a preços internacionais de 1993 (equivalentes a US\$1 por dia em preços de 1985, ajustados por Paridade de Poder de Compra). Como resultado de revisões nas taxas de câmbio de Paridade de Poder de Compra, as taxas de pobreza para cada país não podem ser comparadas com as taxas de pobreza relatadas em edições anteriores.

AOD – Assistência Oficial ao Desenvolvimento, líquida.

Serviço da dívida – Soma dos pagamentos dos juros e do principal de dívidas públicas externas de longo prazo e publicamente reconhecidas.

FONTES PRINCIPAIS

RNB per capita – Banco Mundial.

PIB per capita – Banco Mundial.

Taxa de inflação – Banco Mundial.

% da população com renda inferior a US\$1 por dia – Banco Mundial.

Gastos com saúde, educação e defesa – Fundo Monetário Internacional (FMI).

AOD – Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OCDE)

Serviço da dívida – Banco Mundial.

NOTAS- Dados não disponíveis.

y Dados que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.

◇ Estimativas globais e regionais para registros de nascimento incluídas nesta tabela estão baseadas em subconjuntos de países que dispõem de dados para o período entre 1999 e 2006.

Estimativas globais e regionais para um conjunto mais amplo de países estão disponíveis para o período 1997-2006, e podem ser encontradas no site www.childinfo.org/areas/birthregistration.

** Não inclui China.

TABELA 8. MULHERES

Países e territórios	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2006	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2006*	Taxas de matrícula e de frequência: de mulheres como % da de homens líquida						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2006*	Cobertura de cuidados pré-natais (%) 2000-2006*	Partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (%) 2000-2006*	Partos institucionais (%) 2000-2006*	Taxa de mortalidade materna ¹		
			escola primária 2000-2006*		escola secundária 2000-2006*		2000-2006* relatada	2005							
			matriculadas	frequenteando	matriculadas	frequenteando		ajustada					Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:		
Afganistão	100	30	-	61	-	33	10	16	14	13	1600	1800	8		
A.R.I. da Macedônia	107	96	100	96	98	99	-	81	99	98	13	10	6500		
África do Sul	104	96x	100	104x	112	117x	60	92	92	-	150x	400	110		
Albânia	109	99	100	100	97	97	60	97	100	98	17	92	490		
Alemanha	107	-	100	-	-	-	75x	-	-	-	8x	4	19200		
Andorra	-	-	96	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-		
Angola	108	65	-	102	-	91	6	66	45	16x	-	1400	12		
Antígua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	53x	100	100	-	0	-	-		
Arábia Saudita	106	86	103	-	108	-	32x	90x	91x	91x	-	18	1400		
Argélia	104	75	97	99	105	114	61	89	95	95	120x	180	220		
Argentina	111	100	99	-	108	-	-	99	99	99	39	77	530		
Armênia	110	99	105	99	104	102	53	93	98	97	27	76	980		
Austrália	106	-	101	-	101	-	-	100x	100x	-	-	4	13300		
Áustria	107	-	102	-	-	-	51x	100x	100x	-	-	4	21500		
Azerbaijão	112	98x	99	100	96	97	55	70	100	74	26	82	670		
Bahamas	108	-	102	-	102	-	-	-	99	-	-	16	2700		
Bangladesh	103	76	103	106	102	114	58	48	20	16	320	570	51		
Barbados	108	-	100	-	101	-	55x	100	100	-	0x	16	4400		
Barein	104	94	100	101	107	110	62x	97x	98x	98x	46x	32	1300		
Bélgica	108	-	100	-	101	-	78x	-	-	-	-	8	7800		
Belize	108	100x	103	-	101	-	56x	96	84x	77	130	52	560		
Benin	104	48	81	78	48	63	17	88	78	78	500x	840	20		
Bielo-Rússia	119	99x	97	101	101	102	73	99	100	100	10	18	4800		
Bolívia	107	87	102	99	99	98	58	79	67	57	230	290	89		
Bósnia e Herzegóvina	107	95	-	97	-	100	36	99	100	100	3	3	29000		
Botsuana	101	103	99	104	109	122	48	97	94	80x	330x	380	130		
Brasil	111	101	100	100x	108	119x	77x	97	88x	97	76	110	370		
Brunei	106	95	101	-	106	-	-	100x	99x	-	0x	13	2900		
Bulgária	110	99	99	-	98	-	86x	-	99	-	10	11	7400		
Burquina Fasso	106	55	80	90	69	88	17	85	54	51	480x	700	22		
Burundi	106	78	92	97	-	75	9	92	34	29	620	1100	16		
Butão	105	-	99	91	-	-	31	51	56	37	260	440	55		
Cabo Verde	109	86	98	99x	109	-	53x	99	89x	49x	76	210	120		
Camarões	102	78	-	94	-	93	29	82	63	61	670	1000	24		
Camboja	109	75	97	104	81	88	40	69	44	22	470	540	48		
Canadá	106	-	101	-	-	-	75x	-	98	-	-	7	11000		
Catar	102	100	100	-	98	-	43x	-	99x	98x	10x	12	2700		
Cazaquistão	118	99x	98	99	99	100	51	100	100	100	70	140	360		
Chade	106	32	69	76	31	54	3	39	14	13	1100	1500	11		
Chile	108	100	98	-	-	-	56x	95x	100	100	17	16	3200		
China	105	92	100	-	-	-	87	90	98	83	48	45	1300		
Chipre	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	0x	10	6400		
Cingapura	105	87x	-	-	-	-	62x	-	100x	-	6x	14	6200		
Colômbia	111	100	100	102	109	113	78	94	96	92	78	130	290		
Comores	107	-	81	100	-	110	26	75	62	43x	380	400	52		
Congo	105	87	120	101	-	108	44	86	83	82	780	740	22		
Coreia do Norte	106	-	-	-	-	-	62x	-	97	-	110x	370	140		
Coreia do Sul	110	-	99	-	100	-	81x	-	100x	-	20x	14	6100		
Costa do Marfim	104	64	81	86	58	69	13	85	57	54	540	810	27		
Costa Rica	106	100	102	102	110	110	96	92	99	94	36	30	1400		
Croácia	110	98	99	-	102	-	-	-	100	-	7	7	10500		
Cuba	105	100	98	-	101	-	77	100	100	-	37	45	1400		
Dinamarca	106	-	101	-	102	-	-	-	-	-	10x	3	17800		
Djibuti	105	-	81	98	67	84	9	67	61	74	74x	650	35		
Dominica	-	-	102	-	100	-	50x	100	100	-	0	-	-		
Egito	107	71	95	98	93	93	59	70	74	65	84	130	230		
El Salvador	109	96	100	-	104	-	67	86	92	69	71	170	190		
Emirados Árabes Unidos	106	99	99	-	105	-	28x	97x	99x	99x	3x	37	1000		
Equador	108	98	101	-	102	-	73	84	99x	74	110	210	170		
Eritreia	109	-	84	93	67	91	8	70	28	26	1000x	450	44		
Eslováquia	111	-	101	-	-	-	74x	-	100	-	6	6	13800		

	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2006	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2006*	Taxas de matrícula e de frequência: de mulheres como % da de homens líquida						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2006*	Cobertura de cuidados pré-natais (%) 2000-2006*	Partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (%) 2000-2006*	Partos institucionais (%) 2000-2006*	Taxa de mortalidade materna ^a		
			escola primária 2000-2006*		escola secundária 2000-2006*		2000-2006* relatada	ajustada					Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:		
			matriculadas	frequenteando	matriculadas	frequenteando									
Eslovênia	110	100	99	-	101	-	74x	98x	100	-	17x	6	14200		
Espanha	109	97x	99	-	103	-	81x	-	-	-	6x	4	16400		
Estados Unidos	107	-	101	-	102	-	76x	-	99x	-	8x	11	4800		
Estônia	117	100	100	-	103	-	70x	-	100	-	29	25	2900		
Etiópia	105	46	93	100	68	77	15	28	6	5	670	720	27		
Federação Russa	123	99	101	-	-	-	-	-	99	-	23	28	2700		
Fiji	107	-	99	-	106	-	44	-	99	-	38x	210	160		
Filipinas	106	102	102	101	120	127	49	88	60	38	170x	230	140		
Finlândia	108	-	100	-	100	-	-	100x	100x	100	6x	7	8500		
França	109	-	100	-	102	-	75x	99x	99x	-	10x	8	6900		
Gabão	102	91	100	100	-	106	33	94	86	85	520	520	53		
Gâmbia	104	-	99	103	84	87	18	98	57	55	730	690	32		
Gana	101	76	101	100	90	100	17	92	50	49	210x	560	45		
Geórgia	112	-	100	101x,y	100	-	47	94	99	92	23	66	1100		
Granada	105	-	99	-	103	-	54	100	100	-	0	-	-		
Grécia	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	1x	3	25900		
Guatemala	111	84	96	95	91	104x	43	84	41	42	150	290	71		
Guiana	109	-	-	100	-	111	35	90	94	-	120	470	90		
Guiné	106	42	87	87	55	63	9	82	38	31	980	910	19		
Guiné-Bissau	107	-	72	98	55	88	10	78	39	36	410	1100	13		
Guiné Equatorial	105	87	91	98	-	96	-	86	65	-	-	680	28		
Haiti	106	-	-	106	-	117	32	85	26	25	630	670	44		
Holanda	106	-	99	-	102	-	79x	-	100x	-	7x	6	10200		
Honduras	111	100	102	104	-	124	65	92	67	67	110x	280	93		
Hungria	112	-	98	-	100	-	77x	-	100	-	4	6	13300		
Iêmen	105	48	72	60x	46	37x	23	41	27	20	370	430	39		
Ilhas Cook	-	-	99	-	110	-	44	-	98	-	6x	-	-		
Ilhas Marshall	-	-	99	-	107	-	34	-	95x	-	74	-	-		
Ilhas Salomão	103	-	95	-	86	-	7	-	85x	-	140x	220	100		
Índia	105	66	93	101	-	91	56	74	47	41	300	450	70		
Indonésia	106	93	97	101	98	104	57	92	72	40	310	420	97		
Irã	105	88	110	97	95	-	74	77x	90	84	37x	140	300		
Iraque	107	76	86	88	70	74	50	84	89	63	290x	300	72		
Irlanda	106	-	100	-	107	-	-	-	100	100	6x	1	47600		
Islândia	104	-	97	-	102	-	-	-	-	-	-	4	12700		
Israel	105	-	101	-	100	-	-	-	-	-	5x	4	7800		
Itália	108	99	99	-	101	-	60x	-	-	-	7x	3	26600		
Jamaica	108	116	100	101	104	105	69	91	97	94	95	170	240		
Japão	109	-	100	-	101	-	56	-	100x	-	8x	6	11600		
Jordânia	105	92	102	100	104	105	56	99	100	97	41x	62	450		
Kuait	105	97	99	-	105	-	50x	95x	98x	98x	5x	4	9600		
Laos	104	79	94	95	85	83	32	27	19	-	410	660	33		
Lesoto	101	122	106	107	158	169	37	90	55	52	760	960	45		
Letônia	116	100	103	-	-	-	48x	-	100	-	10	10	8500		
Líbano	106	-	99	100	-	111	58	96	98x	-	100x	150	290		
Libéria	104	79	78	-	55	-	10	85	51	36	580x	1200	12		
Líbia	107	81	-	-	-	-	45x	81x	94x	-	77x	97	350		
Liechtenstein	-	-	102	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lituânia	117	100	100	-	100	-	47x	-	100	-	16	11	7800		
Luxemburgo	108	-	100	-	108	-	-	-	100	-	0x	12	5000		
Madagascar	106	87	99	104	100x	124	27	80	51	32	470	510	38		
Malásia	107	92	99	-	114	-	55x	79	98	98	28	62	560		
Malawi	101	72x	105	102	88	96	42	92	54	54	980	1100	18		
Maldivas	102	100	100	-	110	-	39	81	84	-	140	120	200		
Mali	109	48x	80	73	-	73	8	57	41	38	580	970	15		
Malta	105	103x	95	-	99	-	-	-	98x	-	-	8	8300		
Marrocos	106	61	93	96	84	92	63	68	63	61	230	240	150		
Maurício	110	92	102	-	101	-	76	-	98	98	22	15	3300		
Mauritânia	106	72	100	91	82	60	8	64	57	49	750	820	22		
México	107	97	100	100	103	-	74	86x	86x	86	62	60	670		
Mianmá	111	91	102	101	97	94	34	76	57	16	320	380	110		

TABELA 8. MULHERES

	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2006	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2006*	Taxas de matrícula e de frequência: de mulheres como % da de homens líquida						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2006*	Cobertura de cuidados pré-natais (%) 2000-2006*	Partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (%) 2000-2006*	Partos institucionais (%) 2000-2006*	Taxa de mortalidade materna ¹		
			escola primária 2000-2006*		escola secundária 2000-2006*		2000-2006* relatada	2005							
			matriculadas	frequenteando	matriculadas	frequenteando		ajustada					Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:		
Micronésia	102	-	-	-	-	-	45x	-	88	-	270x	-	-		
Moçambique	103	45x	91	90	75	88	17	85	48	48	410	520	45		
Moldova	111	99	100	101	103	104	68	98	100	99	19	22	3700		
Mônaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Mongólia	110	100	102	102	114	107	66	99	99	99	93	46	840		
Montenegro	106	95	-	99	-	102	39	97	99	100	-	-	-		
Namíbia	102	97	107	100	133	138	44	91	76	75	270	210	170		
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Nepal	101	56	92	95	-	83	48	44	19	18	280	830	31		
Nicarágua	109	100	98	109	115	134	69	86	67	66	87	170	150		
Níger	97	35	72	69	67	100	11	46	33	17	650	1800	7		
Nigéria	102	77	89	88	86	87	13	58	35	33	-	1100	18		
Niue	-	-	-	-	105x	-	-	-	100	-	-	-	-		
Noruega	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	6x	7	7700		
Nova Zelândia	105	-	100	-	103	-	75x	95x	100x	-	15x	9	5900		
Omã	104	85	101	-	100	-	32	100	95	94	15	64	420		
Palau	-	-	97	-	-	-	17	-	100	-	0x	-	-		
Panamá	107	98	99	-	110	-	-	72	93	92	40	130	270		
Papua Nova Guiné	111	81	-	-	-	-	26x	78x	41	-	370x	470	55		
Paquistão	101	55	77	82	75	78	28	36	31	28	530x	320	74		
Paraguai	106	99	101	101	-	99	73	94	77	74	170	150	170		
Peru	107	88	101	100	99	100	71	92	73	70	190	240	140		
Polónia	112	-	101	-	102	-	49x	-	100	-	4	8	10600		
Portugal	108	96	100	-	110	-	-	-	100	-	8x	11	6400		
Quênia	104	90	101	100	100	108	39	88	42	40	410	560	39		
Quirguistão	113	99x	99	102	101	102	48	97	98	97	100	150	240		
Quiribati	-	-	102	-	109	-	21x	88x	85x	-	56	-	-		
Reino Unido	106	-	100	-	103	-	84	-	99x	-	7x	8	8200		
Rep. Centro-Africana	106	52	84	84	69	63	19	69	53	51	540	980	25		
Rep. Dem. do Congo	106	67	-	89	-	83	31	68	61	-	1300	1100	13		
República Checa	109	-	102	-	-	-	69x	99x	100	-	5	4	18100		
República Dominicana	109	100	101	105	126	144	61	99	96	95	92	150	230		
Romênia	110	98	99	-	104	-	70	94	99	98	17	24	3200		
Ruanda	107	85	104	104	91	100	17	94	39	28	750	1300	16		
Samoa	109	99	101	-	113	-	43x	-	100x	-	29	-	-		
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Santa Lúcia	105	-	98	-	125	-	47x	99	100	-	35	-	-		
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
São Cristóvão e Névis	-	-	105	-	98	-	54	100	100	-	0	-	-		
São Tomé e Príncipe	106	85	99	101	113	105	30	97	81	78	150	-	-		
São Vicente e Granadinas	106	-	96	-	125	-	48	95	100	-	0	-	-		
Seichelas	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	57	-	-		
Senegal	107	57	96	102	79	80	12	87	52	62	430	980	21		
Serra Leoa	108	51	-	100	-	77	5	81	43	19	1800	2100	8		
Sérvia	107	95	-	100	-	103	41	98	99	99	-	-	-		
Síria	105	84	95	99	94	102	58	84	93	70	65	130	210		
Somália	105	-	-	83	-	50	15	26	33	9	1000	1400	12		
Sri Lanka	111	97	99	-	-	-	70	95	96	97	43	58	850		
Suazilândia	101	96	101	99	113	138	48	90	74	-	230x	390	120		
Sudão	105	73	83	95	-	105	7	60	87	-	550x	450	53		
Suécia	106	-	100	-	101	-	-	-	-	-	5x	3	17400		
Suíça	107	-	100	-	93	-	82x	-	-	-	5x	5	13800		
Suriname	110	95	103	99	138	120	42	91	85	-	150	72	530		
Tadjiquistão	108	99	97	99	85	83	38	77	83	62	97	170	160		
Tailândia	114	96	96	100	106	109	77	98	97	97	24	110	500		
Tanzânia	104	79	98	106	-	100	26	78	43	47	580	950	24		
Territórios Palestinos	104	91	100	101	107	-	50	99	99	97	-	-	-		
Timor Leste	103	-	-	97y	-	-	10	61	18	10	-	380	35		
Togo	106	57	86	93	47	71	17	84	62	63	480x	510	38		
Tonga	103	100x	96	-	123	-	33	-	95	-	78	-	-		
Trinidad e Tobago	106	99	100	100	103	107	43	96	98	97	45x	45	1400		

	Expectativa de vida: de mulheres como % da de homens 2006	Taxa de alfabetização de adultos: de mulheres como % da de homens 2000-2006*	Taxas de matrícula e de frequência: de mulheres como % da de homens						Prevalência de anticoncepcionais (%) 2000-2006*	Cobertura de cuidados pré-natais (%) 2000-2006*	Partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (%) 2000-2006*	Partos institucionais (%) 2000-2006*	Taxa de mortalidade materna [†]		
			liquida		liquida		2000-2006*	2005							
			matriculadas	frequenteando	matriculadas	frequenteando		relatada					ajustada	Risco de morte materna ao longo da vida, 1 em:	
Tunísia	106	78	100	98	110	-	66	92	90	89	69x	100	500		
Turcomenistão	115	99x	-	100	-	100	48	99	100	98	14	130	290		
Turquia	107	84	95	96	85	89	71	81	83	78	29	44	880		
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-	-		
Ucrânia	119	99	100	102	94	103	66	99	100	100	13	18	5200		
Uganda	102	75	-	99	88	100	24	94	42	41	510	550	25		
Uruguai	110	101x	101	-	-	-	84x	94x	100x	-	26x	20	2100		
Uzbequistão	110	-	-	100	-	99	65	99	100	97	28	24	1400		
Vanuatu	106	-	98	-	86	-	28	-	88x	-	68x	-	-		
Venezuela	108	100	101	102	115	143	77x	94	95	95	60	57	610		
Vietnã	105	93x	95	100	96	101	76	91	88	64	160	150	280		
Zâmbia	101	79x	100	105	79	112	34	93	43	44	730	830	27		
Zimbábue	97	92	101	102	94	100	60	95	80	68	560	880	43		

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	104	72	93	95	84	87	23	69	43	36	-	920	22
África Oriental e Meridional	104	74	98	101	88	91	30	71	40	32	-	760	29
África Ocidental e Central	104	69	87	89	78	85	17	67	46	39	-	1100	17
Oriente Médio e Norte da África	105	77	94	97	93	96	55	72	79	68	-	210	140
Ásia Meridional	104	66	92	98	-	90	53	65	41	36	-	500	59
Leste da Ásia e Pacífico	106	92	99	101**	102**	105**	79	89	87	69	-	150	350
América Latina e Caribe	109	99	99	101	106	-	70	94	-	86	-	130	280
ECO/CEI	115	96	98	98	94	97	63	90	95	89	-	46	1300
Países industrializados [§]	108	-	101	-	102	-	-	-	99	-	-	8	8000
Países em desenvolvimento [§]	105	83	96	98**	97**	93**	61	75	59	53	-	450	76
Países menos desenvolvidos [§]	105	68	94	97	85	93	30	61	38	27	-	870	24
Mundial	106	86	96	98**	98**	94**	61	75	63	53	-	400	92

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Expectativa de vida ao nascer – Número de anos que um recém-nascido viveria estando sujeito aos riscos de morte prevalentes para aquela faixa da população no momento de seu nascimento.

Taxa de alfabetização de adultos – Número de pessoas a partir de 15 anos de idade que são alfabetizadas, expresso como porcentagem da população total nesse grupo etário.

Taxas de matrícula e de frequência: mulheres como % da dos homens – Taxa de matrícula e de frequência de meninas dividida pela de meninos, em porcentagem.

Taxa líquida de matrículas na escola primária ou secundária – Número de indivíduos matriculados na escola primária ou secundária que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola primária ou secundária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária ou secundária.

Taxa líquida de frequência na escola primária – Número de indivíduos que frequentam a escola primária ou secundária, que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola primária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola primária.

Taxa líquida de frequência na escola secundária – Número de indivíduos que frequentam a escola secundária ou o ensino superior, que pertencem ao grupo etário oficialmente correspondente à escola secundária, expresso como porcentagem do número total de indivíduos na idade oficial para a escola secundária.

Prevalência de anticoncepcionais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade, que vivem em união e que atualmente utilizam métodos contraceptivos.

Cuidados pré-natais – Porcentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade atendidas pelo menos uma vez durante a gestação por pessoal de saúde capacitado (médicos, enfermeiros ou parteiros).

Partos assistidos por pessoal capacitado – Porcentagem de partos assistidos por pessoal de saúde capacitado (médicos, enfermeiros ou parteiros).

Partos institucionais – Proporção de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que tiveram bebês em centros de saúde nos dois anos anteriores à pesquisa.

Taxa de mortalidade materna – Número anual de mortes de mulheres causadas por complicações decorrentes de gravidez, por cem mil partos de crianças nascidas vivas. Os números apresentados na coluna 'relatada', fornecidos pelos países, não estão ajustados quanto a relatos insuficientes e erros de classificação.

Risco de morte materna ao longo da vida – Risco de morte ao longo da vida da mãe considerando a probabilidade de engravidar e a probabilidade de morrer como consequência dessa gestação, acumulado ao longo dos anos férteis de uma mulher.

FONTES PRINCIPAIS

Expectativa de vida – Divisão de População das Nações Unidas.

Alfabetização de adultos – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco).

Matrícula na escola primária e na escola secundária – IUE.

Frequência na escola primária e na escola secundária – Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS) e Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS).

Prevalência de anticoncepcionais – DHS, MICS, Divisão de População das Nações Unidas e UNICEF.

Cuidados pré-natais – DHS, MICS, Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF.

Partos assistidos por pessoal treinado – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Partos institucionais – DHS, MICS, OMS e UNICEF.

Mortalidade materna – OMS e UNICEF.

Risco ao longo da vida – OMS e UNICEF.

† Os dados sobre mortalidade materna apresentados na coluna 'relatada' são fornecidos por autoridades nacionais. Periodicamente, UNICEF, OMS, Unfpa e Banco Mundial avaliam esses dados e fazem ajustes para explicar problemas documentados decorrentes de relatos insuficientes e erros de classificação de mortes maternas, e para desenvolver estimativas para países que não dispõem de dados. A coluna 'ajustada' para o ano 2005 reflete a mais recente dessas revisões.

NOTAS	-	Dados não disponíveis.
	x	Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados não são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
	y	Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.
	*	Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.
	**	Não inclui China.

TABELA 9. PROTEÇÃO À CRIANÇA

Países e territórios	Trabalho infantil (5-14 anos) 1999-2006*			Casamento infantil 1987-2006*			Registros de nascimento 1999-2006*			Mutilação/corte genital feminino 2000-2006*				Atitude em relação à violência doméstica 1999-2006*	Deficiência infantil 1999-2006*	Disciplina infantil 2005-2006*
	total	meninos	meninas	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	urbana	rural	filhas ^b			
Afganistão	30	28	33	43	-	-	6	12	4	-	-	-	-	-	-	-
A.R.I. da Macedônia	6	7	5	4	3	4	94	95	93	-	-	-	-	21	10	69
África do Sul	-	-	-	8	5	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albânia	12	14	9	8	7	8	98	97	98	-	-	-	-	30	11	49
Angola	24	22	25	-	-	-	29	34	19	-	-	-	-	-	-	-
Argélia	5	6	4	2	2	2	99	99	99	-	-	-	-	68	1y	86
Argentina	7y	8y	5y	-	-	-	91y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armênia	-	-	-	10	7	16	96	97	95	-	-	-	-	22	-	-
Azerbaijão	11	11	11	-	-	-	97	98	96	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	-	-	-	-	-	18	-
Barein	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	40	39	42	-	-	-	93y	92y	94y	-	-	-	-	-	-	-
Benin	26y	23y	29y	37	25	45	70	78	66	17	13	20	6	60	-	-
Bielo-Rússia	5	6	4	7	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Bolívia	22	22	22	26	22	37	82	83	79	-	-	-	-	-	-	-
Bósnia e Herzégovina	5	7	4	6	2	7	100	99	100	-	-	-	-	5	7	36
Botsuana	-	-	-	10	13	9	58	66	52	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	6y	8y	4y	24	22	30	89y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burquina Fasso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	-	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	-	-	-	-	-	-	-
Butão	19y	16y	22y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camarões	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	23	92
Camboja	45y	45y	45y	23	-	-	66	71	66	-	-	-	-	55	-	-
Cazaquistão	2	2	2	7	6	9	99	99	99	-	-	-	-	10	-	52
Chade	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
Chile	3	3	2	-	-	-	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3y	-
Colômbia	5	6	4	23	19	38	90	97	77	-	-	-	-	-	-	-
Comores	27	26	28	30	23	33	83	87	83	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	31	24	40	81y	88y	75y	-	-	-	-	76	-	-
Coreia do Norte	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Costa do Marfim	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	-	90
Costa Rica	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	100y	100y	100y	-	-	-	-	-	-	-
Djibuti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	-	35	70
Egito	7	8	5	17	-	-	-	-	-	96	92	98	28y	50	8y	92y
El Salvador	6y	9y	4y	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Equador	12	12	13	26y	21y	34y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritreia	-	-	-	47	31	60	-	-	-	89	86	91	63	-	-	-
Etiópia	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	-	-
Filipinas	12	13	11	14	10	22	83	87	78	-	-	-	-	24	-	-
Gabão	-	-	-	34	30	49	89	90	87	-	-	-	-	-	-	-
Gâmbia	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	-	84
Gana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	16	89
Geórgia	-	-	-	16	-	-	93y	97y	89y	-	-	-	-	30y	-	-
Guatemala	29	25	32	34	25	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guiana	19	21	17	-	-	-	97	99	96	-	-	-	-	-	-	-
Guiné	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	-	-
Guiné-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	-	80
Guiné Equatorial	28	28	28	-	-	-	32	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Haiti	-	-	-	30	-	-	81	-	-	-	-	-	-	29	-	-
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	-	-	-	-	16	-	-
Iêmen	11y	11y	12y	37	-	-	-	-	-	23	26	22	20	-	-	-
Índia	12	-	-	45	28	53	41	59	35	-	-	-	-	54	-	-
Indonésia	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	-	-	-	-	25	-	-
Iraque	11	12	9	17	16	19	95	95	96	-	-	-	-	59	15	84
Jamaica	6	7	5	9	7	11	89	88	89	-	-	-	-	6	15	87
Jordânia	-	-	-	11	11	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos	25	24	26	-	-	-	59	71	56	-	-	-	-	-	-	-
Lesoto	23	25	21	23	13	26	26	39	24	-	-	-	-	-	-	-
Libano	7	8	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libéria	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	-	-	-	-	28	-	-
Malawi	29	28	29	51	38	53	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-
Maldivas	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	34	35	33	65	46	74	47y	84y	34y	92	90	93	73	89	-	-
Marrocos	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	-	-	-	-	-	-	-
Mauritânia	4y	5y	3y	37	32	42	55	72	42	71	65	77	66	-	-	-
México	16y	15y	16y	28y	31y	21y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mianmá	-	-	-	-	-	-	65y	66y	64y	-	-	-	-	-	-	-
Moçambique	-	-	-	56	41	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova	32	32	33	19	16	22	98	98	98	-	-	-	-	21	-	-
Mongólia	18	19	17	9	7	12	98	98	99	-	-	-	-	20	17	79
Montenegro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	-	-	-	-	11	13	61
Namíbia	13y	15y	12y	10	9	10	71	82	64	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	31y	30y	33y	51	-	-	35	-	-	-	-	-	-	23	-	-
Nicarágua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	-	-	-	-	17	-	-
Níger	38y	39y	38y	75	-	-	32	71	25	2	2	2	1	70	-	-
Nigéria	13y	-	-	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	-	-
Panamá	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paquistão	-	-	-	32	21	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguai	15	17	12	24	18	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Trabalho infantil (5-14 anos) 1999-2006*			Casamento infantil 1987-2006*			Registros de nascimento 1999-2006 ^o			Mutilação/corte genital feminino 2000-2006*				Atitude em relação à violência doméstica 1999-2006*	Deficiência infantil 1999-2006*	Disciplina infantil 2005-2006*
										mulheres ^a (15-49 anos)		filhas ^b				
	total	meninos	meninas	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	total	total	total
Peru	19	20	19	17	13	30	93	93	92	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Quênia	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	-	-
Quirguistão	4	4	3	10	7	14	94	96	93	-	-	-	-	38	-	51
Rep. Centro-Africana	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	-	31	88
Rep. Dem. do Congo	32	29	34	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	10	12	7	41	-	-	78	82	70	-	-	-	-	9	-	-
Romênia	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	-	48	2y	-
São Tomé e Príncipe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	-	32	16	-
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	-	-
Serra Leoa	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	23	92
Sérvia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	-	6	11	73
Síria	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-	-	87
Somália	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	-	-
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suazilândia	9	9	9	-	-	-	53	72	50	-	-	-	-	-	-	-
Sudão	13	14	12	27y	19y	34y	64	82	46	90	92	88	58	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	-	-	95	94	94	-	-	-	-	-	-	-
Tadjiquistão	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	-	74y	-	74
Tailândia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	-	12	-
Tanzânia	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	-	-
Territórios Palestinos	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-	-	95y
Timor Leste	4	4	4	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	-	90
Trinidad e Tobago	1	1	1	8	-	-	96	-	-	-	-	-	-	8	-	75
Tunísia	-	-	-	10y	7y	14y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turcomenistão	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	-	38y	-	-
Turquia	5	4	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-	-
Ucrânia	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	-	5	-	70
Uganda	36	37	36	54	34	59	4	11	3	-	-	-	-	77	-	-
Uzbequistão	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	-	70	2	-
Venezuela	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnã	16	15	16	10	3	13	87	94	85	-	-	-	-	64	-	93
Zâmbia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85	-	-
Zimbábue	13y	12y	14y	29	21	36	42	56	35	-	-	-	-	51	-	-

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-	-
África Oriental e Meridional	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	-	66	-	-
África Ocidental e Central	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-	-
Oriente Médio e Norte da África	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ásia Meridional	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-
Leste da Ásia e Pacífico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	-	34**	-	-
América Latina e Caribe	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-	-
ECO/CEI	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-
Países industrializados [§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países em desenvolvimento [§]	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	-	51**	-	-
Países menos desenvolvidos [§]	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Mundial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148.

DEFINIÇÕES DOS INDICADORES

Trabalho infantil – Percentagem de crianças entre 5 e 14 anos de idade envolvidas em atividades de trabalho infantil no momento da pesquisa. Considera-se que uma criança está envolvida em atividades de trabalho infantil nas seguintes situações: (a) crianças de 5 a 11 anos de idade que, na semana anterior à pesquisa, desempenharam atividade econômica por pelo menos uma hora, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas; e (b) crianças de 12 a 14 anos de idade que, na semana anterior à pesquisa, desempenharam atividade econômica por pelo menos 14 horas, ou trabalho doméstico por pelo menos 28 horas.

Variáveis de background do trabalho infantil – Gênero; residência em área urbana ou rural; parcela da população 20% mais pobre ou 20% mais rica, estimada a partir de bens familiares (ver descrição mais detalhada dos procedimentos de estimativas de riqueza familiar em www.childinfo.org); nível de educação da mãe, representando mães com algum ou nenhum nível de educação.

Casamento infantil – Percentagem de mulheres entre 20 e 24 anos de idade que estavam casadas ou viviam em união antes de completar 18 anos de idade.

Registros de nascimento – Percentagem de crianças menores de 5 anos de idade que já estavam registradas no momento da pesquisa. O numerador deste indicador inclui crianças cujas certidões de nascimento foram verificadas pelo entrevistador, ou cuja mãe ou responsável afirmou que o nascimento foi registrado. Os dados da MICS referem-se a crianças vivas no momento da pesquisa.

Mutilação/corte genital feminino – (a) Mulheres – percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que sofreram mutilação/corte genital. (b) Filhas – percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade com pelo menos uma filha que sofreu mutilação/corte genital. Mutilação/corte genital feminino (M/CGF) envolve o corte ou a alteração da genitália feminina por razões sociais. Há três tipos reconhecidos de M/CGF: clitoridectomia, extirpação e infibulação. Clitoridectomia é a remoção do prepúcio, com ou sem extirpação total ou parcial do clitoris. Extirpação é a remoção do prepúcio e do clitoris, juntamente com a extirpação total ou parcial dos pequenos lábios. Infibulação é a forma mais radical, e consiste na remoção total ou parcial da genitália externa, seguida de sutura dos pequenos lábios com linha, espinhos ou outros materiais que estreitam a entrada vaginal. Ver análise mais detalhada sobre estes dados em www.measuredhs.com e em www.prb.org.

Atitudes em relação à violência doméstica – Percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos de idade que consideram justificável um marido bater em sua mulher por pelo menos uma das razões especificadas. As mulheres foram solicitadas a responder se é justificável que um marido bata em sua mulher sob uma série de circunstâncias, por exemplo, se sua mulher queima a refeição, discute com ele, sai de casa sem permissão, negligência o cuidado com as crianças e nega-se a ter relações sexuais.

Deficiência infantil – Percentagem de crianças entre 2 e 9 anos de idade com no mínimo uma deficiência relatada (ou seja, problemas cognitivos, problemas motores, convulsões, problemas de visão ou audição).

Disciplina infantil – Percentagem de crianças entre 2 e 14 anos de idade que sofrem qualquer punição psicológica ou física.

FONTES PRINCIPAIS

Trabalho infantil – Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) e Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS).

Casamento infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Registros de nascimento – MICS, DHS, outros levantamentos nacionais e sistemas de registros de pessoas naturais.

Mutilação/corte genital feminino – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Atitudes em relação à violência doméstica – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Deficiência infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

Disciplina infantil – MICS, DHS e outros levantamentos nacionais.

NOTAS – Dados não disponíveis.

y Dados que diferem da definição padrão ou que se referem a apenas uma parte de um país. Esses dados são incluídos nos cálculos de médias regionais e globais.

* Dados referem-se ao ano mais recente com dados disponíveis durante o período especificado no título da coluna.

◇ Estimativas globais e regionais para registros de nascimento incluídas nesta tabela estão baseadas em subconjuntos de países que dispõem de dados para o período entre 1999 e 2006.

Estimativas globais e regionais para um conjunto mais amplo de países estão disponíveis para o período 1997-2006, e podem ser encontradas no site www.childinfo.org/areas/birthregistration.

** Não inclui China.

Resumo de indicadores

As médias apresentadas ao final de cada tabela são calculadas utilizando-se dados dos países e territórios conforme os agrupamentos a seguir.

África ao sul do Saara:

África do Sul; Angola; Benin; Botsuana; Burquina Fasso; Burundi; Cabo Verde; Camarões; Chade; Comores; Congo; Costa do Marfim; Eritreia; Etiópia; Gabão; Gâmbia; Gana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malawi; Mali; Maurício; Mauritânia; Moçambique; Namíbia; Níger; Nigéria; Quênia; Rep. Centro-Africana; Rep. Dem. do Congo; Ruanda; São Tomé e Príncipe; Seichelas; Senegal; Serra Leoa; Somália; Suazilândia; Tanzânia; Togo; Uganda; Zâmbia; Zimbábue

Oriente Médio e Norte da África

Arábia Saudita; Argélia; Barein; Catar; Djibuti; Egito; Emirados Árabes Unidos; Iêmen; Irã; Iraque; Jordânia; Kuwait; Líbano; Líbia; Marrocos; Omã; Síria; Sudão; Territórios Palestinos; Tunísia

Ásia Meridional

Afeganistão; Bangladesh; Butão; Índia; Maldivas; Nepal; Paquistão; Sri Lanka

Leste da Ásia e Pacífico

Brunei; Camboja; China; Cingapura; Coreia do Norte; Coreia do Sul; Fiji; Filipinas; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Indonésia; Laos; Malásia; Mianmá; Micronésia; Mongólia; Nauru; Niue; Palau; Papua Nova Guiné; Quiribati; Samoa; Tailândia; Timor Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Vietnã

América Latina e Caribe

Antígua e Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belize; Bolívia; Brasil; Chile; Colômbia; Costa Rica; Cuba; Dominica; El Salvador; Equador; Granada; Guatemala; Guiana; Haiti; Honduras; Jamaica; México; Nicarágua; Panamá; Paraguai; Peru; Rep. Dominicana; Santa Lúcia; São Cristóvão e

Névis; São Vicente e Granadinas; Suriname; Trinidad e Tobago; Uruguai; Venezuela

ECO/CEI

Albânia; Armênia; Azerbaijão; Bielo-Rússia; Bósnia e Herzegovina; Bulgária; Cazaquistão; Croácia; Federação Russa; Geórgia; Macedônia; Moldova; Montenegro; Quirguistão; Romênia; Sérvia; Tadjiquistão; Turcomenistão; Turquia; Ucrânia; Uzbequistão

Países/territórios industrializados

Alemanha; Andorra; Austrália; Áustria; Bélgica; Canadá; Chipre; Dinamarca; Eslováquia; Eslovênia; Espanha; Estados Unidos; Estônia; Finlândia; França; Grécia; Holanda; Hungria; Irlanda; Islândia; Israel; Itália; Japão; Letônia; Liechtenstein; Lituânia; Luxemburgo; Malta; Mônaco; Noruega; Nova Zelândia; Polônia; Portugal; Reino Unido; República Checa; San Marino; Santa Sé; Suécia; Suíça

Países/territórios em desenvolvimento

Afeganistão; África do Sul; Angola; Antígua e Barbuda; Arábia Saudita; Argélia; Argentina; Armênia; Azerbaijão; Bahamas; Bangladesh; Barein; Barbados; Belize; Benin; Bolívia; Botsuana; Brasil; Brunei; Burquina Fasso; Burundi; Butão; Cabo Verde; Camarões; Camboja; Catar; Cazaquistão; Chade; Chile; China; Chipre; Cingapura; Colômbia; Comores; Congo; Coreia do Norte; Coreia do Sul; Costa do Marfim; Costa Rica; Cuba; Djibuti; Dominica; Egito; El Salvador; Emirados Árabes Unidos; Equador; Eritreia; Etiópia; Fiji; Filipinas; Gabão; Gâmbia; Gana; Geórgia; Granada; Guatemala; Guiana; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Haiti; Honduras; Iêmen; Ilhas Cook; Ilhas Marshall; Ilhas Salomão; Índia; Indonésia; Irã; Iraque; Israel; Jamaica; Jordânia; Kuwait; Laos; Lesoto; Líbano; Libéria; Líbia; Madagascar; Malásia; Malawi; Maldivas; Mali; Marrocos; Maurício; Mauritânia; México; Mianmá; Micronésia; Moçambique; Mongólia;

Namíbia; Nauru; Nepal; Nicarágua; Níger; Nigéria; Niue; Omã; Palau; Panamá; Papua Nova Guiné; Paquistão; Paraguai; Peru; Quênia; Quirguistão; Quiribati; Rep. Centro-Africana; Rep. Dem. do Congo; Rep. Dominicana; Ruanda; Samoa; Santa Lúcia; São Cristóvão e Névis; São Tomé e Príncipe; São Vicente e Granadinas; Seichelas; Senegal; Serra Leoa; Síria; Somália; Sri Lanka; Suazilândia; Sudão; Suriname; Tadjiquistão; Tailândia; Tanzânia; Territórios Palestinos; Timor Leste; Togo; Tonga; Trinidad e Tobago; Tunísia; Turcomenistão; Turquia; Tuvalu; Uganda; Uruguai; Uzbequistão; Vanuatu; Venezuela; Vietnã; Zâmbia; Zimbábue

Países/territórios menos desenvolvidos

Afeganistão; Angola; Bangladesh; Benin; Burquina Fasso; Burundi; Butão; Cabo Verde; Camboja; Chade; Comores; Djibuti; Eritreia; Etiópia; Gâmbia; Guiné; Guiné-Bissau; Guiné Equatorial; Haiti; Iêmen; Ilhas Salomão; Laos; Lesoto; Libéria; Madagascar; Malawi; Maldivas; Mali; Mauritânia; Mianmá; Moçambique; Nepal; Níger; Quiribati; Rep. Centro-Africana; Rep. Dem. do Congo; Ruanda; Samoa; São Tomé e Príncipe; Senegal; Serra Leoa; Somália; Sudão; Tanzânia; Timor Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Zâmbia

Medindo o desenvolvimento humano

Uma introdução à Tabela 10

Para que o desenvolvimento seja medido por meio de uma avaliação abrangente e inclusiva, é preciso que exista uma forma de avaliação do progresso humano e econômico. Do ponto de vista do UNICEF, é necessário um método consensual para medir o nível de bem-estar da criança e sua taxa de mudança.

A taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) é utilizada na Tabela 10 (páginas 150-153) como o principal indicador desse progresso. Em 2006, pela primeira vez desde o início dos registros, o número de crianças que morrem antes de completar 5 anos de idade ficou abaixo de 10 milhões – 9,7 milhões, um marco importante para a sobrevivência infantil. Por volta de 1960, aproximadamente 20 milhões de crianças morriam a cada ano – o que coloca em evidência uma importante redução, no longo prazo, do número global de mortes de menores de 5 anos.

A TMM5 apresenta várias vantagens. Em primeiro lugar, mede um resultado final do processo de desenvolvimento, e não um ‘fator de contribuição’, como nível de matrículas, disponibilidade de calorias *per capita*, ou o número de médicos por mil habitantes – que representam meios para determinado fim.

Em segundo lugar, sabe-se que a TMM5 representa o resultado de uma grande variedade de fatores de contribuição: antibióticos para tratar pneumonia; mosquiteiros tratados com inseticida para evitar a malária; saúde nutricional e

conhecimento das mães sobre saúde; nível de imunização e uso da terapia de reidratação oral; disponibilidade de serviços de saúde para a mãe e para a criança (inclusive cuidados pré-natais); disponibilidade de renda e de alimentos na família; disponibilidade de água limpa e de saneamento básico; e segurança do ambiente da criança de maneira geral.

Em terceiro lugar, a TMM5 é menos suscetível à falácia da média do que, por exemplo, a Renda Nacional Bruta *per capita* (RNB). Isso ocorre porque a escala natural não permite que a probabilidade de uma criança rica sobreviver seja mil vezes maior do que a de uma criança pobre, ainda que a escala feita pelo homem lhe permita ter uma renda mil vezes maior. Em outras palavras, é muito mais difícil que uma TMM5 nacional seja afetada por uma minoria rica e, portanto, esse indicador representa um quadro mais fiel, ainda que imperfeito, das condições de saúde da maioria das crianças (e da sociedade como um todo).

A velocidade dos progressos na redução da TMM5 pode ser medida pelo cálculo de sua taxa média de redução anual (TMRA). Ao contrário da comparação de mudanças absolutas, a TMRA reflete o fato de que só é possível aproximar-se dos limites da TMM5 pela superação de dificuldades, que se tornam cada vez maiores. Por exemplo, à medida que são atingidos níveis mais baixos de mortalidade de menores de 5 anos, a mesma redução absoluta representa, obviamente, uma redução percentual maior.

Assim sendo, a TMRA reflete uma taxa de progresso mais elevada para, por exemplo, uma redução de 10 pontos, se essa redução ocorrer em um nível mais baixo da mortalidade de menores de 5 anos. Uma queda de 10 pontos na TMM5 – de 100 para 90 – representa uma redução de 10%, ao passo que a mesma queda de 10 pontos, mas de 20 para 10, representa uma redução de 50%. Uma porcentagem negativa de redução indica um aumento na TMM5 ao longo do período especificado.

Portanto, quando utilizadas em conjunto com taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), a TMM5 e sua taxa de redução podem dar uma idéia dos progressos que estão sendo realizados por qualquer país, território ou região, e ao longo de qualquer período de tempo, em direção ao atendimento de algumas das necessidades humanas mais essenciais.

Como mostra a Tabela 10, não há uma relação fixa entre a taxa de redução anual da TMM5 e a taxa de crescimento anual do PIB *per capita*. Essas comparações contribuem para enfatizar a relação entre progresso econômico e desenvolvimento humano.

Por fim, a tabela fornece a taxa total de fertilidade para cada país e cada território, e a taxa média anual de redução correspondente. É evidente que muitas das nações que conseguiram reduções significativas em suas TMM5 também alcançaram reduções significativas em suas taxas de fertilidade.

TABELA 10. TAXAS DE PROGRESSO

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ^a		Redução desde 1990 (%) ^a	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Afganistão	3	320	260	257	1	0,1	1	1,6 x	-	7,7	8	7,2	-0,2	0,6
A.R.I. da Macedônia	122	119	38	17	5,7	5	55	-	0,2	3,2	1,9	1,5	2,4	1,8
África do Sul	55	-	60	69	-	-0,9	-15	0	0,8	5,6	3,6	2,7	2,2	1,8
Albânia	122	109	45	17	4,4	6,1	62	-0,7 x	5,2	4,9	2,9	2,1	2,6	2
Alemanha	175	26	9	4	5,3	5,1	56	2,2 x	1,4	2	1,4	1,4	1,9	0,1
Andorra	189	-	6	3	-	4,3	50	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2	300	260	260	0,7	0	0	0,4 x	2,1	7,3	7,2	6,5	0,1	0,6
Antígua e Barbuda	143	-	-	11	-	-	-	6,5 x	1,8	-	-	-	-	-
Arábia Saudita	97	185	44	25	7,2	3,5	43	-2	0,1 x	7,3	5,8	3,5	1,1	3,3
Argélia	75	220	69	38	5,8	3,7	45	2	1,3	7,4	4,7	2,4	2,3	4,2
Argentina	125	71	29	16	4,5	3,7	45	-1	1,3	3,1	3	2,3	0,1	1,7
Armênia	101	-	56	24	-	5,3	57	-	5,2	3,2	2,5	1,3	1,2	4
Austrália	161	20	10	6	3,5	3,2	40	2	2,5	2,7	1,9	1,8	1,9	0,3
Áustria	167	33	10	5	6	4,3	50	2	1,9	2,3	1,5	1,4	2,3	0,2
Azerbaijão	46	-	105	88	-	1,1	16	-	1,5	4,6	3	1,7	2,2	3,4
Bahamas	130	49	29	14	2,6	4,6	52	2	0,4 x	3,6	2,6	2	1,6	1,5
Bangladesh	55	239	149	69	2,4	4,8	54	1	3	6,4	4,4	2,9	1,9	2,5
Barbados	138	54	17	12	5,8	2,2	29	2	1,5 x	3,1	1,7	1,5	3,1	0,7
Barein	146	82	19	10	7,3	4	47	-1,3 x	2,3 x	6,5	3,7	2,4	2,8	2,9
Bélgica	175	29	10	4	5,3	5,7	60	2	1,8	2,2	1,6	1,6	1,7	-0,2
Belize	125	-	43	16	-	6,2	63	3	2,3	6,3	4,5	3	1,7	2,4
Benin	20	252	185	148	1,5	1,4	20	0	1,4	7	6,8	5,6	0,2	1,2
Bielo-Rússia	135	-	24	13	-	3,8	46	-	2,8	2,3	1,9	1,2	1	2,8
Bolívia	61	243	125	61	3,3	4,5	51	-1	1,3	6,6	4,9	3,6	1,5	1,9
Bósnia e Herzegovina	128	82	22	15	6,6	2,4	32	-	11,6 x	2,9	1,7	1,2	2,6	2,1
Botsuana	29	142	58	124	4,5	-4,7	-114	8	4,8	6,6	4,7	3	1,7	2,9
Brasil	113	136	57	20	4,3	6,5	65	2	1,1	5	2,8	2,3	2,9	1,3
Brunei	148	78	11	9	9,8	1,3	18	-2,1 x	-0,8 x	5,7	3,2	2,4	2,8	2
Bulgária	130	32	18	14	2,9	1,6	22	3,4 x	2	2,2	1,7	1,3	1,2	1,7
Burquina Fasso	10	287	206	204	1,7	0,1	1	1	1,5	7,6	7,3	6,1	0,2	1,1
Burundi	14	244	190	181	1,3	0,3	5	1	-2,6	6,8	6,8	6,8	0	0
Butão	54	267	166	70	2,4	5,4	58	4,7 x	4,8	6,7	5,9	2,3	0,6	5,8
Cabo Verde	83	-	60	34	-	3,5	43	-	3,3	7	5,5	3,5	1,2	2,8
Camarões	19	215	139	149	2,2	-0,4	-7	3	0,7	6,2	5,9	4,5	0,2	1,7
Camboja	47	-	116	82	-	2,2	29	-	5,8 x	5,9	5,8	3,3	0,1	3,6
Canadá	161	23	8	6	5,3	1,8	25	2	2,2	2,2	1,7	1,5	1,5	0,6
Catar	110	65	26	21	4,6	1,3	19	-	-	6,9	4,4	2,7	2,3	3
Cazaquistão	92	-	60	29	-	4,5	52	-	2,6	3,5	2,8	2,2	1,1	1,5
Chade	7	-	201	209	-	-0,2	-4	-1	2,4	6,5	6,7	6,3	-0,1	0,3
Chile	148	98	21	9	7,7	5,3	57	2	3,7	4	2,6	1,9	2,1	1,9
China	101	118	45	24	4,8	3,9	47	7	8,8	5,6	2,2	1,7	4,7	1,6
Chipre	175	33	12	4	5,1	6,9	67	5,9 x	2,3 x	2,6	2,4	1,6	0,4	2,6
Cingapura	189	27	9	3	5,5	6,9	67	6	3,7	3	1,8	1,3	2,7	2
Colômbia	110	105	35	21	5,5	3,2	40	2	0,8	5,6	3	2,3	3,1	1,7
Comores	57	215	120	68	2,9	3,5	43	0,1 x	-0,4	7,1	6,1	4,5	0,7	2
Congo	27	142	103	126	1,6	-1,3	-22	3	-0,8	6,3	5,4	4,6	0,8	1
Coreia do Norte	65	70	55	55	1,2	0	0	-	-	4	2,4	1,9	2,6	1,6
Coreia do Sul	167	54	9	5	9	3,7	44	6	4,5	4,5	1,6	1,2	5,2	1,9
Costa do Marfim	26	237	153	127	2,2	1,2	17	-2	-0,5	7,4	6,6	4,6	0,5	2,2
Costa Rica	138	83	18	12	7,6	2,5	33	1	2,4	5	3,2	2,1	2,3	2,5
Croácia	161	42	12	6	6,3	4,3	50	-	2,8	2	1,7	1,3	0,9	1,4
Cuba	157	43	13	7	6	3,9	46	-	3,5 x	4	1,8	1,5	4,2	0,8
Dinamarca	167	19	9	5	3,7	3,7	44	2	1,9	2,1	1,7	1,8	1,2	-0,5
Djibuti	25	-	175	130	-	1,9	26	-	-2,4	7,4	6,2	4,1	0,9	2,5
Dominica	128	-	17	15	-	0,8	12	4,7 x	1,4	-	-	-	-	-
Egito	81	235	91	35	4,7	6	62	4	2,4	6,2	4,4	3	1,7	2,4
El Salvador	97	162	60	25	5	5,5	58	-2	1,6	6,4	3,7	2,7	2,7	1,9
Emirados Árabes Unidos	151	84	15	8	8,6	3,9	47	-4,8 x	-0,9 x	6,6	4,4	2,3	2,1	3,9
Equador	101	140	57	24	4,5	5,4	58	1	1	6,3	3,7	2,6	2,7	2
Eritreia	51	237	147	74	2,4	4,3	50	-	0 x	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1
Eslováquia	151	29	14	8	3,6	3,5	43	-	2,9	2,5	2	1,2	1	3,2
Eslovênia	175	29	10	4	5,3	5,7	60	-	3,3	2,3	1,5	1,3	2	1,1

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ⁹		Redução desde 1990 (%) ⁹	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Espanha	175	34	9	4	6,6	5,1	56	2	2,5	2,9	1,3	1,4	3,9	-0,1
Estados Unidos	151	26	12	8	3,9	2,5	33	2	2,1	2,2	2	2,1	0,6	-0,2
Estônia	157	26	16	7	2,4	5,2	56	1,5 x	4,9	2,1	1,9	1,5	0,4	1,8
Etiópia	30	241	204	123	0,8	3,2	40	-	1,9	6,8	6,8	5,4	0	1,4
Federação Russa	125	40	27	16	2	3,3	41	-	0,6	2	1,9	1,3	0,3	2,1
Fiji	119	65	22	18	5,4	1,3	18	0,6 x	1,4 x	4,5	3,4	2,8	1,5	1,2
Filipinas	86	90	62	32	1,9	4,1	48	1	1,7	6,3	4,3	3,3	1,8	1,7
Finlândia	175	16	7	4	4,1	3,5	43	3	2,6	1,9	1,7	1,8	0,3	-0,2
França	175	24	9	4	4,9	5,1	56	2	1,6	2,5	1,8	1,9	1,7	-0,5
Gabão	44	-	92	91	-	0,1	1	0	-1	4,8	4,8	3,1	0	2,6
Gâmbia	37	311	153	113	3,5	1,9	26	1	0,3	6,7	6	4,8	0,5	1,4
Gana	32	183	120	120	2,1	0	0	-2	2,1	6,7	5,8	4	0,7	2,3
Geórgia	86	-	46	32	-	2,3	30	3	1	2,6	2,1	1,4	1	2,5
Granada	113	-	37	20	-	3,8	46	4,9 x	2,3	4,6	3,7	2,3	1,1	3
Grécia	175	54	11	4	8	6,3	64	1	2,7	2,4	1,4	1,3	2,5	0,5
Guatemala	71	168	82	41	3,6	4,3	50	0	1,2	6,2	5,6	4,3	0,6	1,6
Guiana	60	-	88	62	-	2,2	30	-2	3	5,6	2,6	2,4	3,8	0,6
Guiné	17	338	235	161	1,8	2,4	31	0,3 x	1,3	7	6,7	5,6	0,2	1,1
Guiné-Bissau	11	-	240	200	-	1,1	17	0	-2,5	6,8	7,1	7,1	-0,2	0
Guiné Equatorial	8	-	170	206	-	-1,2	-21	-	21,6	5,7	5,9	5,4	-0,2	0,5
Haiti	48	222	152	80	1,9	4	47	0	-2	5,8	5,4	3,7	0,3	2,5
Holanda	167	15	9	5	2,6	3,7	44	2	1,8	2,4	1,6	1,7	2,2	-0,6
Honduras	95	170	58	27	5,4	4,8	53	1	0,6	7,3	5,1	3,4	1,7	2,6
Hungria	157	39	17	7	4,2	5,5	59	3	3,2	2	1,8	1,3	0,6	2,2
Iêmen	41	303	139	100	3,9	2,1	28	-	1,5	8,6	8,1	5,6	0,3	2,3
Ilhas Cook	116	-	32	19	-	3,3	41	-	-	-	-	-	-	-
Ilhas Marshall	64	-	92	56	-	3,1	39	-	-2,2	-	-	-	-	-
Ilhas Salomão	52	-	121	73	-	3,2	40	3	-2,3	6,9	5,9	4	0,8	2,4
Índia	49	192	115	76	2,6	2,6	34	2	4,4	5,4	4	2,9	1,5	2
Indonésia	83	172	91	34	3,2	6,2	63	5	2,2	5,5	3,1	2,2	2,8	2,1
Irã	83	191	72	34	4,9	4,7	53	-2	2,5	6,6	5	2	1,3	5,6
Iraque	68	125	53	46	4,3	0,9	13	-4,3 x	-	7,2	5,9	4,4	1	1,8
Irlanda	167	27	10	5	5	4,3	50	3	6	3,9	2,1	2	3,1	0,4
Islândia	189	14	7	3	3,5	5,3	57	3	2,3	3	2,2	2	1,6	0,4
Israel	167	27	12	5	4,1	5,5	58	2	1,5 x	3,8	3	2,8	1,2	0,4
Itália	175	33	9	4	6,5	5,1	56	3	1,3	2,4	1,3	1,4	3,1	-0,2
Jamaica	88	62	33	31	3,2	0,4	6	-1	0,7	5,5	2,9	2,5	3,1	1
Japão	175	21	6	4	6,3	2,5	33	3	0,9	2,1	1,6	1,3	1,3	1,4
Jordânia	97	107	40	25	4,9	2,9	38	2,5 x	1,8	7,9	5,5	3,2	1,8	3,4
Kuait	143	59	16	11	6,5	2,3	31	-6,8 x	0,6 x	7,2	3,5	2,2	3,6	3
Laos	50	218	163	75	1,5	4,9	54	-	4,1	6,4	6,2	3,3	0,2	4
Lesoto	24	186	101	132	3,1	-1,7	-31	3	2,3	5,8	4,9	3,5	0,8	2,2
Letônia	148	26	18	9	1,8	4,3	50	3	4,2	1,9	1,9	1,3	0	2,5
Líbano	89	54	37	30	1,9	1,3	19	-	2,5	5,1	3,1	2,2	2,4	2,2
Libéria	5	263	235	235	0,6	0	0	-4	2,2	6,9	6,9	6,8	0	0,1
Líbia	119	160	41	18	6,8	5,1	56	-4,8 x	-	7,6	4,8	2,8	2,3	3,4
Liechtenstein	189	-	10	3	-	7,5	70	-	-	-	-	-	-	-
Lituânia	151	28	13	8	3,8	3	38	-	2,5	2,3	2	1,3	0,7	2,9
Luxemburgo	175	26	10	4	4,8	5,7	60	3	3,3	2	1,6	1,7	1,1	-0,4
Madagascar	36	180	168	115	0,3	2,4	32	-2	-0,5	6,8	6,2	4,9	0,4	1,5
Malásia	138	70	22	12	5,8	3,8	45	4	3,2	5,6	3,7	2,7	2	2,1
Malauí	32	341	221	120	2,2	3,8	46	0	1,1	7,3	7	5,7	0,2	1,2
Maldivas	89	264	111	30	4,3	8,2	73	-	4,2 x	7	6,2	2,6	0,6	5,4
Mali	6	400	250	217	2,4	0,9	13	-1	2,2	7,5	7,4	6,6	0	0,8
Malta	161	32	11	6	5,3	3,8	45	7	2,7 x	2,1	2	1,4	0	2,5
Marrocos	78	184	89	37	3,6	5,5	58	2	1,6	7,1	4	2,4	2,8	3,3
Maurício	130	86	23	14	6,6	3,1	39	5,1 x	3,7	3,7	2,2	1,9	2,5	1,1
Mauritânia	28	250	133	125	3,2	0,4	6	-1	0,5	6,6	5,8	4,5	0,6	1,6
México	81	110	53	35	3,7	2,6	34	2	1,5	6,7	3,4	2,3	3,4	2,5
Mianmá	40	179	130	104	1,6	1,4	20	2	6,6 x	6,1	3,4	2,1	2,8	3,1
Micronésia	71	-	58	41	-	2,2	29	-	-0,2	6,9	5	3,9	1,7	1,5
Moçambique	22	278	235	138	0,8	3,3	41	-1 x	4,4	6,6	6,2	5,2	0,3	1,1

TABELA 10. TAXAS DE PROGRESSO

Países e territórios	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ^a		Redução desde 1990 (%) ^a	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Moldova	116	65	37	19	2,8	4,2	49	1,8 x	-2	2,6	2,4	1,4	0,3	3,3
Mônaco	175	-	9	4	-	5,1	56	-	-	-	-	-	-	-
Mongólia	69	-	109	43	-	5,8	61	-	3,3 x	7,5	4,1	1,9	3	4,8
Montenegro	146	-	16	10	-	2,9	38	-	2,6 x	2,4	2	1,8	0,9	0,6
Namíbia	61	135	86	61	2,3	2,1	29	-2,3 x	1,5	6,5	5,8	3,3	0,5	3,6
Nauru	89	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	63	238	142	59	2,6	5,5	58	1	1,9	5,9	5,2	3,4	0,6	2,7
Nicarágua	79	165	68	36	4,4	4	47	-4	1,9	6,9	4,8	2,8	1,9	3,3
Níger	4	330	320	253	0,2	1,5	21	-2	-0,5	8,1	7,9	7,3	0,1	0,5
Nigéria	12	265	230	191	0,7	1,2	17	-1	0,7	6,9	6,8	5,5	0,1	1,3
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	175	15	9	4	2,6	5,1	56	3	2,6	2,5	1,9	1,8	1,5	0,1
Nova Zelândia	161	20	11	6	3	3,8	45	1	2,1	3,1	2,1	2	2	0,3
Omã	138	200	32	12	9,2	6,1	63	3	1,8 x	7,2	6,6	3,1	0,4	4,7
Palau	143	-	21	11	-	4	48	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	106	68	34	23	3,5	2,4	32	0	2,3	5,3	3	2,6	2,8	0,9
Papua Nova Guiné	52	158	94	73	2,6	1,6	22	-1	0,2	6,2	4,8	4	1,2	1,2
Paquistão	42	181	130	97	1,7	1,8	25	3	1,4	6,6	6,3	3,6	0,2	3,5
Paraguai	108	78	41	22	3,2	3,9	46	3	-0,5	5,7	4,5	3,2	1,2	2,2
Peru	97	174	78	25	4	7,1	68	-1	2,3	6,3	3,9	2,5	2,4	2,7
Polónia	157	36	18	7	3,5	5,9	61	-	4,3	2,2	2	1,2	0,4	3,2
Portugal	167	62	14	5	7,4	6,4	64	3	1,9	2,8	1,5	1,5	3	0,3
Quênia	31	156	97	121	2,4	-1,4	-25	1	0	8,1	5,9	5	1,6	1,1
Quirguistão	71	-	75	41	-	3,8	45	-	-0,9	4,9	3,9	2,5	1,2	2,8
Quiribati	59	-	88	64	-	2	27	-5	1,9	-	-	-	-	-
Reino Unido	161	23	10	6	4,2	3,2	40	2	2,5	2,3	1,8	1,8	1,2	0,1
Rep. Centro-Africana	15	232	173	175	1,5	-0,1	-1	-1	-0,6	5,7	5,7	4,7	0	1,2
Rep. Dem. do Congo	9	245	205	205	0,9	0	0	-2	-4,7	6,4	6,7	6,7	-0,3	0
República Checa	175	24	13	4	3,1	7,4	69	-	2,1	2	1,8	1,2	0,5	2,5
República Dominicana	92	127	65	29	3,3	5	55	2	3,7	6,2	3,3	2,9	3,1	0,9
Romênia	119	57	31	18	3	3,4	42	0,9 x	2	2,9	1,9	1,3	2	2,4
Ruanda	18	209	176	160	0,9	0,6	9	1	0,3	8,2	7,6	6	0,4	1,5
Samoa	94	101	50	28	3,5	3,6	44	-0,1 x	2,5	6,1	4,8	4,1	1,2	1
San Marino	189	-	14	3	-	9,6	79	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lúcia	130	-	21	14	-	2,5	33	5,3 x	1,1	6,1	3,3	2,2	3	2,6
Santa Sé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
São Cristóvão e Névis	116	-	36	19	-	4	47	6,3 x	2,8	-	-	-	-	-
São Tomé e Príncipe	43	106	100	96	0,3	0,3	4	-	0,5 x	6,5	5,4	4	0,9	1,9
São Vicente e Granadinas	113	-	25	20	-	1,4	20	3	1,7	6	3	2,2	3,5	1,9
Seichelas	135	59	19	13	5,7	2,4	32	3	1,4	-	-	-	-	-
Senegal	35	276	149	116	3,1	1,6	22	0	1,2	7	6,6	4,9	0,3	1,9
Serra Leoa	1	368	290	270	1,2	0,4	7	0	-0,8	6,5	6,5	6,5	0	0
Sérvia	151	-	-	8	-	-	-	-	-	2,4	2,1	1,8	0,6	1,1
Síria	130	128	38	14	6,1	6,2	63	2	1,4	7,6	5,5	3,2	1,6	3,5
Somália	21	-	203	145	-	2,1	29	-1	-	7,3	6,8	6,2	0,3	0,6
Sri Lanka	135	100	32	13	5,7	5,6	59	3	3,8	4,4	2,5	1,9	2,7	1,8
Suazilândia	16	196	110	164	2,9	-2,5	-49	2	0,4	6,9	5,7	3,6	0,9	3
Sudão	45	172	120	89	1,8	1,9	26	0	3,7	6,6	6	4,4	0,5	1,9
Suécia	189	15	7	3	3,8	5,3	57	2	2,2	2	2	1,8	0,1	0,8
Suíça	167	18	9	5	3,5	3,7	44	1	0,7	2	1,5	1,4	1,4	0,5
Suriname	74	-	48	39	-	1,3	19	-2,2 x	1,4	5,7	2,7	2,5	3,6	0,6
Tadjiquistão	57	140	115	68	1	3,3	41	-	-3,1	6,9	5,2	3,5	1,4	2,5
Tailândia	151	102	31	8	6	8,5	74	5	2,8	5,5	2,1	1,8	4,8	0,8
Tanzânia	34	218	161	118	1,5	1,9	27	-	1,6	6,8	6,1	5,3	0,5	0,9
Territórios Palestinos	108	-	40	22	-	3,7	45	-	-2,8 x	7,9	6,4	5,3	1	1,3
Timor Leste	65	-	177	55	-	7,3	69	-	-	6,3	5,3	6,7	0,8	-1,4
Togo	38	219	149	108	1,9	2	28	-1	-0,1	7	6,4	5	0,5	1,6
Tonga	101	50	32	24	2,2	1,8	25	-	1,9	5,9	4,6	3,8	1,3	1,2
Trinidad e Tobago	75	54	34	38	2,3	-0,7	-12	1	4,7	3,5	2,4	1,6	1,8	2,6
Tunísia	106	201	52	23	6,8	5,1	56	3	3,3	6,6	3,6	1,9	3	3,9
Turcomenistão	67	-	99	51	-	4,1	48	-	-6,8 x	6,3	4,3	2,6	1,9	3,3
Turquia	96	201	82	26	4,5	7,2	68	2	1,9	5,5	3	2,2	3	2,2

	Classificação por mortalidade de menores de 5 anos	Taxa de mortalidade de menores de 5 anos			Taxa média anual de redução (%) ⁹		Redução desde 1990 (%) ⁹	Taxa média anual de crescimento do PIB per capita (%)		Taxa total de fertilidade			Taxa média anual de redução (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Tuvalu	75	-	54	38	-	2,2	30	-	-	-	-	-	-	-
Ucrânia	101	36	25	24	1,8	0,3	4	-	-1,5	2,1	1,9	1,2	0,6	2,8
Uganda	23	170	160	134	0,3	1,1	16	-	3,1	7,1	7,1	6,6	0	0,5
Uruguai	138	56	23	12	4,4	4,1	48	1	1,2	2,9	2,5	2,1	0,7	1
Uzbequistão	69	-	74	43	-	3,4	42	-	0,7	6,5	4,2	2,6	2,2	3,1
Vanuatu	79	155	62	36	4,6	3,4	42	-0,5 x	-0,3	6,3	4,9	3,9	1,2	1,5
Venezuela	110	62	33	21	3,2	2,8	36	-2	-0,6	5,4	3,4	2,6	2,2	1,8
Vietnã	122	87	53	17	2,5	7,1	68	-	6	7	3,7	2,2	3,2	3,2
Zâmbia	13	181	180	182	0	-0,1	-1	-2	0	7,4	6,5	5,3	0,7	1,2
Zimbábue	39	135	76	105	2,9	-2	-38	0	-2,4	7,4	5,2	3,3	1,8	2,9

RESUMOS DE INDICADORES

África ao sul do Saara	243	187	160	1,3	1,0	14	-	1,1	6,8	6,3	5,3	0,4	1,1
África Oriental e Meridional	220	165	131	1,4	1,4	21	-	1,2	6,8	6,0	5,0	0,6	1,1
África Ocidental e Central	264	208	186	1,2	0,7	11	-	1	6,8	6,6	5,6	0,1	1,1
Oriente Médio e Norte da África	195	79	46	4,5	3,4	42	0	2,2	6,8	5,0	3,1	1,5	3,1
Ásia Meridional	199	123	83	2,4	2,5	33	2	3,9	5,7	4,3	3,0	1,4	2,2
Leste da Ásia e Pacífico	121	55	29	3,9	4,0	47	6	6,7	5,6	2,5	1,9	4,1	1,7
América Latina e Caribe	123	55	27	4,0	4,4	51	1	1,4	5,3	3,2	2,4	2,5	1,8
ECO/CEI	91	53	27	2,7	4,2	49	-	1,1	2,8	2,3	1,7	0,9	2,1
Países industrializados [§]	27	10	6	5,0	3,2	40	2	1,9	2,3	1,7	1,7	1,3	0,2
Países em desenvolvimento [§]	164	103	79	2,3	1,7	23	3	4,1	5,8	3,6	2,8	2,3	1,6
Países menos desenvolvidos [§]	244	180	142	1,5	1,5	21	-	2,3	6,7	5,8	4,7	0,7	1,3
Mundial	145	93	72	2,2	1,6	23	2	2,3	4,7	3,2	2,6	1,9	1,4

§ Inclui também territórios dentro de cada categoria de país ou grupo regional de países. Os países e territórios em cada categoria de país ou grupo regional de países são apresentados na página 148

DEFINIÇÕES DE INDICADORES

Taxa de mortalidade de menores de 5 anos – Probabilidade de morte entre o nascimento e exatamente os 5 anos de idade por mil nascidos vivos.

Redução desde 1990 (%) – Redução percentual da taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) de 1990 a 2006. Em 2000, a Declaração do Milênio, promulgada pelas Nações Unidas, estabeleceu uma meta de redução de dois terços (67%) na TMM5, de 1990 a 2015. Este indicador fornece uma avaliação atualizada dos progressos rumo a essa meta.

PIB per capita – Produto Interno Bruto (PIB) é a soma do valor da contribuição de todos os produtores do país, acrescido de todos os impostos sobre produtos (menos subsídios) que não são incluídos na avaliação da produção. O PIB per capita é o produto interno bruto dividido pela população na metade do ano. O crescimento é calculado a partir de dados do PIB a preços constantes, em moeda local.

Taxa total de fertilidade – Número de crianças que nasceriam por mulher se esta vivesse até o fim de seus anos férteis e tivesse filhos em cada idade, de acordo com as taxas de fertilidade prevalentes para cada faixa etária.

FONTES PRINCIPAIS

Mortalidade de menores de cinco anos – UNICEF, Divisão de População das Nações Unidas e Divisão de Estatísticas das Nações Unidas.

PNB per capita – Banco Mundial.

Fertilidade – Divisão de População das Nações Unidas.

NOTAS

- Dados não disponíveis.
- x Dados referem-se a anos ou períodos que não os especificados no título da coluna, que diferem da definição padrão, ou que se referem a apenas uma parte de um país.
- ⁹ Um valor negativo indica um aumento na taxa de mortalidade de menores de 5 anos desde 1990.

Siglas

ACSD	Sobrevivência e Desenvolvimento Infantil Acelerado	M/CGF	Mutilação/corte genital feminino
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	MTI	Mosquiteiro tratado com inseticida
AIS	Pesquisas de Indicadores da Aids	OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômicos
AOD	Assistência Oficial ao Desenvolvimento	ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
BCG	vacina anti-tuberculose (Bacilo Calmette-Guérin)	OMS	Organização Mundial da Saúde
CAD	Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (OCDE)	PAP	Proteção ao Parto
Daly	Ano de vida ajustado por deficiência	Pesa	Programa com Enfoque Setorial Amplo
Derp	Documentos de Estratégias para Redução da Pobreza	PIB	Produto Interno Bruto
Dots	Estratégia de Tratamento Supervisionado Diretamente	PMNCH	Parceria pela Saúde Materna, Neonatal e Infantil
EESH	Educação Escolar em Saneamento e Higiene	PNB	Produto Nacional Bruto
FFF	Suplementação alimentar, espaço familiar, educação de mulheres	PTMPC	Prevenção da transmissão de HIV da mãe para a criança
GFATM	Fundo Global de Luta contra Aids, Tuberculose e Malária	PVC	Pesquisas de Vigilância Comportamental
Gidi	Gestão Integrada das Doenças Infantis	RNB	Renda Nacional Bruta
Gidi-C	Gestão Comunitária Integrada das Doenças Infantis	TB	tuberculose
Gidni	Gestão Integrada de Doenças Neonatais e Infantis	TBA	Terapia multimedamentosa Baseada em Artemisina
Gobi	Monitoramento do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização	TMAR	Taxa Média Anual de Redução
HepB	Vacina contra hepatite B	TMM5	Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	TT	vacina contra Toxóide Tetânico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana	Unaids	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
HMN	Health Metrics Network	Unfpa	Fundo de População das Nações Unidas
IUE	Instituto da Unesco para Estatísticas	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
		Usaid	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional



Endereços do UNICEF

UNICEF Headquarters
UNICEF House
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA

UNICEF Regional Office for Europe
Palais des Nations
CH – 1211 Geneva, 10 Switzerland

UNICEF Central and Eastern Europe,
Commonwealth of Independent
States Regional Office
Palais des Nations
CH – 1211 Geneva, 10 Switzerland

UNICEF Eastern and Southern Africa
Regional Office
P.O. Box 44145-00100
Nairobi, Kenya

UNICEF West and Central Africa
Regional Office
P.O. Box 29720 Yoff
Dakar, Senegal

UNICEF The Americas and Caribbean
Regional Office
Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio # 131
Apartado 0843-03045
Panama City, Panama

UNICEF East Asia and the Pacific
Regional Office
P.O. Box 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Thailand

UNICEF Middle East and North Africa
Regional Office
P.O. Box 1551
Amman, 11821, Jordan

UNICEF South Asia Regional Office
P.O. Box 5815
Lekhnath Marg
Kathmandu, Nepal
Informações adicionais disponíveis no
site www.unicef.org

Escritórios do UNICEF no Brasil

UNICEF – Brasília – Escritório da
Representante do UNICEF no Brasil
SEPN 510, Bloco A - 2º andar
Brasília, DF
70750-521

Caixa Postal: 08584 – CEP 70312-970
Telefone: (61) 3035 1900
Fax: (61) 3349 0606
E-mail: brasil@unicef.org
Representante do UNICEF no Brasil:
Sra. Marie-Pierre Poirier

UNICEF – Belém
Av. Alcindo Cacela, 287, Bloco B
Prédio da Universidade da Amazônia
Umarizal
Belém, PA
66060-000
Telefone: (91) 3073 5700
Fax: (91) 3073 5709
E-mail: belem@unicef.org

UNICEF – Fortaleza
Secretaria de Planejamento
Centro Admin. do Estado, Ed. Seplan/1
Cambéba, Messejana
Fortaleza, CE
60839-900
Telefone: (85) 3306 5700
Fax: (85) 3306 5709
E-mail: fortaleza@unicef.org

UNICEF – Manaus
Av. Darcy Vargas 77, Secretaria de
Assistência Social
Bairro da Chapada
Manaus, AM
69050-020
Telefone: (92) 3642 8016
E-mail: hgrade@unicef.org

UNICEF – Recife
Rua Henrique Dias, S/N – Ed. do IRH
Térreo
Derby
Recife, PE
52010-100
Telefone: (81) 3059 5700
Fax: (81) 3059 5719
E-mail: recife@unicef.org

UNICEF – Rio de Janeiro
Avenida Rio Branco, 135 – 6º andar
Centro
Rio de Janeiro, RJ
20040-006
Telefone: (21) 3147 5700
Fax: (21) 3147 5711
E-mail: riodejaneiro@unicef.org

UNICEF – Salvador
Alameda Benevento, n.º 103, Edifício
Empresarial 14 BIS – 5º andar
Pituba
Salvador, BA
41830-530
Telefone: (71) 3183 5700
Fax: (71) 3183 5710
E-mail: salvador@unicef.org

UNICEF – São Luís
Rua Santo Antônio, 246
Centro
São Luís, MA
65010-200
Telefone: (98) 4009 5700
Fax: (98) 4009 5708
E-mail: saoluis@unicef.org

UNICEF – São Paulo
Rua Pedro de Toledo, 1529
Vila Clementino
São Paulo, SP
04039-034
Telefone: (11) 5904 6677
Fax: (11) 5084 5577
E-mail: saopaulo@unicef.org

