

A Questão da Sobrevivência Infantil no Mundo e sua Relevância para as Américas

Cesar Victora ¹
Fernando C Barros ²

¹ Universidade Federal de Pelotas

² Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP)

Neste documento revisamos duas séries, amplamente divulgadas, de artigos que foram publicados na revista LANCET em 2003 (Série de Sobrevivência Infantil) e 2005 (Série de Sobrevivência Neonatal). Também revisamos informações existentes sobre os níveis e tendências em mortalidade infantil nas Américas e examinamos a relevância das conclusões destas duas séries para nossa parte do mundo.

A sobrevivência infantil foi uma prioridade global de saúde nos anos 80 e no início dos anos 90. Em 1982, a Revolução em Favor da Sobrevivência Infantil foi lançada pelo UNICEF, com o apoio de outras organizações internacionais e entidades governamentais nacionais. Um elemento central da iniciativa conduzida pelo UNICEF foi a chamada estratégia GOBI, incluindo quatro intervenções para redução da mortalidade: Monitoramento do Crescimento, Reidratação Oral, Aleitamento Materno e Imunizações. Ao mesmo tempo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) liderou importantes programas verticais em áreas como imunização, controle da diarreia e das infecções respiratórias agudas. Aumentos

significativos na cobertura destas intervenções foram documentados, particularmente para Vacinas e Terapia de Reidratação Oral (TRO), e a mortalidade infantil declinou marcadamente em vários países.

Atualmente, investimentos financeiros em programas de sobrevivência infantil são muito menores do que na década passada, possivelmente por duas razões. Primeiro, o sucesso da revolução em favor da sobrevivência infantil pode ter levado a uma errônea impressão de que a mortalidade estaria sob controle. Por outro lado, os escassos recursos existentes têm sido dirigidos para outros importantes problemas de saúde em países pobres e em desenvolvimento, tais como HIV/AIDS, malária, tuberculose, doenças cardiovasculares, obesidade, etc. Como conseqüência, apesar de morrerem mais de 10 milhões de crianças menores de cinco anos de idade a cada ano, a sobrevivência infantil recebe atualmente pouca atenção em nível mundial.

Reduzir em dois terços a mortalidade de crianças abaixo de 5 anos de idade no período de 1990 à 2015 é a quarta das oito Metas de Desenvolvimento do Milênio

(MDM). Em muitos dos países mais pobres, as tendências mostram que será difícil, se não impossível, atingir esta meta. Na verdade, a maioria da população mundial vive em países onde as taxas de redução da mortalidade de menores de cinco anos foram menores nos anos 90 do que nos anos 80.

LANCET – Série Sobrevivência Infantil – 2003

O reconhecimento de que a sobrevivência infantil não mais é prioritária na agenda da saúde mundial levou à formação de um grupo informal de cientistas, pesquisadores e gestores em saúde, o “Grupo de Estudos da Sobrevivência Infantil de Bellagio”. Este grupo publicou uma série de cinco artigos no LANCET, em 2003, chamando a atenção da comunidade mundial sobre a negligência acerca das questões relacionadas com saúde da criança.

O primeiro artigo da Série de Sobrevivência Infantil do LANCET mostrou que aproximadamente 90% das mortes de crianças ocorrem anualmente em somente 42 países, incluindo o Brasil e o México nas Américas. Três grupos de causas foram importantes em todos os países: 40% das mortes eram devido a problemas neonatais, e duas doenças, que se acreditava estar sob controle – pneumonia e diarreia – continuavam contribuindo, cada uma, para aproximadamente 20% de todas as mortes. Malária, sarampo, HIV/AIDS são causas importantes de morte em alguns países. Em torno de 40% das mortes infantis ocorrem na África Sub-Saariana – e 35% no Sul da Ásia.

O segundo Artigo identificou 23 intervenções viáveis, efetivas e de baixo custo contra as principais causas de mortalidade infantil. Estas incluem as práticas de aleitamento materno, de alimentação complementar, terapia de reidratação oral, uso de materiais tratados com inseticidas (particularmente mosquiteiros), antibióticos, e antimaláricos. Uma simulação mostrou que 63% das mortes ocorridas

antes dos cinco anos, nesses 42 países, pode ser prevenida através da cobertura universal com um pequeno número de medidas conhecidas. Apesar do sucesso aparente da Revolução em Favor da Sobrevivência Infantil, atualmente os níveis de cobertura global para a maioria dessas intervenções estão abaixo de 50%.

Autores do terceiro artigo discutiram que para atingir cobertura universal na maioria dos países, é preciso mudar a forma com que estas intervenções são disponibilizadas à população. Onde os sistemas de saúde são frágeis – como na maioria dos países de alta mortalidade – oferecer as intervenções apenas dentro de unidades de saúde não é suficiente. São necessárias estratégias alternativas, de natureza comunitária, em curto prazo, sem comprometer a meta de longo prazo de fortalecer os sistemas de saúde. Os países terão que desenvolver suas próprias estratégias, levando em consideração seus perfis epidemiológicos e a viabilidade de utilização em diferentes canais de oferta de atenção à saúde da população.

O quarto artigo versou sobre equidade. Mostrou que a diferença da mortalidade entre países ricos e pobres tem crescido, e que as diferenças dentro dos próprios países são também importantes – aproximadamente 40% das mortes infantis poderiam ter sido prevenidas se todas as crianças do país apresentassem a mesma taxa de mortalidade das crianças mais ricas. Isto significa que, a não ser que as necessidades especiais de atingir as camadas mais pobres sejam levadas em conta, estratégias de sobrevivência infantil terão sucesso limitado.

O último artigo da série foi um chamado para as necessidades de liderança mundial para a sobrevivência infantil, de fortalecimento dos sistemas de saúde, de aumento dos recursos internacionais para a saúde da criança, e de maior divulgação global sobre este tema. Os autores sugeriram que a Segunda Revolução para a Sobrevivência da Criança completasse sua agenda inacabada. Sem estas

ações, será impossível atingir a Meta do Desenvolvimento do Milênio para a sobrevivência infantil, que requer a redução de 2/3 na mortalidade de menores de cinco anos entre 1990 e 2015. Talvez a mais importante contribuição da série Sobrevivência Infantil tenha sido demonstrar que 63% das quase 11 milhões de mortes anuais de menores de 5 anos poderia ser evitada pela cobertura universal com intervenções simples e de baixo custo.

A série recebeu vasta atenção da imprensa e tem gerado discussões internacionais. O UNICEF declarou a sobrevivência infantil como sua prioridade número 1 para 2004, a OMS lançou o Relatório Mundial da Saúde de 2005 tendo como tema a saúde materno-infantil, e uma nova iniciativa mundial, a Parceria de Saúde Materna, Neonatal e Infantil está prestes a ser lançada em 2005. Esta nova iniciativa mundial será formada por três parcerias existentes: A Parceria para Maternidade Segura e Saúde do Recém Nascido, baseada na OMS em Genebra, a Parceria para a Saúde Neonatal, baseada no programa norte-americano Save the Children e a Parceria de Sobrevivência Infantil, com sede no UNICEF em Nova York. O objetivo principal destas novas parcerias é de coordenar esforços para disseminar as intervenções essenciais para a sobrevivência infantil em países de altas taxas de mortalidade, e advogar por maiores investimentos financeiros em saúde materno-infantil.

LANCET – Série Sobrevivência Neonatal – 2005

A primeira Série do LANCET identificou oito intervenções contra as mortes neonatais, mas também salientou a ausência de informações sobre a eficácia e a efetividade de várias outras intervenções semelhantes. Considerando que os óbitos neonatais são atualmente o principal componente da mortalidade infantil, é dada pouca atenção aos recém nascidos e a mortalidade neonatal é ignorada por muitas agências financiadoras internacionais. Inspi-

rados por este desafio, um segundo grupo de pesquisadores e de técnicos prepararam uma nova série de artigos que foi publicada recentemente.

Autores do primeiro artigo desta série estimam que 38% de todas as mortes de crianças abaixo de cinco anos ocorrem nas quatro primeiras semanas de vida e que esta proporção está aumentando na medida em que as mortes pós-neonatais, e aquelas de crianças com um a quatro anos, estão sendo reduzidas. Das quatro milhões de mortes neonatais por ano, 99% ocorrem nos países de renda baixa ou média. No entanto, a maioria das pesquisas se referem ao 1% de mortes que ocorrem nos países ricos. Países nas áreas mais afetadas – Sul da Ásia e África Sub-Sahariana – apresentaram pouco ou nenhum progresso nos últimos 10–15 anos. Mundialmente, as principais causas diretas de óbito são prematuridade (28%), infecções graves (26%) e asfixia (23%). O tétano neonatal causa 7% de todas as mortes e o baixo peso ao nascer é uma importante causa indireta.

O segundo artigo se baseia em uma recente revisão sistemática de literatura que identificou 16 intervenções eficazes contra os óbitos neonatais. Os autores estimam que a cobertura universal com estas intervenções poderia evitar de 41 a 72% das mortes neonatais em todo mundo. Três “pacotes” de intervenções são propostos. O pacote de intervenções intra-parto e o de intervenções pós-natais teriam aproximadamente o mesmo impacto sobre a mortalidade neonatal, sendo duas ou três vezes mais eficazes do que o pacote de cuidados pré-natais. Dos três pacotes, o de cuidados pós-natais apresenta a melhor relação custo-benefício. Os autores discutem como disponibilizar estes pacotes em diferentes modalidades de prestação de serviços, concluindo que uma combinação de atividades de extensão e baseadas na família e comunidade poderia evitar de 18 a 37% das mortes neonatais, particularmente em áreas com altas taxas de mortalidade e sistemas de saúde frágeis. Um componente essencial dessa estraté-

gia seria a educação em saúde para aumentar as práticas de cuidados domiciliares e estimular a demanda adequada pelos serviços de saúde.

Entretanto, a simples disponibilidade de intervenções não é suficiente. Como a primeira série do LANCET relatou, a grande maioria das crianças que vivem em países sub-desenvolvidos morre por não receber intervenções que já estão disponíveis há várias décadas. O terceiro artigo da série neonatal afirma que 70% das mortes neonatais acontecem porque intervenções simples não alcançam aqueles que mais necessitam. Os autores enfatizam ser necessário adequar as intervenções aos serviços existentes. Em locais onde unidades de saúde não estão amplamente disponíveis, os programas devem iniciar com os cuidados na família e comunidade. Na medida em que serviços de saúde são fortalecidos, as intervenções neonatais devem ser integradas a programas já existentes, como o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância). Os autores salientam a necessidade de esforços especiais para atingir os mais pobres, assim como de estabelecer sistemas de monitoramento e avaliação permanentes.

Os primeiros três artigos da Série Neonatal seguiram a ordem de artigos da Série de Sobrevivência Infantil – o primeiro sobre a epidemiologia e sobre as causas de óbitos, o segundo sobre (a utilização das) as intervenções disponíveis e o terceiro sobre a distribuição dos desafios. Na primeira série original, o quarto artigo foi sobre equidade, porém os coordenadores da Série Neonatal optaram por abordar este tema em toda a série, ao invés de dedicar um artigo específico.

O quarto artigo da Série Neonatal, portanto, corresponde ao quinto da série sobrevivência infantil, isto é, um chamado para a ação imediata visando a redução da mortalidade neonatal. Os autores afirmam que “o sucesso é possível mesmo em países pobres e com baixo desenvolvimento tecnológico”. Eles estimam que os custos de atingir 90% de cobertura com os três pacotes de interven-

ções, em 75 países com altas taxas de mortalidade, seriam de US\$ 4,1 bilhões por ano, além dos investimentos atuais, estimados em US\$ 2,0 bilhões. A maioria desses gastos não somente beneficiariam o recém nascido, mas também as mães e seus filhos mais velhos. O artigo finaliza com um chamado para a comunidade internacional sobre a necessidade de cumprir seus compromissos com as Metas de Desenvolvimento do Milênio e aumentar os recursos atualmente disponíveis.

Relevância para América Latina e Caribe

Ambas as séries Lancet receberam ampla atenção na imprensa e reconhecimento pela combinação do conteúdo científico com o engajamento político. Sua mensagem principal é que não existe uma política única válida para todos os países do mundo, e que as intervenções devem ser ajustadas aos perfis epidemiológicos e às características dos sistemas de saúde. Portanto, é necessário interpretar suas recomendações de acordo com a realidade de saúde da nossa Região.

Dados atualizados sobre mortalidade infantil foram apresentados no Relatório da Saúde Mundial em 2005. Taxas de mortalidade foram estimadas tendo como base as estatísticas vitais, pesquisas demográficas ou, em países onde estas informações não estão disponíveis ou não são confiáveis, com base em modelos estatísticos.

A figura 1 mostra a tendência da mortalidade em menores de cinco anos conforme as regiões da OMS. As Américas (incluindo Canadá e os EUA) mostram

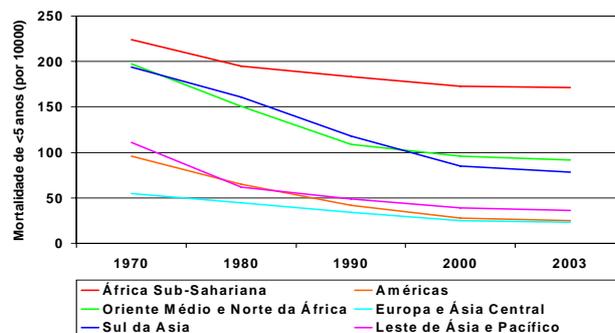


Figura 1. Tendências temporais na mortalidade de menores de cinco anos nas diferentes regiões do mundo, 1970-2003. Fonte: Relatório Mundial da Saúde 2005 (1).

um declínio bem definido nas últimas três décadas no que se refere a mortalidade infantil. Ocorrem anualmente 439.000 mortes de crianças menores 5 anos, nos quais 50.000 acontecem no Canadá e EUA. Em termos globais, estas taxas nos colocam em segundo lugar, atrás apenas da Europa.

no mundo foram relatadas na Islândia e Singapura - 3 por 1.000 – enquanto que a Suécia, Noruega e Finlândia apresentaram taxas de 4 por 1.000. A maior parte dos países das Américas têm taxas que são, no mínimo, cinco vezes superiores. Também não é surpresa que, como ocorre no restante do

País	Período/ano	Fonte	Neonatal	Pós Neonatal	Infantil	12-23 meses	24-59 meses	< 5 anos
Argentina	2002	VR	11	06	17	1,1	1,5	19
Bahamas	2000	VR	5	04	08	1,5	1,6	12
Barbados	2000	VR	11	05	16	0,9	0,6	17
Belize	2000	VR	14	09	23	3,0	2,0	30
Bolívia	1994-1998	DHS	34	33	67	15,0	11	92
Brazil	2000	VR	13	08	20	1,7	1,8	23
Canada	2000	VR	04	1.7	05	0,3	0,5	6
Chile	2002	VR	04	03	07	0,6	1	8
Colombia	1996-2000	DHS	15	07	21	1	2	25
Costa Rica	2002	VR	08	04	11	0,9	1	12
Cuba	2002	VR	04	02	07	0,6	1	8
Estados Unidos	2001	VR	05	02	07	0,5	0,8	08
Equador	2000	VR	08	08	16	4	7	26
El Salvador	1999	VR	04	07	11	2	1,7	15
Guatemala	1995-1999	DHS	23	22	45	8	6	59
Guyana	1996	VR	14	10	25	4	3	31
Haiti	1996-2000	DHS	32	48	80	20	22	119
Honduras	1981	VR	07	16	23	9	9	40
Jamaica	1991	VR	03	04	06	1,6	1,2	09
México	2001	VR	08	05	13	1,5	1,6	20
Nicaragua	1997-2001	DHS	16	15	31	5	4	39
Panama	2002	VR	08	06	14	2	2	17
Paraguai	2000	VR	06	05	10	1,6	1,5	14
Peru	1996-2000	DHS	18	15	33	7	7	47
R.Dominicana	1998-2002	DHS	22	09	31	3	3	38
Santa Lúcia	1999	VR	15	02	17	1,4	3	25
São Vicente Grenadines	1999	VR	14	08	21	3	4	26
Suriname	1992	VR	07	06	13	2	2	19
Trindade/Tobago	1983-87	DHS	23	05	28	3	1	32
Uruguai	2000	VR	08	06	14	1	1,3	16
Venezuela	2000	VR	12	06	18	2	1,9	21

TABELA 1 – Taxa de mortalidade de menores de 5 anos/1000 nascidos vivos, obtidos diretamente de inquéritos, certidões de nascimento, interrompidos pela idade, utilizando período ou ano.

No entanto, a mesma publicação também evidencia que nossas taxas de mortalidade variam intensamente entre os países (tabela 1). A qualidade dos dados pode afetar a comparação entre países e a validade de algumas dessas estimativas, mas os vastos diferenciais são incontestáveis. A mortalidade de menores de 5 anos (mortes por 1.000 nascimentos) varia de 6 no Canadá, em torno de 8 em Cuba, Chile e EUA, para 92 na Bolívia e 119 no Haiti. Aproximadamente na metade de todos os países, a maioria destas mortes acontecem no período neonatal. Para fins de comparação, as mais baixas taxas de mortalidade em menores de 5 anos

mundo, os países com mais altas taxas de mortalidade são aqueles atormentados por instabilidade política, como o Haiti e a Bolívia.

O progresso também pode ser medido pela proporção dos países cuja redução na mortalidade será suficiente para alcançar a Meta de Desenvolvimento do Milênio em Sobrevivência Infantil: reduzir a mor-

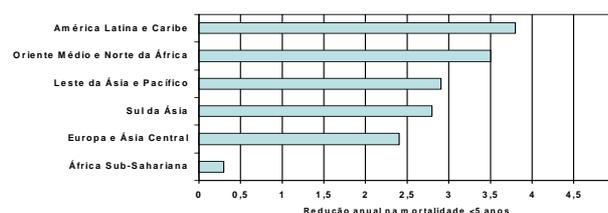


Figura 2. Taxas anuais de redução da mortalidade de menores de cinco anos nas regiões do mundo, 1990-2000. Fonte: Wagstaff e Claeson, 2004 (5).

talidade de menores de cinco anos em dois terços de 1990 até 2015. A maior parte das regiões do mundo mostrou progresso insuficiente para alcançar a meta (Figura 2), embora América Latina e o Caribe estejam mais próximos deste objetivo do que as demais regiões menos desenvolvidas. Ainda assim, somente quatro em cada dez habitantes da América Latina e do Caribe vivem num país que está no caminho certo. Em dois de cada três países, o crescimento do progresso na década de 90 foi mais lento que na década de 80. Este achado não pode ser atribuído ao fato de que as taxas atuais já sejam baixas e de difícil redução, pois o declínio relativo da mortalidade infantil nos países ricos continua a ser mais rápido do que nos países pobres. As estimativas de mortalidade por causa específicas, apresentadas na primeira Série LANCET, foram recentemente atualizadas pela OMS.

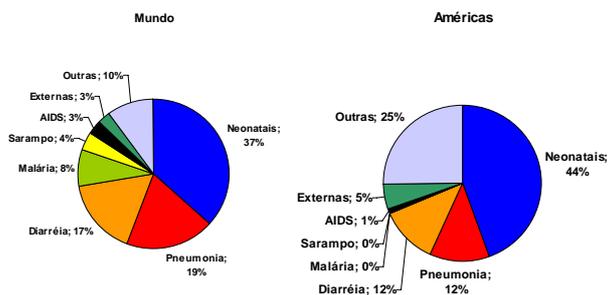


Figura 3. Distribuição das principais causas de mortes de crianças menores de cinco anos, no mundo e nas Américas. Fonte: Bryce et al, 2005 (18).

Devido às deficiências das estatísticas oficiais em muitos países, os resultados apresentados na Figura 3 se baseiam em uma variedade de fontes, incluindo autópsias verbais. Em relação ao mundo como um todo, as Américas tem relativamente mais óbitos por causas neonatais, o que é típico dos países onde a transição demográfica está se processando. Entretanto, diarréia e pneumonia continuam contribuindo com importante proporção de mortes na nossa região. Malária causa um pequeno número de mortes em menores de 5 anos, e o sarampo foi praticamente erradicado na maioria dos países. Em resumo, embora a mortalidade nas Amé-

ricas seja menor do que na maioria das regiões ainda existem grandes iniquidades entre os países, e causas de óbito que são completamente evitáveis, como diarréia ou pneumonia, continuam contribuindo para uma proporção importante de mortes de crianças.

A Série Lancet documentou baixos níveis da cobertura da população com relação às intervenções de sobrevivência infantil. A qualidade e a atualidade dos dados de cobertura variam amplamente entre os países, e somente para poucas intervenções os dados são suficientes para permitir comparações internacionais.

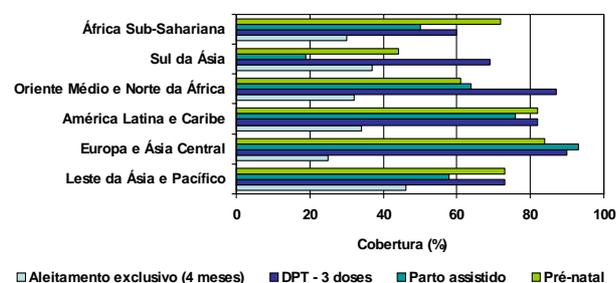


Figura 4. Cobertura de algumas intervenções para a sobrevivência infantil, ao redor do ano 2000. Fonte: Banco Mundial (19).

A Figura 4 mostra a cobertura de algumas ações básicas de sobrevivência infantil. Exceto para o aleitamento materno exclusivo - um complexo comportamento influenciado por muitos fatores externos ao setor saúde - os níveis de cobertura na América Latina e na Região do Caribe estão em torno de 80%. Ainda é possível melhorar, mas a cobertura global está bem acima do que o observado na maior parte do mundo. Um alto nível de cobertura na população como um todo pode, entretanto, ocultar importantes diferenciais entre os países. Por muito tempo tem sido reconhecido que nossa região esconde inaceitáveis níveis de iniquidade em saúde.

A tabela 2 mostra informações, coletadas pela OPAS, sobre cobertura pré-natal e cuidado de parto com qualidade e imunização nos países da América Latina e Caribe. Embora as coberturas sejam geralmen-

País	Cuidados Perinatais por pessoal capacitado 1996-2003	Atendimento de qualidade no parto 1996-2003	Crianças de 1 ano imunizadas em 2003 (%)			
			DPT 3	Pólio	BCG	Sarampo
Anguila	100	100	99	99	99	96
Antigua e Barbuda	95	99	99	99	NA	99
Argentina	84	98	93	94	99	95
Aruba	100	100	96	79	79	NA
Bahamas	94	99	92	93	NA	90
Barbados	100	100	89	90	NA	90
Belize	98	97	96	95	99	96
Bolívia	79	61	95	94	94	99
Brazil	46	97	96	99	99	99
Chile	84	98	96	96	95	99
Colombia	91	94	93	92	97	93
Costa Rica	82	98	88	88	87	89
Cuba	100	100	73	99	98	99
Dominicana	100	100	99	99	99	99
Equador	83	69	89	99	99	99
El Salvador	53	70	88	87	90	99
Guiana Francesa	73	100	NA	NA	NA	NA
Granada	99	100	97	98	NA	99
Guadalupe	84	100	NA	NA	NA	NA
Guatemala	90	26	94	94	97	94
Guiana	95	95	90	91	95	89
Haiti	79	24	50	48	54	52
Honduras	85	62	92	92	91	95
Ilhas Virgens Britânica	100	100	99	99	98	99
Ilhas Caimã	99	100	92	92	75	83
Jamaica	70	95	81	81	88	79
Martinica	99	100	NA	NA	NA	NA
México	96	91	91	92	92	96
Montserrat	100	98	99	99	99	99
Nicaragua	86	74	85	85	93	98
Panama	94	94	86	83	87	83
Paraguai	75	86	85	86	88	91
Peru	84	59	94	95	94	95
R.Dominicana	98	98	75	73	90	80
Santa Kitts e Neves	71	99	99	99	99	98
Santa Lúcia	48	98	90	91	95	90
São Vicente Grenadines	99	100	99	99	87	94
Suriname	90	90	74	74	NA	71
Trindade/Tobago	84	99	91	91	NA	88
Turquis e Caicos	100	88	96	96	92	91

TABELA 2 – Cuidado pré-natal e distribuição por atendimento especialização e cobertura de imunização em países da América Latina e Caribe – OPAS. Situação da Saúde nas Américas – 2004.

te altas, baixas taxas são identificadas em alguns países, especialmente no Haiti.

Diferenças entre pobres e ricos, dentro de um mesmo país da América Latina, são freqüentemente tão grandes quanto, senão maiores, que as diferenças entre países. Estas são ilustradas por uma análise de cobertura.

A Figura 5 mostra as proporções de crianças brasileiras e haitianas, entre 1 e 4 anos que receberam seis ou mais de oito intervenções essenciais para a sobrevivência infantil (4 ou mais consultas de pré-natal, vacinação contra tétano na gravidez, parto com

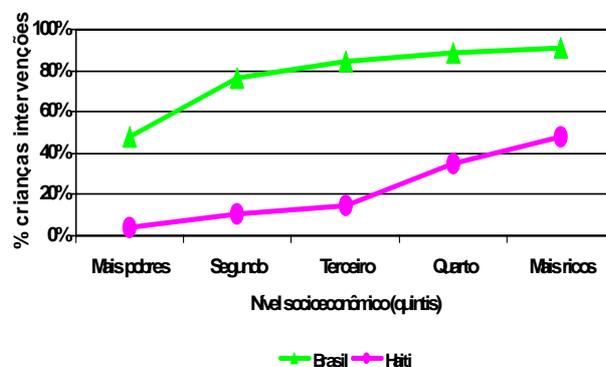


Figura 5. Percentual de crianças do Brasil e Haiti que receberam seis ou mais de um total de oito intervenções essenciais para a sobrevivência infantil, segundo quintis de nível socioeconômico. Fonte: Victora et al (22).

qualidade, vacinas BCG, sarampo e DPT3 nas crianças, suplementação com vitamina A, e água tratada).

Estas análises, baseadas em dados de pesquisas de demografia e saúde (Demographic and Health Surveys ou DHS), mostra a clara desvantagem das crianças pobres no Brasil, quando comparadas com o restante da população. No Haiti, por outro lado, a cobertura global é baixa e embora os pobres sejam novamente discriminados, a cobertura simultânea com seis intervenções foi inferior a 50% mesmo entre os ricos. Diferenças sociais, portanto, são importantes tanto para países de alta como de baixa cobertura.

Finalmente, mesmo que os níveis de cobertura sejam razoavelmente altos, a cobertura efetiva requer intervenções de alta qualidade. Dados sobre qualidade das intervenções são raros. Podemos examinar dois exemplos recentes no Brasil.

Numa pesquisa de saúde em quatro estados do nordeste do Brasil a performance dos médicos da atenção primária foi comparada com um examinador, que constituiu o "padrão-ouro". Somente metade das crianças abaixo de cinco anos que necessitavam de um antibiótico o receberam corretamente. Por outro lado, 13% das crianças que não necessitavam de antibióticos receberam inapropriadamente estes medicamentos. Já no Sul do Brasil, o cuidado pré-natal foi avaliado em dois diferentes estudos realizados em Pelotas, RS. Embora a média de atendimentos tenha sido mais que oito por gestação, uma em quatro mulheres não fez nenhum exame ginecológico durante estas consultas; uma em três não tinha sido imunizada contra o tétano, e novamente uma de três mulheres não tinha realizado a sorologia para sífilis.

Embora os exemplos acima possam não representar toda a região, eles estão em linha com os resultados de estudos mais amplos. A OPAS estima uma prevalência total de sífilis entre as mulheres grávidas na América Latina na ordem de 3,1%, com taxas

alcançando, no Paraguai, 6,2%. A incidência de sífilis congênita varia de 1,4 em 1000 nascidos vivos em El Salvador, para 12.0 em Honduras. Este estudo enfatiza a necessidade de aumentar a qualidade do cuidado através da oferta universal do teste e do tratamento da sífilis durante a gravidez.

Em conclusão, as duas séries do Lancet mostram que medidas simples e de baixo custo, se alcançarem cobertura universal com boa qualidade, poderiam prevenir em torno de 2/3 de todas as mortes infantis em crianças abaixo de cinco anos em todo o mundo. Ainda que a situação da América Latina e do Caribe esteja geralmente melhor que em outras partes do mundo, uma grande proporção de nossas mortes abaixo de cinco anos podem continuar a ser evitadas através de medidas simples como foi proposto nessas séries.

Mesmo em países com altas taxas de cobertura, dois importantes desafios permanecem. Como alcançar as crianças das famílias mais pobres, que tendem a ser consistentemente excluídas? E como garantir que as intervenções essenciais tenham altos níveis de qualidade, para assegurar que a cobertura seja efetiva? As respostas a estas perguntas definirão se teremos ou não sucesso em reduzir mais ainda os níveis de mortalidade em crianças abaixo de cinco anos na nossa região.

REFERÊNCIAS

1. <http://www.unicef.org/sowc96/1980s.htm>
2. UNICEF. Progress since the world summit for children: a statistical review.2001. (<http://www.unicef.org/publications/wethechildren-stats/sreportadaptedstats.gen.pdf>, site visited February 21, 2003)
3. Victora CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. Global trends in health services delivery: Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. Buli

World Health Organ 2000;78: 1246-55.

4. Ahmad OB, Lopez AO, Inoue M. The decline in child mortality: a reappraisal. *Buli World Health Organ* 2000; 78: 1175-91.

5. Wagstaff A, Claeson M. The millennium development goals for health: rising to the challenges. Washington: The World Bank, 2004.

6. Black R, Morris S, Bryce I. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361 :2226-34.

7. Jones G, Steketee R, Bhutta Z, Morris S and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.

8. Bryce J, El Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin O, Habicht JP and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: Can public health deliver? *Lancet* 2003; 362: 159-64.

9. Victora C, Wagstaff A, Armstrong Schellenberg J, Gwatkin O, Claeson M, and Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: More of the same is not enough. *Lancet* 2003; 362: 233-41

10. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003; 362: 323-27.

11. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdt)

12. Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul V, Knippenberg R, Fogstad H, Shetty

P, Horton R. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet* 2004;364:399-401.

13. Lawn JE, Cousens S, Zupan J; Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet*. 2005;365:891-900.

14. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*. 2005;365:977-88.

15. Knippenberg R, Lawn JE, Darmstadt GL, Begkoyian G, Fogstad I-1, Waleign'N, Paul VK; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Systematic scaling up of neonatal care in countries. *Lancet*. 2005;365: 1087-98.

16. Martines J, Paul VK, Bhutta ZA, Kobinski M, Soucat M, Walker N, Bahl R, Fogstad I-1, Costello A; Lancet Neonatal Survival Steering Team. Neonatal survival: a call for action. *Lancet*. 2005;365: 1189-97.

17. Bhutta ZA, Darmstadt GL, I-lasan BS, I-laws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2005 Feb; 115(2 Suppl):519-617.

18. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WI-IO Child Health Epidemiology Reference Group. WI-IO estimates of the causes of death in children. *Lancet*. 2005;365:1147-52.

19. World Bank. World Development Indicators 2003. Washington, DC: World Bank, 2003.

20. OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2004.

21. The World Bank Group. Poverty and Health (website).

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXT-HEALTH/EXT-HEALTH-UTR-IT-ON-AND-POPULATION/EXT-PAI-I/O...menuPK:400482~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:400476,00.html>

22. Victora CG, Fenn B, Bryce J, Kirkwood BR. Co-coverage of interventions: implications for child survival strategies (submitted for publication).

23. Amaral JJ, Gouws E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004;20 Suppl 2:209-19.24 Barros FC, Victora CG, Barros AJO, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A, Oomingues MR, Sclowitz IKT, Hallal PC, Silveira MF, Vaughan JP. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts, 1982-1993-2004. *Lancet* 2005; 365:847-54.

25. Silveira OS, Santos IS, Costa JSO. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 131-39.

26. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. *Pan Amer J Public Health* 2004; 16: 211-217