

## Programas de vacinação

Ahmadu Yakubu, Jos Vandelaer, Gezahegn Mengiste, Fouzia Shafique, Tedbab Degeffie, Robert Davis, Tunde Adegboyega

Os programas de vacinação têm-se focalizado tradicionalmente na prevenção das doenças dos lactentes ou de crianças mais velhas. Contudo, estes programas também têm a possibilidade de salvar vidas de recém-nascidos, evitando o tétano ou a rubéola pela vacinação das mulheres. Calcula-se que na África Sub-Sahariana morrem anualmente 70 000 recém-nascidos nas primeiras quatro semanas de vida devido ao tétano neonatal. Este flagelo subsiste apesar de o tétano neonatal poder ser evitado durante a gravidez por meio de duas injeções de toxóide tétânico (TT) que custam apenas 0,20 cêntimos de dólar, ou por meio de práticas higiénicas durante o parto. Tem havido igualmente um interesse cada vez maior em evitar a síndrome da rubéola congénita através da vacinação.

Além de prevenir estas doenças mortais, a vacinação dos recém-nascidos e das futuras mães, integrada em programas como o Programa Alargado de Vacinações (PAV), financiado pela Aliança Global para a Vacinação e a Imunização (AGVI) e outros, possibilita que se melhorem as intervenções de SMNI ou que se prestem outras intervenções destes serviços. Novas estratégias, como os Dias ou Semanas de Saúde Infantil para a Vacinação das Crianças, também proporcionam um conjunto de outras intervenções para além da vacinação, possibilitando assim que se prestem serviços de saúde especificamente orientados para os recém-nascidos, ao mesmo tempo que, transversalmente, se tratam outros problemas de saúde das mães e dos recém-nascidos.

Que possibilidades existem de expandir os actuais programas de vacinação e de salvar as vidas dos recém-nascidos? E como podem os serviços de vacinação facilitar a prestação de outras importantes intervenções de SMNI?



## Problema

Todos os anos, mais de quatro milhões de crianças africanas, incluindo mais de um milhão de recém-nascidos, morrem antes do seu quinto aniversário, e muitas delas morrem de doenças evitáveis com vacinas. Os programas de vacinação e de imunização são fundamentais para reduzir o número de mortes, de doenças e de incapacidades.<sup>1</sup> Todos os países criaram programas de vacinação, mas a sua cobertura está muitas vezes dependente do estágio de desenvolvimento do sistema de saúde de cada país, como as suas infra-estruturas, capacidade de gestão, e verbas disponíveis. A incapacidade de alcançar as mães e os recém-nascidos, especialmente através do Controlo Pré-Natal (CPN) e no período pós-natal imediatamente seguinte, contribui para as lacunas que se verificam na cobertura das vacinações. Por conseguinte, devido a estes factores, não se atingiu ainda o objectivo da cobertura universal, importante tanto do ponto de vista da vacinação como da igualdade de direitos.<sup>2</sup> Os encargos com o tétano materno e neonatal (TMN) e o rácio custo/eficácia da sua prevenção convertem a eliminação do tétano materno e neonatal (ETMN) num tema especialmente relevante para a sobrevivência de ambos. A falta de uma cobertura eficaz de vacinações, especialmente da vacinação do toxóide tetânico, e as oportunidades não aproveitadas dos programas de vacinação, afectam negativamente as mulheres, os recém-nascidos e as crianças



**Efeitos nas mulheres:** devido ao facto de a infecção materna com tétano ser uma condição associada à pobreza e que afecta mulheres não vacinadas e que dão à luz em condições não higiénicas, não existem informações sobre a dimensão do problema.<sup>3</sup> A verdadeira tragédia consiste em que as mortes atribuídas à infecção pelo tétano poderiam ter sido evitadas através de Controlo Pré-Natal focalizado, de vacinações, de práticas higiénicas durante o parto, e de Controlo Pós-Natal eficaz. Contudo, os programas de vacinação não conseguem vacinar muitas mulheres com duas ou mais doses de toxóide tetânico (TT2+), o que revela que há estruturas inadequadas nos sistemas de saúde que afectam sobretudo os que têm menos possibilidades de acesso aos cuidados de saúde, como é o caso dos grupos minoritários e das populações rurais.

**Efeitos nos recém-nascidos:** as infecções, incluindo as do tétano, representam 39 por cento dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos que ocorrem anualmente na África Sub-Sahariana.<sup>4</sup> Contudo, a elevada taxa de mortalidade neonatal da região proporciona a oportunidade de se reduzirem de forma acentuada as mortes devidas a infecções, concretamente as causadas pelo tétano. De acordo com estimativas recentes, o tétano neonatal causa 70 000 mortes em 30 países africanos, mas porque se trata de uma doença dos pobres, cujas mortes muitas vezes nem constam das estatísticas, não há muitas certezas acerca dessas estimativas. As taxas de casos fatais para esta infecção são altas e 70 a 95 por cento dos bebés infectados podem morrer se não forem submetidos a cuidados intensivos.<sup>4</sup>

**Efeitos nas crianças:** A protecção que um recém-nascido pode ter contra o tétano, que é adquirida através da transmissão das anti-toxinas do tétano, de uma mãe vacinada para o feto durante a gravidez, não durará ao longo de toda a infância, o que coloca a criança em crescimento sob um maior risco de infecção. Por conseguinte, as crianças devem ser submetidas a um plano de vacinações completo que inclua o toxóide tetânico. Na maioria dos países, os planos de vacinação incluem a vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), a vacina contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano, a vacina oral contra a poliomielite (VOP), e as vacinas contra o sarampo e a Hepatite B. A maioria destes planos tem como alvo as crianças antes do seu primeiro aniversário. Para ficarem completamente protegidas contra doenças evitáveis por vacinação, as crianças deverão ser postas em contacto com os serviços de saúde, diversas vezes, no seu primeiro ano de vida.

Certas práticas sociais e culturais podem aumentar o risco de algumas enfermidades evitáveis pela vacinação, afectando assim adversamente a cobertura que se pretende. Nalgumas comunidades pastoris, por exemplo, colocar bosta de vaca no cordão umbilical é considerado uma bênção que assegura que o bebé vai possuir muito gado.<sup>5</sup> Esta prática, contudo, implica um enorme risco de infecção pelo tétano neonatal. Noutros casos, as comunidades podem rejeitar a vacinação, especialmente das mulheres grávidas, porque a interpretam como uma prática de controlo de natalidade.

## Abena - todos os recém-nascidos contam

Abena - o seu nome significa “rapariga nascida numa Quinta-feira” - nasceu numa cabana escura. A mãe de Abena, Efua, não tinha dinheiro para dar à luz no hospital, e a tia de Efua ajudou-a cortando o cordão umbilical com uma lâmina suja e cobrindo-o com um pedaço de pano velho. Abena conseguiu mamar bem no princípio, mas no terceiro dia, Efua notou que ela mamava sem força. No quarto dia, os músculos de Abena estavam rígidos, não conseguia mamar e o seu corpo começou a ter contracções espasmódicas ao mínimo sinal de agitação em seu redor. Só viveu mais cinco dias. A tia de Efua enterrou o pequeno corpo no campo de inhame e pediu a Efua para não chorar, se não os espíritos levariam também o seu próximo filho. Ninguém registou o parto de Abena nem a sua morte.

## Pacote

- Vacinar uma grande proporção de bebés antes do parto, durante o parto ou pouco após o parto, é fundamental para o êxito de muitas das vacinas que reduzem o número de mortes e de doenças durante a infância e ao longo da vida. Os programas de vacinação podem salvaguardar a saúde dos bebés, não apenas vacinando os recém-nascidos durante o período pós-natal, mas também administrando vacinas à mãe, produzindo-se desse modo um efeito no recém-nascido. A maior parte das vacinações que têm em vista a saúde dos recém-nascidos, como o toxóide tetânico e a vacina da rubéola, são administradas à mãe. É claro que destas, a que tem o maior impacto é a vacina contra o tétano, mas outras vacinas administradas antes da gravidez, como a da rubéola, possuem também um potencial elevado de salvar vidas e reduzir doenças graves e incapacidades. Além disso, há também algumas vacinas administradas aos bebés imediatamente após o parto, como:
  - A vacina do BCG para diminuir o risco de tuberculose
  - A vacina da hepatite B para prevenir a infecção da hepatite B
  - A vacina oral contra a poliomielite (VOP) para prevenir a infecção causadora da paralisia infantil

Este capítulo centrar-se-á nas vacinações directas que salvam vidas de recém-nascidos, sobretudo a do tétano, mas também a vacina da rubéola, e descreverá resumidamente as vacinações efectuadas no período pós-natal, discutindo as possibilidades de se melhorarem os serviços existentes de vacinação ao proceder-se a outras intervenções incluídas na SMNI e recolhendo dados mais completos necessários à tomada de decisões. Finalmente, mencionará as medidas práticas para integrar as vacinações nos programas de SMNI.

### Prevenção do tétano materno e neonatal

Ao reconhecerem a importância do Tétano Materno e Neonatal-TMN, as entidades de saúde pública passaram a interessar-se pela sua eliminação. Define-se estádio de eliminação aquele em que existe por ano menos de um caso de tétano neonatal por 1 000 nados vivos a nível distrital.<sup>6</sup> Isto não significa erradicação que, como exemplificam os esforços desenvolvidos contra a varíola, se consegue através de um esforço coordenado para travar a disseminação de determinada doença. O tétano não pode ser totalmente erradicado, e para atingir e manter a eliminação, são necessários esforços contínuos para conter o número de casos ao nível de menos de 1 por 1 000 nados-vivos por ano. O pacote da ETMN assenta fundamentalmente na aplicação generalizada da vacina e inclui também a promoção de práticas higiénicas durante o parto e uma vigilância activa para identificar e gerir os restantes ou os novos casos de tétano, mesmo depois de um país ter atingido o estádio de eliminação.

### Aplicar a vacina do toxóide tetânico às mulheres

Vacinar a mãe antes do parto com TT protege-a a ela e ao recém-nascido contra o tétano, e o Controlo Pré-Natal é a principal porta de entrada programática para uma vacinação de rotina contra o tétano. Uma grávida deve receber pelo menos duas doses da vacina, a menos que já esteja imunizada por vacinações anteriores contra o tétano. Cinco doses de TT podem garantir protecção durante todos os anos férteis, e até durante mais tempo. Contudo, nas áreas onde o sistema de saúde for de baixa qualidade, recorre-se a actividades suplementares de vacinação (ASV) para, através de campanhas, aplicar o TT a todas as mulheres em idade fértil.

### Promover serviços de partos higiénicos a todas as grávidas

Em áreas com cobertura insuficiente de TT, os sistemas de saúde são geralmente demasiado deficientes para prestar às mulheres assistência especializada ao parto que possa prevenir o tétano materno e neonatal. Ocorrendo a maioria dos partos em África fora dos serviços de saúde e sendo lentos os progressos na melhoria da assistência especializada na comunidade, este tipo de assistência continua a ser um problema. Contudo, algumas estratégias baseadas na comunidade têm tido êxito relativamente à promoção dos partos limpos e aos cuidados higiénicos ao cordão umbilical fora dos serviços de saúde. Uma estratégia de alteração de comportamentos que foi aplicada aos hábitos de elevado risco após o parto teve como resultado uma redução de 90 por cento no tétano neonatal entre os Masai do Quénia, mesmo sem se aumentar a cobertura do TT.<sup>5</sup>

### Implementação da vigilância e de respostas activas ao tétano materno e neonatal

A vigilância epidemiológica dos casos permite que se identifiquem as áreas sobrecarregadas com a doença.<sup>7</sup> Infelizmente, apesar das exigências legais, nos países africanos muitas vezes os nascimentos e as mortes não são registadas e os dados fiáveis com causa específica são ainda mais raros. Os 20 por cento de casos relatados de tétano neonatal e de mortes - por vezes até menos de 1 por cento - são portanto muito inferiores à realidade (vide Quadro III.9.1). Quando não existam dados fiáveis, os modelos podem servir para calcular o impacto das intervenções sobre a sobrecarga de tétano neonatal. Certos modelos e métodos diferentes produzem também resultados diversos e têm objectivos diversos, pontos fortes e pontos fracos, conforme se expõe nas notas aos dados, na página 226. O objectivo principal desses modelos é calcular os progressos e orientar as tomadas de decisão.

**TABELA III.9.1 Relatos de tétano com valores abaixo dos reais na África Ocidental**

País	Relatados	Eficiência do relato
Benim	10	7%
Burquina Faso	8	<1%
Costa do Marfim	95	6%
Gâmbia	1	7%
Gana	105	4%
Guiné	272	16%
Guiné-Bissau	5	3%
Libéria	166	20%
Mali	31	1%
Mauritânia	11	3%
Níger	27	1%
Nigéria	1871	4%
Senegal	16	1%
Serra Leoa	0	0%
Togo	39	11%

Fonte: da referência<sup>9</sup>. Com base em casos relatados e estimados de tétano neonatal

#### Vacinação da rubéola e prevenção da síndrome da rubéola congénita

A nível mundial, cerca de 100 000 bebés nascem anualmente com a síndrome da rubéola congénita como consequência de as suas mães estarem infectadas com rubéola durante a gravidez.<sup>9</sup> A síndrome da rubéola congénita pode causar nados-mortos, causar a morte de recém-nascidos e de crianças, ou causar deficiências de longo prazo devidas a restrições de crescimento, defeitos cardíacos, cataratas e surdez. A síndrome da rubéola congénita não é relatada de acordo com os seus valores reais em África,<sup>10</sup> e a consciência que os habitantes têm da doença é muitas vezes baixa, especialmente porque as mulheres podem ter muitos sintomas não específicos e não reconhecidos nas primeiras semanas de gravidez.<sup>11</sup>

A síndrome da rubéola congénita nos recém-nascidos previne-se evitando que a mãe seja infectada com a rubéola durante o primeiro trimestre de gravidez. Isto consegue-se se a mãe estiver imunizada contra a rubéola antes da gravidez, por já ter tido uma infecção natural, ou por ter sido vacinada. A vacinação contra a rubéola durante a infância evitará a infecção mais tarde na vida, mas se não for possível manter a cobertura em níveis elevados, as mulheres adultas que não tiverem sido vacinadas correrão um maior risco de infecção, do que resultará uma maior susceptibilidade à síndrome da rubéola congénita. Portanto, uma estratégia alternativa consiste em vacinar as adolescentes e/ou as mulheres em idade fértil, ou por meio de uma estratégia de vacinação de rotina, ou sob a forma de campanha, por exemplo nas escolas.

A OMS recomenda que nos locais onde a cobertura seja baixa, os governos prevejam uma vacinação das adolescentes e/ou das mulheres em idade fértil, e logo que a cobertura da vacina tríplice (DPT3 - Difteria, Tosse Convulsa e Tétano) e do sarampo ultrapasse os 80 por cento, o país deve pensar na introdução da rubéola em programas de vacinação de rotina das crianças.<sup>11</sup>

#### Vacinar os recém-nascidos para que estejam protegidos no futuro

Embora o TT seja o exemplo mais óbvio de vacina para redução das mortes de recém-nascidos, há outras vacinas importantes que têm impacto na saúde ao longo da vida. Essas intervenções exigem que haja contactos entre os serviços de saúde, a mãe e o bebé, durante o período pós-natal. As vacinas usadas mais frequentemente são a BCG, a vacina oral contra a poliomielite (VOP) e a vacina da hepatite B.

**Vacinação com o Bacilo Calmette-Guérin para redução do risco de tuberculose e de lepra:** A vacina BCG existe desde há 80 anos e é uma das mais amplamente utilizadas de entre todas as vacinas. Possui um efeito protector bem documentado contra as causas mais frequentes de mortes relacionadas com a tuberculose na infância, a meningite tuberculosa e a tuberculose aguda nas crianças, assim como a lepra. Contudo, não evita a primo-infecção e, o que é mais importante, não evita a reactivação da infecção pulmonar latente que é a causa principal de disseminação do bacilo na comunidade. O impacto da vacinação com BCG na transmissão das microbactérias “tuberculosis” (ou bacilos de Koch), que é o agente infeccioso, é portanto limitado. A alta cobertura da BCG indica que os lactentes e as suas mães estão ao alcance dos sistemas de saúde, e que existem assim oportunidades para se prestarem outros cuidados adicionais aos recém-nascidos.

**Vacinação contra a hepatite B para prevenir a sua transmissão de mãe para filho:** Os resultados da infecção com o vírus da hepatite B dependem da idade e incluem a hepatite B aguda (cl clinicamente aparente ou diagnosticável), a infecção crónica com hepatite B, a cirrose e o carcinoma hepatocelular (cancro do fígado). Quanto mais cedo a criança for infectada, maior é o risco de graves complicações mais tarde. Calcula-se que em todo o mundo, mais de dois milhares de milhões de pessoas foram infectadas com hepatite B, das quais 360 milhões sofrem de infecções crónicas com um risco de doença grave e de cirrose e carcinoma hepatocelular. A cirrose e o carcinoma hepatocelular causam cerca de 500 000 a 700 000 mortes anualmente em todo o mundo. As formas comuns de transmissão incluem a transmissão de mãe para filho, a transmissão entre crianças, práticas de aplicação não seguras de injeções, transfusões de sangue e contactos sexuais. A vacinação com 3 a 4 doses de vacina da hepatite B induz níveis de anticorpos protectores em mais de 95 por cento dos receptores, dura pelo menos 15 anos e, possivelmente, até toda a vida. Nos programas nacionais opta-se por vários momentos para a vacinação da hepatite B, dependendo disso da situação epidemiológica local e de considerações programáticas. Na maioria dos países africanos, a transmissão de mãe para filho é menos comum e, por isso, a vacinação pode começar mais tarde, com base na viabilidade e no rácio custo-eficácia do tempo óptimo de vacinação. Contudo, em países onde a elevada proporção de infecções com hepatite B é adquirida durante o parto, a primeira dose de vacina deve ser dada o mais cedo possível (dentro de 24 horas após o parto).<sup>12</sup>

### Vacinação oral contra a poliomielite para evitar a infecção:

A poliomielite é uma doença aguda contagiosa causada pelos tipos 1, 2 e 3 do vírus da poliomielite, transmitido por contacto de pessoa a pessoa. Em média, só 1 de entre 200 crianças infectadas desenvolvem a paralisia.<sup>13</sup> A poliomielite pode ser evitada através de vacinação por meio de uma vacina injectável de poliovírus inactivado (IPV), ou por meio de uma vacina oral de poliovírus vivo (OPV), sendo ambas geralmente eficazes contra os três tipos do vírus. A utilização generalizada da vacina OPV, tanto em locais de rotina como em campanha, tem constituído uma pedra basilar do programa mundial de erradicação da poliomielite. O plano de vacinação de rotina consiste em quatro doses de OPV no primeiro ano de vida, a primeira das quais é administrada na altura do parto.



### Cobertura actual e tendências

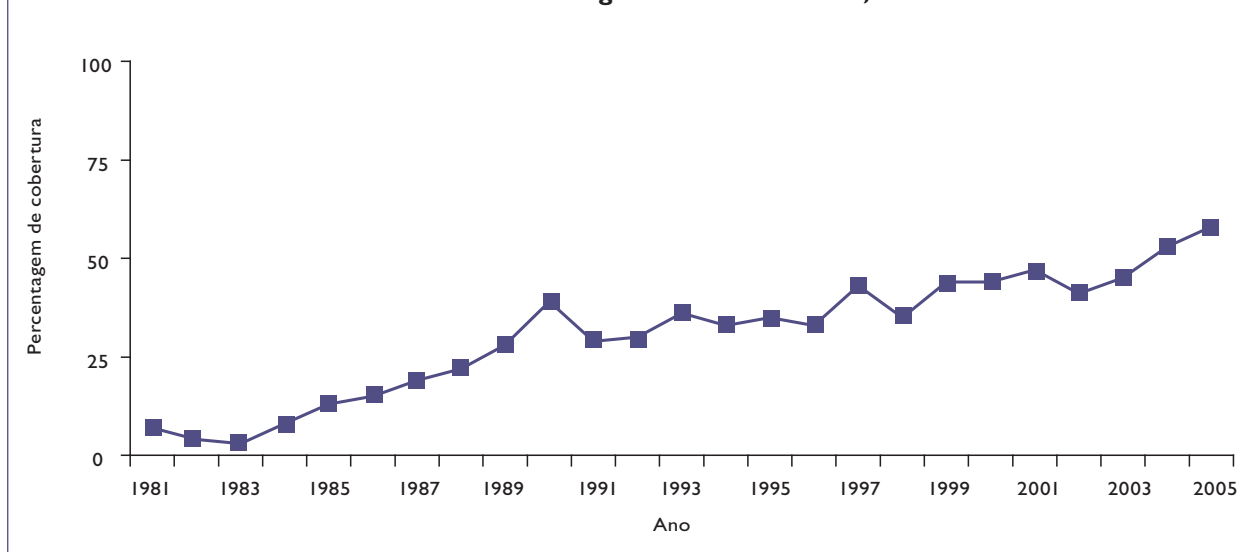
Os programas de vacinação têm sido implementados desde os anos 70 e 80, e os progressos que se verificaram na cobertura da vacinação levaram a uma redução substancial do número de doenças infecciosas nas crianças. Contudo, na África Sub-Sahariana, de acordo com dados de 2004, só 65 por cento das crianças com menos de um ano receberam três doses da vacina DPT, quando a nível mundial esse valor é de 78 por cento.<sup>14</sup> Se bem que a vacinação salve milhões de vidas anualmente, há ainda espaço para se introduzirem melhoramentos, especialmente entre as populações que não beneficiam de serviços de saúde regulares.

#### Tétano

A vacinação de rotina entre as mulheres grávidas, ou a cobertura da dose dupla do Toxóide tetânico (TT2+) na região africana, foi de 37 por cento em 1990 e de 44 por cento em 2000, e tem vindo a aumentar recentemente até atingir cerca de 58 por cento em 2005.<sup>14,15</sup> (Figura III.9.1) Além de uma maior cobertura, há agora mais governos empenhados em reduzir o Tétano Materno e Neonatal -TMN, conforme se comprova pela criação

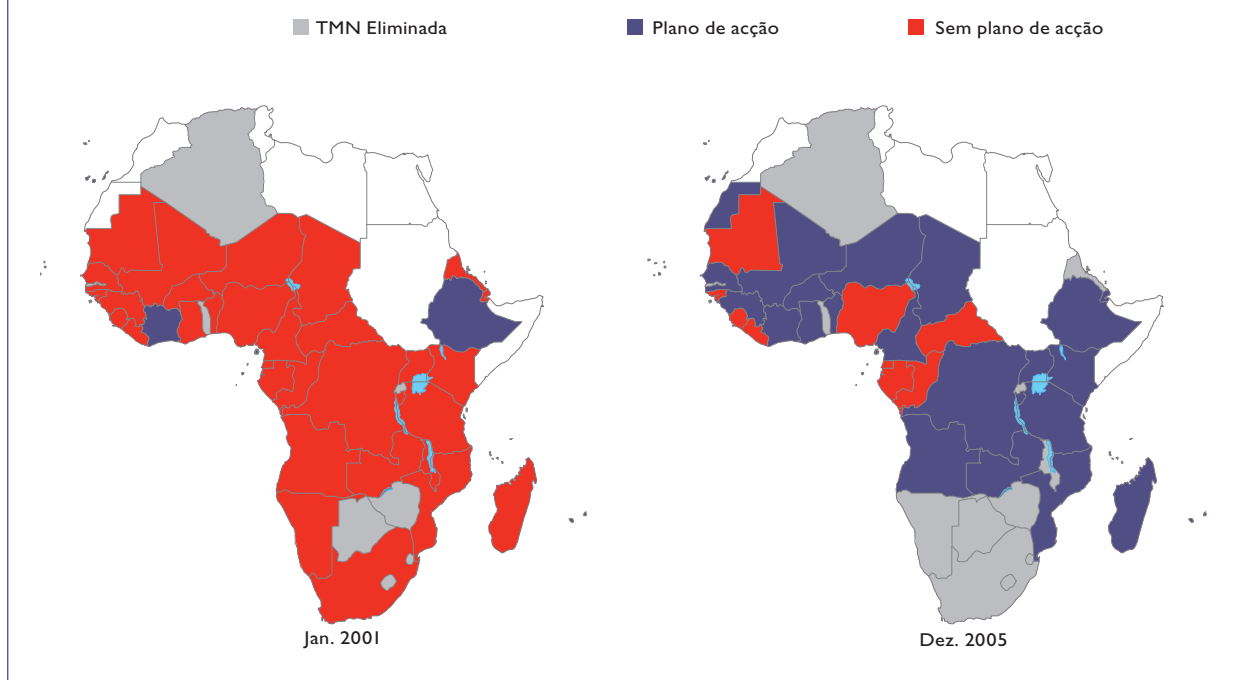
de planos de acção nacionais. (Figura III.9.2) A fim de acelerar o progresso no sentido da eliminação do TMN, implementaram-se actividades suplementares de vacinação em toda a região, orientadas para todas as mulheres em idade fértil, nas áreas de alto risco, aplicando-se três doses de TT. Este método permitiu a vacinação de mais de 20 milhões de mulheres que viviam em áreas mal servidas de 21 países africanos. Se não se tivesse actuado, estas mulheres e os seus filhos teriam permanecido em situação de risco de contracção do tétano. Devido a este progresso, desde 2000 sete países africanos foram validados ou certificados como tendo eliminado o tétano materno e neonatal.<sup>16</sup> Além disso, as melhorias introduzidas na vacinação durante a infância, ou a cobertura da vacina tríplice (DPT3) terão um impacto a longo prazo, dado que as doses da DPT na infância reduzirão a necessidade de as futuras mães receberem na idade adulta doses de reforço múltiplas de TT.

**FIGURA III.9.1 Cobertura relatada de TT2+ na região africana da OMS, 1981-2005**



Fonte: OMS, "Global and Regional Immunization Profile: African Region, 2005"

**FIGURA III.9.2** Progressos no sentido da eliminação do tétano materno e neonatal em África: evolução dos planos de acção dos países para eliminação do TMN



Fonte: Escritório regional africano da OMS, 2005

### Rubéola

A vacinação de rotina da rubéola continua a ser uma excepção na maioria dos países africanos. Em 2004, só dois países africanos comunicaram que usavam uma vacina da rubéola nos seus programas de vacinação de crianças.<sup>17</sup> Há muito poucos casos de síndrome da rubéola congénita comunicados anualmente à OMS, mas os estudos feitos sugerem que os casos oficialmente comunicados são frequentemente inferiores à realidade.<sup>9:18</sup>

### BCG, Hepatite B, e OPV

Em 2004, 76 por cento dos recém-nascidos receberam BCG na África Sub-Sahariana, uma proporção que se tem mantido estável nos últimos anos.<sup>14</sup> Todos os países da África Sub-Sahariana usam a vacina, e todos, com excepção de um, administram-na na altura do parto. Dos 30 países da África Sub-Sahariana que informaram ter administrado a vacina da Hepatite B, quatro dizem que administram uma dose durante o parto.<sup>17</sup> Conjuntamente com a vacina contra a poliomielite, o esforço mundial para a erradicação da doença fez limitar a sua ocorrência apenas a alguns países, limitando-a a cerca de 1 000 a 2 000 casos anualmente. A OPV é utilizada em todos os países da África Sub-Sahariana, e em 37 deles uma dose de OPV por ocasião do parto faz parte do esquema de vacinações de rotina.

### Possibilidades de integrar as actividades de vacinação nos serviços de SMNI

Os serviços de vacinação e os da SMNI são parceiros “naturais”, visto terem grupos alvo similares. Actualmente todos reconhecem que se têm de explorar mais as possibilidades de ligação das vacinações com outras intervenções se se pretender que os programas de saúde produzam os máximos benefícios. A Perspectiva e Estratégia Global de Vacinação, por exemplo, descreveu esta integração como uma das suas quatro áreas estratégicas mais

importantes, e a Aliança Global para a Vacinação e a Imunização (AGVI) disponibilizou 500 milhões de dólares para apoiar a melhoria dos sistemas de saúde, o que deverá beneficiar todos os serviços de saúde, incluindo os serviços de SMNI. Os serviços de vacinação têm frequentemente acesso às comunidades, o que permite uma distribuição mais equitativa das vacinas.<sup>2:19</sup> Os programas são flexíveis e utilizam uma diversidade de métodos que incluem cartazes, serviços de proximidade e equipas móveis, consoante a distância a ser percorrida e as populações alvo. Há poucos exemplos em que as vacinações e outras intervenções especificamente orientadas para a melhoria da saúde dos recém-nascidos tenham sido interligadas. Alguns países estão a explorar as seguintes quatro possibilidades que podem servir como base para outras iniciativas de integração.

#### 1. Controlo Pré-Natal e serviços de vacinação de rotina

Existem várias possibilidades de se integrarem os serviços de SMNI nos vários programas de vacinação, concretamente no da eliminação do Tétano Materno e Neonatal-TMN. Isto é especialmente evidente no que se refere à possibilidade de vacinar contra o tétano mulheres grávidas e mulheres em idade fértil. A cobertura relativamente alta de África com CPN - 69 por cento - possibilita tanto as intervenções biomédicas como as relativas aos comportamentos, o que inclui a vacinação das mulheres contra o tétano, a promoção da assistência especializada durante o parto e as práticas higiénicas no cordão umbilical. Esta possibilidade é ainda maior onde a cobertura do CPN seja elevada; em 15 países da África Sub-Sahariana, a cobertura de mulheres que comparecem pelo menos a uma consulta pré-natal é de 90 por cento ou superior.<sup>14</sup> (Vide Secção II, capítulo 2). Os serviços de CPN proporcionam uma excelente oportunidade para se aplicar nas próprias instalações dos serviços um pacote de intervenções de saúde que incluem o TT.



## 2. Dias Especiais de Vacinação, Dias e Semanas dedicadas à Saúde Infantil e intervenções similares

Vários países estão actualmente a implementar Dias e Semanas dedicadas à Saúde Infantil, ou Dias Especiais de Vacinação. Embora sejam conhecidas por designações diferentes, estas actividades partilham um objectivo comum que é o de prestar uma série de intervenções com periodicidade regular (por exemplo, trimestralmente ou semestralmente) mobilizando um grande número de profissionais de saúde. Estas intervenções são mais frequentes, mas menos verticais do que as campanhas de vacinação e têm lugar em instalações dos serviços de saúde, em postos temporários como os mercados, as escolas, locais de culto, etc. e recorrem a instrumentos comunitários como equipas que vão de porta em porta para executar as intervenções. Estes dias especiais possibilitam a transmissão de mensagens dos serviços de SMNI, assim como a execução de intervenções preventivas e curativas a nível da comunidade, incluindo as populações remotas. Os pacotes podem ser adaptados às necessidades de cada país, às verbas e materiais disponíveis, e à viabilidade local. Por exemplo: além do TT, durante essas actividades de proximidade podem prestar-se às mulheres grávidas serviços nas áreas do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez, das redes mosquiteiras tratadas com insecticidas, das questões relacionadas com o CPN, como a preparação para o parto, dos tratamentos anti-helmínticos maternos e dos suplementos alimentares com micronutrientes. As crianças podem beneficiar de um pacote diferente.

Integrar as intervenções relevantes da SMNI com os Dias/Semanas de Saúde Infantil não só produz um maior impacto como também reduz o tempo total despendido nas intervenções e o

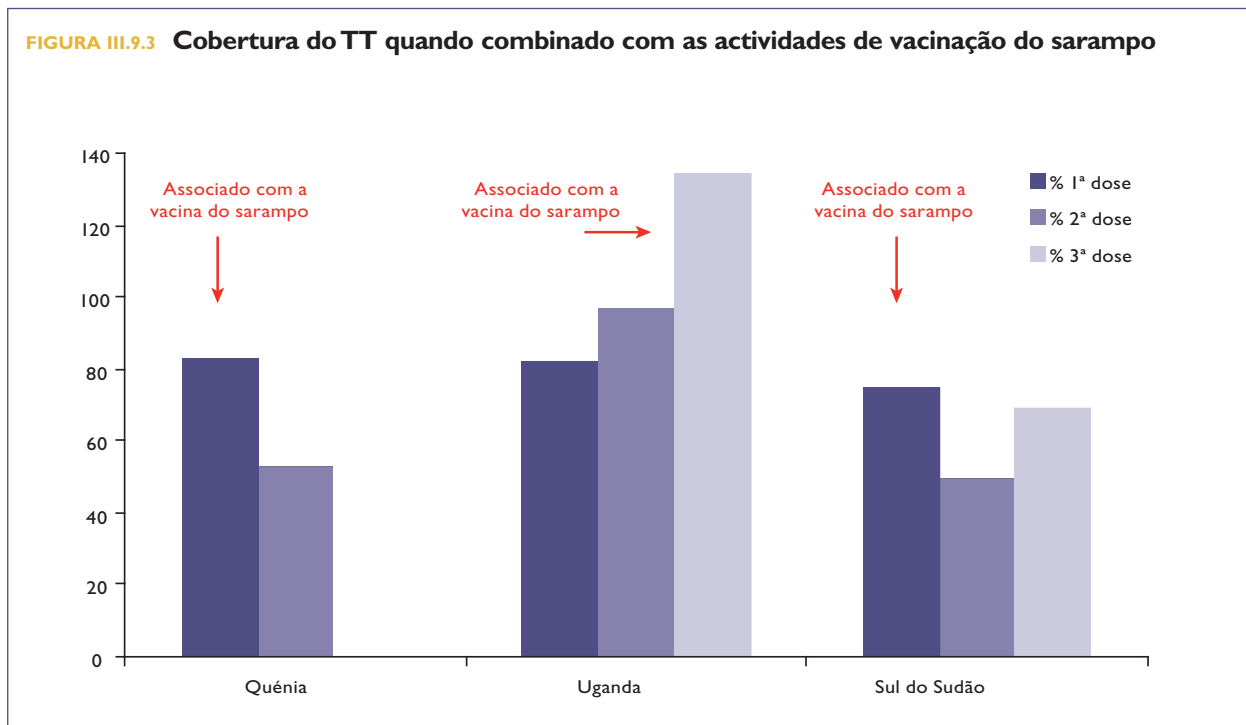
custo dos programas porque as equipas de saúde e os membros da comunidade convergem e assim os serviços são prestados num lugar e num horário bem publicitados.

## 3. Campanhas de vacinação

As campanhas de vacinação são utilizadas para se conseguir rapidamente uma cobertura elevada nas áreas onde a vacinação de rotina não teve êxito. Essas campanhas são também utilizadas para interromper a transmissão dos vírus e para minimizar os riscos em que incorrem os indivíduos susceptíveis. Em toda a África, as campanhas contra o sarampo têm reduzido a mortalidade, as campanhas contra a poliomielite têm interrompido a transmissão do vírus da poliomielite e as campanhas do tétano conseguiram imunizar mulheres nas áreas de elevado risco.

Se bem que estas campanhas proporcionem a possibilidade de se prestarem serviços que ultrapassam as vacinações, como a administração de vitamina A durante as campanhas contra a poliomielite, ou a distribuição de redes mosquiteiras tratadas com insecticidas durante as campanhas do sarampo, as ASV para o TT são especialmente adequadas para se alcançarem as mulheres que habitam em áreas remotas mal servidas pelos serviços de saúde. Os distritos onde as ASV vão ser implementadas são identificados com uma série de indicadores, como o da incidência do tétano neonatal, o da cobertura de TT2+, o da cobertura do CPN, e o das taxas de partos limpos. O objectivo é seleccionar os distritos onde os serviços de vacinação de rotina são deficientes e onde o TMN ainda não foi eliminado (vide Caixa III.9.1). Deste modo, os distritos seleccionados representam geralmente as áreas pior servidas do país e, como tal, podem ficar também identificados para outras intervenções.

**FIGURA III.9.3 Cobertura do TT quando combinado com as actividades de vacinação do sarampo**



Nota: a cobertura excede 100 por cento porque os valores reais da população são desconhecidos e as populações-alvo baseiam-se em estimativas retiradas de dados dos recenseamentos e nalguns países a contagem é incompleta.

Fonte: Apresentação realizada numa Reunião do Comité do Programa de ETMN "The role of supplementary immunisation activities in achieving MNTE, The Example of Uganda," Gezahegn Mengiste, Maio de 2004.

### CAIXA III.9.1 Mobilização das comunidades para a prevenção do tétano na Etiópia

Em 2000 faleceram na Etiópia cerca de 147 000 bebés nos primeiros 28 dias de vida. Naquela altura, o tétano era a causa de cerca de 14 000 a 20 000 mortes de recém-nascidos anualmente e ainda continua a ser um importante problema.

Dado que apenas uma em cada quatro mulheres comparece às consultas de Controlo Pré-Natal e que uma proporção ainda menor de mulheres pobres e rurais tem acesso ao CPN, o governo e a UNICEF decidiram proceder a campanhas de proximidade em áreas mal servidas para assegurar que essas mulheres que não compareciam às consultas recebessem a vacina do toxóide tetânico, ao mesmo tempo que também continuaram a trabalhar para aumentar o CPN. Dado que apenas seis por cento das mulheres na Etiópia dão à luz nos serviços de saúde, as entidades que não dependessem dos serviços de saúde teriam de promover a prática de partos limpos, pelo menos a curto prazo.

A baixa cobertura das vacinações contra o tétano era um problema tanto da oferta como da procura. O fornecimento da vacina e os serviços de vacinação nem sempre eram disponibilizados ou estavam acessíveis às comunidades pobres e rurais. Quando a vacina estava disponível, as mulheres não compareciam necessariamente aos serviços para serem vacinadas. A organização “Save the Children” dos Estados Unidos trabalhou com alguns parceiros para investigar em cinco regiões e compreender as razões por que a procura de vacinação contra o tétano era tão baixa. Esta investigação debruçou-se sobre os seguintes aspectos:

- Conhecimento e reconhecimento do tétano
- Conhecimento, atitude e práticas relativamente à vacinação com TT e razões para ela não ser aceite
- Práticas durante a gravidez e o parto
- Acesso aos serviços de prevenção das doenças e aos restantes serviços de saúde, e canais de comunicação preferidos
- Qualidade da assistência, apoio e dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde em geral e nos serviços
- Possibilidades de mobilização social
- Sistema local de apoio à vacinação com o TT - administração local e líderes comunitários e religiosos

Constatou-se que o tétano neonatal era bem conhecido, mas era muitas vezes atribuído a espíritos malignos. Nos casos em que as famílias tinham conhecimento da vacinação com TT, suspeitavam frequentemente das razões para a vacinação das mulheres grávidas. Poderia o bebé morrer? Poderia a mulher ficar estéril? Ao nível das periferias urbanas constatou-se que os trabalhadores de saúde não tinham muitas vezes conhecimento das causas do tétano neonatal e não promoviam activamente a vacinação ou o parto limpo. Havia ainda questões relacionadas com a qualidade do serviço, assim como informações erradas acerca de quando regressar aos serviços e da duração da dor no local da injeção.

Com base nestas constatações, criaram-se e testaram-se mensagens e materiais de campanha dirigidos a audiências segmentadas, que incluíam tanto o público em geral, como os trabalhadores da saúde. Incluíram-se nesta campanha anúncios de televisão, assim como cartazes, cavaletes com folhas soltas, painéis publicitários exteriores, folhetos, livros de histórias para as escolas, embalagens com mensagens-chave para os líderes comunitários, vídeos para serem exibidos numa carrinha itinerante, e outros canais como a rádio e conferências públicas. As comunidades foram mobilizadas através de organizações comunitárias.

A UNICEF procedeu a uma avaliação pós-campanha pela qual se descobriu que mais de 60 por cento das mulheres em idade fértil tinham recebido pelo menos duas doses de TT. A avaliação pôs também em destaque as dificuldades existentes quanto a manter a comunidade mobilizada para os partos limpos se não houvesse uma monitorização constante. Para alcançar as comunidades mais pobres e mais marginalizadas, os materiais utilizados necessitam de mais adaptações e traduções. Os parceiros principais já deram início a este processo.

Fonte: Adaptado de uma apresentação pelo Dr. Tedbab Degeffie, intitulada “Save the Children. Newborn Health Stakeholders Meeting”, Adis Abeba, Março de 2006.



As Actividades Suplementares de Vacinação (ASV) relativas ao toxóide tetânico, que têm como alvo as mulheres em idade fértil residentes em “distritos de alto risco”, possibilitam não só que se vacinem as mulheres ainda não abrangidas com a vacina do tétano, mas também que se transmitam mensagens fundamentais e outras intervenções. Por exemplo: a vacina do sarampo foi administrada a crianças do Quênia, do sul do Sudão e do Uganda durante essas ASV (vide a Figura III.9.3). O Uganda também combinou as ASV relativas à vacina da poliomielite com as ASV relativas ao toxóide tetânico, tendo obtido resultados muito encorajadores. Infelizmente, poucos países aproveitaram o potencial que estas actividades adicionais proporcionam.

#### 4. Ligações com outros serviços prestados pelos programas de vacinação

##### 4.1 Rede de mobilização social

O Programa Alargado de Vacinações (PAV) possui uma robusta rede de mobilização social que facilita campanhas de conscientização em escolas e em espaços públicos, ao mesmo tempo que apela para a participação dos líderes da opinião pública e de vários meios de comunicação social para melhorar as mensagens. Esta estratégia multifacetada foi útil para criar procura para as vacinações em muitos países. A rede disponível através do Programa Alargado de Vacinação (PAV) pode também transmitir mensagens fundamentais para melhorar a assistência aos recém-nascidos, como a vacinação contra o tétano, a preparação para o parto, a assistência especializada, as acções essenciais sobre a nutrição, e outras.

##### 4.2 Sistema de dados do PAV

O sistema de monitorização utilizado nas intervenções de vacinação (de rotina, de vigilância e de sondagem) proporciona também a oportunidade de se monitorizarem outras intervenções nas mães, nos recém-nascidos e nas crianças. O sistema de vacinações monitoriza geralmente o seu desempenho de forma contínua através de alguns indicadores, o que permite um reajustamento rápido do programa quando isso seja necessário. Especialmente em relação às intervenções de vacinação, deve ponderar-se a revisão das folhas de registo para que estas intervenções também possam ser monitorizadas. Se bem que o sistema de dados do PAV seja um instrumento importante, todos os dados têm de ser registados no sistema nacional de informações da saúde, que pode ter de ser melhorado para permitir uma detecção mais eficaz das vacinações e de outras intervenções.

##### 4.3 Comité Coordenador Inter-Agências para o PAV

Muitos países possuem um Comité Coordenador Inter-Agências para o PAV, através do qual os parceiros prestam apoio estratégico, técnico e financeiro às actividades de vacinação. Estando as atenções a orientar-se mais no sentido de uma melhoria global dos serviços de SMNI, estes comités deverão passar a lutar por mais recursos financeiros e a afectá-los aos serviços de SMNI, em vez de apoiarem exclusivamente intervenções implementadas verticalmente.

## Dificuldades

**Financiamento.** O financiamento é essencial para a implementação e a integração com êxito de todas as iniciativas. Como muitas iniciativas têm tradicionalmente optado por uma estrutura vertical, o mesmo aconteceu com a estrutura do seu financiamento. Os doadores que apoiam uma intervenção específica podem sentir uma certa relutância em acrescentar verbas para apoiarem outras intervenções. Porém, sem esses fundos, talvez não seja possível ligar as vacinações com outras intervenções. As verbas da AGVI (Aliança Global para a Vacinação e a Imunização) para a melhoria dos sistemas de saúde podem constituir uma solução parcial para o problema, mas a angariação de verbas e a forma de financiamento aceite por muitas iniciativas e programas podem ter de ser reavaliadas.

**Acesso a populações difíceis de alcançar e mal servidas para diminuir as desigualdades.** Embora o programa de vacinação seja em geral um êxito, algumas sociedades e grupos mantêm-se cépticos. Podem ser necessárias acções de promoção da ideia de resolver as dificuldades socioeconómicas e de envolver a comunidade no processo de tomada de decisões para convencer as pessoas das vantagens da vacinação. A falta de transportes, as deficientes cadeias de aprovisionamento, a inadequada gestão do pessoal e outros problemas semelhantes podem complicar ainda mais os problemas enfrentados para se abrangerem os ainda não abrangidos. O objectivo do método dos distritos de alto risco é alcançar estes grupos. Na Caixa III.9.2 apresenta-se um exemplo deste método utilizado no Uganda.

**Vigilância.** O sistema de vigilância pode ser difícil de instalar, mas é sem dúvida uma componente importante de qualquer programa de saúde. O sistema de Vigilância da Paralisia Flácida Aguda, criado para a erradicação da poliomielite, poderá constituir uma infra-estrutura adequada para outras actividades de vigilância.

**Manter o que já se conseguiu atingir.** Uma vez que as actividades tenham sido implementadas com êxito, a dificuldade é continuar a manter a sua elevada qualidade. É isso que acontece quando um tipo de campanha foi utilizado para melhorar rapidamente a cobertura e os sistemas de saúde são depois incapazes de prestar os serviços que correspondam a esse grau de cobertura.

**Actividades de coordenação.** Quando estão envolvidos vários serviços ou programas na prestação de uma série de intervenções, pode ser difícil a coordenação entre eles. Fluxos de financiamento, soluções de logística, e questões de aprovisionamento, de gestão e de comunicações são apenas algumas das áreas que podem requerer uma atenção especial.

### CAIXA III.9.2 Análise dos distritos de alto risco e planos de acção do Uganda

No primeiro trimestre de 2005 procedeu-se a uma análise dos distritos do Uganda. Classificaram-se três categorias de distritos de acordo com o seu grau de risco quanto ao tétano, com as actividades que precisariam de ser praticadas para se conseguir a eliminação do tétano materno e neonatal, ou com o que iria possibilitar a manutenção de um estatuto de baixo risco. Neste exercício, os distritos foram classificados relativamente a duas ou mais doses de toxóide tetânico (TT2+) e a três doses da vacina tríplice da difteria, da tosse convulsa e do tétano (DPT3), mas noutros locais podem utilizar-se outros indicadores. Um outro método semelhante poderia servir como ponto de partida para catalogar segundo a sua prioridade os distritos de alto risco em relação a outras intervenções de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI).

**Os Distritos de Baixo Risco** (38) com cobertura TT2+ de 50 por cento ou mais em 2004, sendo 50 por cento a média nacional, foram classificados como os que seriam capazes de melhorar ainda mais o seu estado em relação à TT2+ através de serviços de vacinação de rotina. Manter o seu estatuto de baixo risco terá de basear-se numa combinação das estratégias seguintes:

- Promoção da vacinação de rotina das grávidas com a vacina do TT
- Promoção de práticas “limpas” ou higiénicas durante o parto
- Promoção da vigilância activa do tétano neonatal, do estudo de casos, e das respostas adequadas
- Promoção da vacinação de proximidade com o TT em raparigas das escolas secundárias, juntamente com uma documentação adequada e emissão de cartões
- Promoção de actualizações das vacinações com o TT durante os Dias de Saúde Infantil que ocorrem de 2 em 2 anos, em Maio e em Novembro

**Os Distritos de Risco Baixo a Moderado** (9) com coberturas de TT2+ abaixo de 50 por cento foram ainda classificados como podendo melhorar ainda mais a cobertura do TT se tiverem uma cobertura de DPT3 de 70 por cento ou maior, visto que estes distritos poderiam permitir o acesso e a utilização dos serviços de vacinação de rotina. As estratégias para melhorar a cobertura incluem o aumento da consciência acerca da problemática das vacinas, o envolvimento da comunidade, o alargamento mais acelerado da área de actuação dos serviços de saúde de proximidade, a prestação de serviços de vacinação de rotina através do esquema “Alcançar Todos os Distritos (Reach Every District - RED), e o aproveitamento dos primeiros contactos pré-natais quando a aceitação de pelo menos uma consulta de CPN tenha atingido um mínimo de 90 por cento. O Dia Anual da Saúde Infantil deverá também ser aproveitado como oportunidade para aumentar a mobilização da comunidade a favor do TT.

**Os Distritos de Alto Risco** (9) com uma cobertura de TT2+ abaixo de 50 por cento e de DPT3 abaixo de 70 por cento foram considerados distritos deficientes quanto às vacinações de rotina e sem capacidade para melhorarem facilmente a cobertura do TT. Esta situação indica que há um mau acesso aos serviços, mesmo que a utilização seja boa. Estes distritos requerem três ciclos de ASV para o TT, além das actividades praticadas nos distritos de risco baixo a moderado. Os distritos de alto risco são poucos, mas representam quase todos os casos de tétano neonatal no Uganda. Alguns destes distritos estão situados na Região Norte, onde existe instabilidade. Contudo, a identificação destas populações e um plano de acção estratégico executado em parceria permitem acelerar os progressos. Concomitantemente com as ASV do TT, precisam de ser implementadas e melhoradas outras estratégias já descritas em relação aos distritos de baixo risco logo que estes distritos passem de alto risco para baixo risco.

Fonte: Adaptado de Gezahegn Mengiste, Ahmadu Yakubu, “Trip report on review of maternal and neonatal tetanus elimination in Uganda”, Março de 2005.

### Medidas práticas para fazer avançar a integração

Apesar das actuais dificuldades, as infra-estruturas, os financiamentos e as experiências partilhadas existentes em relação a vários programas de vacinação possibilitam a ligação com programas de SMNI para se prestarem serviços integrados. Eis algumas medidas práticas que esta integração implica:

- Garantir que os papéis e as responsabilidades entre os parceiros e os serviços estejam claramente definidos e aceites. Criar um órgão de coordenação, ou rever e ampliar as funções de um órgão já existente (por exemplo, a parceria nacional dos SMNI ou o Comité de Coordenação Inter-Agências para o PAV) para coordenar as actividades dos parceiros e dos serviços e para supervisionar a implementação.
- Classificar os distritos de alto risco como alvo de estratégias a favor dos pobres e harmonizar as actividades entre o PAV, a SMNI e outros programas relevantes. Pode recorrer-se a uma análise dos indicadores existentes a nível de distrito, combinada com o conhecimento do local, para identificar essas áreas. Analisar as intervenções que estejam a ser implementadas, as intervenções fundamentais a acrescentar, e os mecanismos existentes de prestação dos serviços. Procurar sinergias e ligações entre os programas e tomar todas as medidas necessárias para garantir que estejam operacionais os serviços de aprovisionamento de materiais e produtos, de financiamento e de supervisão.
- Resolver questões de financiamento, de logística, de aprovisionamentos, de gestão, e de pessoal. Utilizar redes de mobilização social existentes, incluindo as das vacinações, e outros programas, para transmitir mensagens fundamentais sobre a saúde e criar

e manter a procura de serviços de SMNI, especialmente em áreas onde a maioria das mulheres dão à luz em casa. As mensagens devem salientar de que forma se poderão modificar os comportamentos tradicionais potencialmente prejudiciais.

- Rever os sistemas de monitorização existentes, utilizando indicadores chave seleccionados, para monitorizar as actividades. Analisar e alterar as folhas de registo, os sistemas de comunicação de dados, e outros instrumentos. Analisar os dados e outras observações após a actividade exercida e utilizar o organismo de coordenação para se chegar a consenso sobre como melhorar ainda mais, no futuro, a implementação das intervenções conjuntas.

## Conclusão

Há muitos problemas relacionados com a mudança de paradigma dos serviços fundamentalmente verticais para um outro de serviços de SMNI integrados. Nos programas eficazes e que tenham sido bem criados, como os que procedem às vacinações, a criação de consensos tem de ocorrer entre intervenientes de relevo para que se ultrapassem estes problemas. A infra-estrutura e as actividades em larga escala do PAV possuem algumas portas de entrada e oportunidades que devem ser estudadas e utilizadas cuidadosamente para se melhorar a sobrevivência materna, neonatal e infantil.

A cobertura das vacinações, mesmo nas comunidades mais pobres dos mais pobres países de África, aumentou ao longo dos últimos cinco anos. Isto constitui um grande êxito, especialmente devido à perda de ímpeto que se verificou nestes programas nos anos 90. Uma grande parte das atenções tem-se concentrado na prevenção das doenças nas crianças mais velhas, mas agora as vacinações estão também a prevenir as doenças e as mortes neonatais, e a vacinação destes está a permitir que fiquem protegidos para o futuro.

## Acções prioritárias para integrar os programas de vacinação nos serviços de SMNI

- Assegurar uma coordenação eficaz entre os parceiros e revitalizar os órgãos coordenadores existentes
- Identificar as áreas mal servidas e de alto risco e chegar a consensos sobre ligações, pacotes de intervenções, melhores estratégias para a prestação dos serviços e grupos etários a incluir
- Resolver questões de financiamento, de logística, de aprovisionamentos, de gestão, de gestão financeira e de pessoal. Utilizar as redes de mobilização social.
- Rever os sistemas de monitorização existentes e trabalhar para harmonizar e ligar os dados dos PAV com os da SMNI, utilizando indicadores-chave. Avaliar os progressos e fazer os ajustes necessários

Nos últimos anos, os programas de vacinação demonstraram que os métodos inovadores não só proporcionam uma oportunidade de se aumentar a cobertura das vacinações, como também podem servir como plataforma para prestar outros serviços de saúde que beneficiem as mães, os recém-nascidos e as crianças. Chegou agora a altura de aproveitar estas oportunidades para salvar vidas.



# Recursos dos programas

## Capítulo 1 - Cuidados de saúde a prestar às raparigas e às mulheres antes da gravidez

- Framework for repositioning family planning in reproductive health services: Framework for accelerated action, 2005-2014. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Meeting the need: strengthening family planning programs. UNFPA, PATH. Seattle, 2006.
- Healthy timing and spacing of pregnancy: A pocket guide for health practitioners, program managers and community leaders. Extending Service Delivery. Washington DC, 2006.
- Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. WHO, UNFPA. Geneva, 2006.
- Hatcher RA, Ziemann M, Watt AP, Nelson A, Darney PD, Pluhar E. A pocket guide to managing contraception. Managing the Gap Foundation, Georgia, 1999.
- YouthNet. Country Needs Assessment Tool. Family Health International, New York, 2003.
- Reproductive health of young adults. Family Health International, New York, 2003.
- Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation - Report of a WHO technical consultation, October 1997, 2001. WHO, Geneva, 2001.
- Report of a WHO technical consultation on birth spacing, Geneva, Switzerland. 13-15 June 2005. WHO, Geneva, 2006.

## Capítulo 2 - Controlo Pré-Natal

- Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities. UNICEF, WHO, New York, 2003.
- WHO antenatal care randomized trial: Manual for implementation of the new model. WHO, Geneva, 2002.
- Pregnancy, childbirth, postnatal and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Standards for Maternal and Neonatal Care. WHO, Geneva, 2006.
- Basic maternal and newborn's care: A guide for skilled providers. JHPIEGO/MNH Program, Baltimore, 2004.
- Focused antenatal care: Providing integrated, individualized care during pregnancy. Technical brief. ACCESS/JHPIEGO, Baltimore, 2006.

## Capítulo 3 - Assistência durante o parto

- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Basic newborn's resuscitation: a practical guide. WHO, Geneva, 1997.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, 2003.
- Klein S, Miller S and Thomson F. A Book for Midwives: Care for pregnancy, birth and women's health. The Hesperian Foundation, Berkeley, CA, 1st ed., 2004.
- Home-based life saving skills program where home birth is common. American College of Nurse Midwives, Washington, 2005.
- Maternity waiting homes: a review of experiences. WHO, Geneva, 1997
- Birth preparedness and complication readiness. A matrix of shared responsibility. MNH/JHPIEGO, Baltimore, 2001.
- The critical roles of the skilled attendants: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva, WHO, 2004.

- Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. UNICEF, UNFPA, WHO, 1997. [Under revision 2006.]
- Beyond the numbers. Making Pregnancy Safer; Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. WHO, 2004.
- Example of a maternity register combining maternal and newborn's indicators [Draft].

#### Capítulo 4 - Controlo Pós-Natal

- Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn's care: a guide for essential practice. IMPAC, WHO, Geneva, 2nd edition, 2006.
- Basic maternal and newborn's care: A guide for skilled providers. Kinzie B and Gomez P. JHPIEGO, Baltimore, 2004.
- Care of the newborn's: reference manual. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. Saving Newborn Lives/Save the Children. Washington, 2004.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, 2003.
- Postpartum and newborn's care: a self-study manual for trainers of traditional birth attendants and other community-level maternal and child health workers. Carlough M. PRIME, North Carolina, 1999.
- How to train Community Health Workers in home-based newborn's care. Training manual. SEARCH and Save the Children. 2006.
- Saving Newborn Lives tools for newborn's health: Qualitative research to improve newborn's care practices. Save the Children, Washington DC, 2003.
- Strategic guidance note on the newborn's. UNICEF and SNL/Save the Children, 2006 [Draft].

#### Capítulo 5 - Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI)

- IMCI planning guide: Gaining experience with the IMCI strategy in a country. WHO, Geneva, 1999.
- IMCI adaptation guide. WHO, Geneva, 1998. [Note: a specific adaptation guide for strengthening newborn's care within IMCI is in preparation].
- Improving family and community practices: A component of the IMCI strategy. WHO, Geneva, 1998.
- Child health in the community: "Community IMCI" briefing package for facilitators. WHO, Geneva, 2006.
- IMCI training modules. In-service training. WHO, Geneva, 1997.
- IMCI training modules. Pre-service training. WHO, Geneva, 2001.
- Managing newborn's problems: a guide for doctors, nurses and midwives. IMPAC, WHO, Geneva, 2003.
- Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common illnesses with limited resources. WHO, Geneva, 2005.
- Kangaroo Mother Care: a practical guide. WHO, Geneva, 2003.
- Revised young infant chart booklet. WHO, Geneva, 2006 [Draft].
- Optimal feeding of the low birthweight infant: Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

#### Capítulo 6 - Promoção da nutrição

- Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2003.
- Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding. WHO/UNICEF, Geneva, 2006.
- Evidence for the 10 steps to successful breastfeeding. WHO, Geneva, 1999.
- Using 'Essential Nutrition Actions' to accelerate coverage with nutrition interventions in high mortality settings. BASICS, 2004.
- Facts for Feeding series and Frequently Asked Questions series. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 1997.
- Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff and Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN, 2001 and 2004.
- Optimal feeding of the low birthweight infant: Guidelines. WHO, Geneva, 2006 [Draft].

## Capítulo 7 - Programas de prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho

- Antiretroviral therapy of VIH infection in infants and children in resource-limited settings: towards universal access. WHO, Geneva, 2006.
- VIH and infant feeding: Framework for priority action. WHO, Geneva, 2002.
- Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. WHO, Geneva, 2003.
- A Behavior Change Perspective on Integrating PTV and Safe Motherhood Programs. A Discussion Paper. The Change Project, Academy for Educational Development and the Manoff Group, 2003.
- Infant feeding options in the context of VIH. LINKAGES Project, AED, Washington DC, 2005.

## Capítulo 8 - Programas de monitorização da malária

- World malaria report. WHO, UNICEF, Geneva, 2005.
- Strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. WHO Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.
- Malaria during pregnancy resource package: Tools to facilitate policy change and implementation. MNH, JHPIEGO, Baltimore, 2003.
- Guidelines for the treatment of malaria. WHO, Geneva, 2006.
- The use of antimalarial drugs: report of an informal consultation. Roll Back Malaria, WHO, Geneva, 2001.
- Assessment of the safety of artemisinin compounds in pregnancy. WHO, Geneva, 2003.
- Malaria and VIH interactions and their implications for public health policy: Report of a technical consultation, 23-25 June 2004. WHO, Geneva, 2004.

## Capítulo 9 - Programas de vacinação

- Field manual for neonatal tetanus elimination. WHO/V&B/99.14. WHO, Geneva 1999.
- Maternal and neonatal tetanus elimination by 2005: Strategies for achieving and maintaining elimination. UNICEF, WHO & UNFPA. Geneva, 2000.
- Saving Newborn Lives tools for newborn's health: Communication for immunization campaigns for maternal and neonatal tetanus elimination. UNICEF and Save the Children, Washington DC, 2003.
- Report of a meeting on preventing congenital rubella syndrome: immunisation strategies, surveillance needs. Geneva, 12-14 January 2000. WHO, Geneva, 2000.
- WHO position papers for rubella, Hepatitis B, BCG and tetanus vaccines