



O que é o Caderno de Saúde Materno-Infantil?

Caderno de Saúde Materno-Infantil

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) é uma ferramenta para registo integrado que é conservado em casa e que cobre todas as etapas da saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), desde os cuidados pré-natais até ao parto, cuidado pós-parto, vacinações da criança e monitoramento do crescimento infantil. Como o Caderno de SMI é uma ferramenta para os registos conservado em casa que deve ser mantido nas mãos das famílias ao contrário dos registos de tratamento que ficam nas unidades sanitárias ele serve como um instrumento prático disponível em casa. Na prática, o Caderno de SMI é o registo conservado em casa que de forma eficaz: (i) promove o auto monitoramento e a autoaprendizagem da SMNI; (ii) orienta os profissionais de saúde para garantir a prestação de serviços nacionalmente padronizados; (iii) ajuda os profissionais de saúde a monitorar a saúde de seus utentes; e (iv) facilita a comunicação sobre SMNI entre os profissionais da saúde, mães e suas famílias. Portanto, os ministérios da saúde dos países em desenvolvimento, em conjunta colaboração com parceiros de desenvolvimento, têm investido no

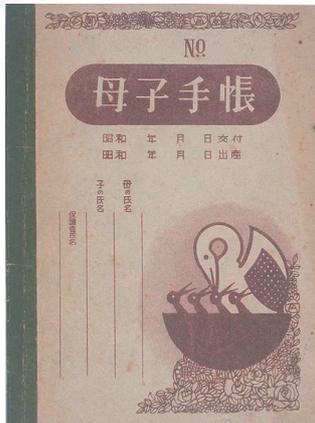
desenvolvimento, pilotos e ampliação do uso do Caderno de SMI. A Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) é um dos principais parceiros de desenvolvimento que há décadas ajuda arduamente os países em desenvolvimento na implementação do Caderno de SMI.

Cadernos de SMI apoiados pela JICA

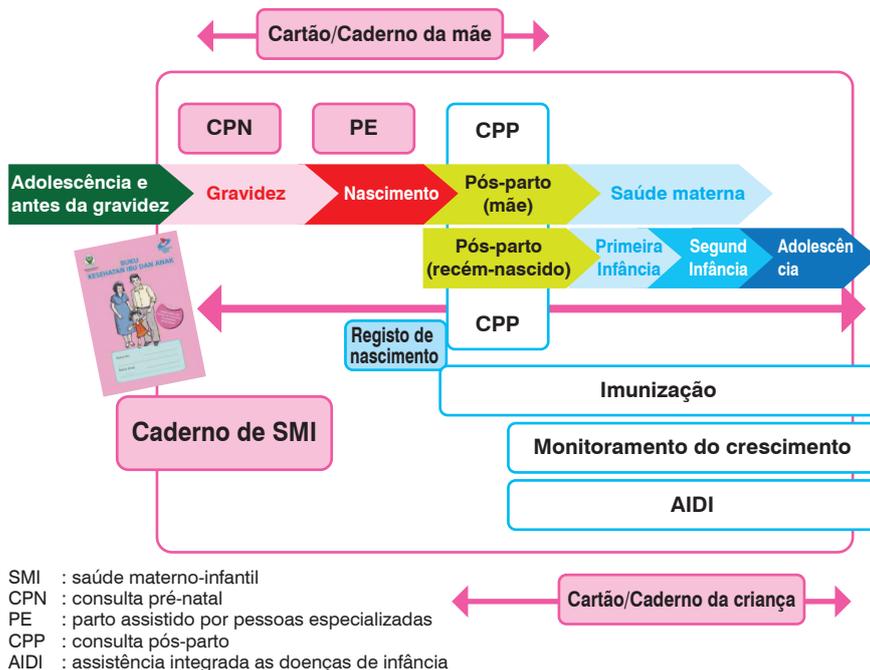
Por meio da implementação de projectos para a SMNI, a JICA tem ajudado países na Ásia, Oriente Médio, África e Américas a desenvolver um padrão nacional do Caderno de SMI, além de promover o seu uso eficaz para uma contínua utilização dos serviços de SMNI e empoderamento das mães e das crianças. A JICA promove estrategicamente melhores práticas e lições aprendidas através da: (i) experiência do Japão na implementação do Caderno de SMI por mais de 70 anos; e (ii) experiências da JICA na assistência aos múltiplos países em desenvolvimento na execução de projectos piloto e na implementação dos Cadernos de SMI.

No Japão, o Caderno de Saúde Materna foi lançado durante a Segunda Guerra Mundial em 1942. Em 1948, tornou-se o Caderno de Saúde Materno-Infantil (Cadernos de SMI), após ser adicionada a secção de saúde infantil ao Caderno de Saúde Materna. Este foi o ponto inicial para os cuidados contínuos pelos japoneses para a saúde materna, neonatal e infantil. Em 1966, a implementação do Caderno de SMI foi oficialmente determinado por lei no Japão.

Devido à sua eficácia, o Caderno de SMI tem sido implementado em muitos países diferentes de diferentes regiões por décadas. Os conteúdos, os desenhos e leiaute dos Cadernos de SMI variam de um país para outro, resultado de ajustes e customização, conforme o contexto de cada país. Mesmo assim, em todos os países os princípios e as estruturas básicas são consistentes. Os países onde os Cadernos de SMI estão sendo introduzidos e amplamente distribuídos à nível nacional incluem: Angola; Butão; Burkina Faso;



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Japão, 1948



▲ Figura 1. Serviços de saúde materna, neonatal e infantil e relevantes registo conservado em casa e Caderno de SMI

Burundi; Camarões; Costa do Marfim; Djibuti; República Dominicana; França; Gabão; Indonésia; Japão; Quênia; República Democrática Popular do Laos; Mongólia; Myanmar; Níger; Palestina; Filipinas; Coreia do Sul; Senegal; Tailândia; Timor Leste; Uganda; e Vietname.

Estruturas comuns dos Cadernos de SMI

▼ **Tabela 1. Número de países que possuem o Caderno de SMI como padrão nacional por regiões e ano**

Ano	Região					Total
	África	Europa	Oriente Médio	Ásia	Américas	
Antes 1980s	4	1		2		7
1990s				2		2
2000s			1	3		4
2010s	7			4	1	12
Total	11	1	1	11	1	25

Fonte: Recolha de dados não sistemática em fevereiro de 2016

Os países que possuem o Caderno de SMI como padrão nacional não incluem: (i) os países que adotaram registos conservado em casa separados (por exemplo, Reino Unido, Holanda, Marrocos e Gana); (ii) países abrangidos pela UNRWA, se o país anfitrião não adotou para seus países; e (iii) governos estaduais nos Estados Unidos da América.

▼ **Tabela 2. Estrutura/conteúdo do Caderno de SMI (Vietname)**

Parte 1- Informações básicas	
Secção de registos	Secção de orientações
Parto anterior da mãe	(N.A.)
Imunização contra o Tétano da mãe	
História de doenças da mãe	
Parte 2- Durante a gravidez	
Secção de registos	Secção de orientações
Resultados das CPNs (8 vezes)	Necessidade de consultas pré-natais
Resultados das consultas médicas (5 vezes)	Ingestão de alimentos durante a gravidez
	Sinal de perigo durante a gravidez
	Sinal de trabalho de parto
Parte 3- Durante o parto e logo após o parto e cuidados com o recém-nascido	
Secção de registos	Secção de orientações
Registo clínico de parto e nascimento	Cuidados essenciais da mãe
Registo clínico de 1 dia após	Cuidados essenciais do recém-nascido
Consulta de 1 semana após	Práticas de alimentação infantil
Consulta da 2ª-6ª semana	
Parte 4- Durante o período da infância	
Secção de registos	Secção de orientações
Registo de vacinação da criança	Conduta em caso de diarreia da criança
Gráfico de monitoramento do crescimento	Conduta em caso de febre da criança
Consulta periódica com 2-3 meses	Cuidados com a criança após uma doença
Consulta periódica com 4-6 meses	Cuidado dental
Consulta periódica com 7-9 meses	Gestão de queimaduras
Consulta periódica com 10-12 meses	Gestão em caso de afogamento
Consulta periódica com 13-18 meses	Gestão com um corpo estranho
Consulta periódica com 19-23 meses	Orientação sobre a vacinação da criança
Consulta periódica com 2-4 anos	Orientação sobre o monitoramento do crescimento
Consulta periódica com 5-6 anos	Calendário sobre a vacinação da criança
Resultado das consultas (23 vezes)	

Os Cadernos de SMI implementados nos países são geralmente compostos por quatro partes: (i) informações básicas; (ii) durante a gravidez; (iii) durante e logo após o parto e o período de recém-nascido; e (iv) durante o período da infância. Cada parte é composta por duas secções: (i) secção de registos; e (ii) secção de orientações (Tabela 2).

Valores não relacionados a SMNI podem ser adicionados aos Cadernos de SMI. (por exemplo certidão de nascimento).

As actividades dos projectos pilotos dos Cadernos de SMI são frequentemente compostas por: (i) elaboração e revisão do Caderno de SMI; (ii) impressão e distribuição do Caderno de SMI; (iii) treinamento dos técnicos de saúde das unidades sanitárias e dos agentes comunitários de saúde; e (iv) monitoria e supervisão da operação do Caderno de SMI nos centros de saúde (pontos principais de distribuição dos Cadernos de SMI em muitos países). Para avaliar de maneira mais objectiva o alcance e as limitações das intervenções do Caderno de SMI, ambas pesquisas de linha de base e de inquéritos finais são frequentemente realizadas. A comparação entre os resultados obtidos na linha de base e no inquérito final indicam o nível de eficácia da intervenção do Caderno de SMI. Após a avaliação da eficácia técnica e da viabilidade financeira, o Caderno de SMI deve ser institucionalizado no actual sistema de saúde para sua expansão à nível nacional. Os países onde o Caderno de SMI foi implementado relataram sua eficácia na promoção dos cuidados contínuos das mães e das crianças, e apontou o Caderno de SMI como um potencial facilitador no apoio de uma conquista mais precoce e estável da Cobertura Universal de Saúde (CUS).

Para detalhes sobre a eficácia dos Cadernos de SMI, por favor consulte as próximas edições dos **Resumos Técnicos**.

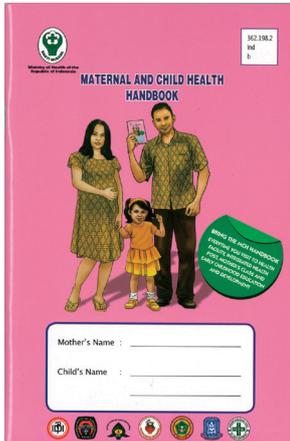
Keiko Osaki, Hirotsugu Aiga
Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

1. Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. *JMAJ* 2010; **53**(4): 259-65



INDONÉSIA: Caderno de SMI na captação de serviços com base na Pesquisa Nacional de Saúde da Indonésia



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Indonésia, 2016

Antecedentes

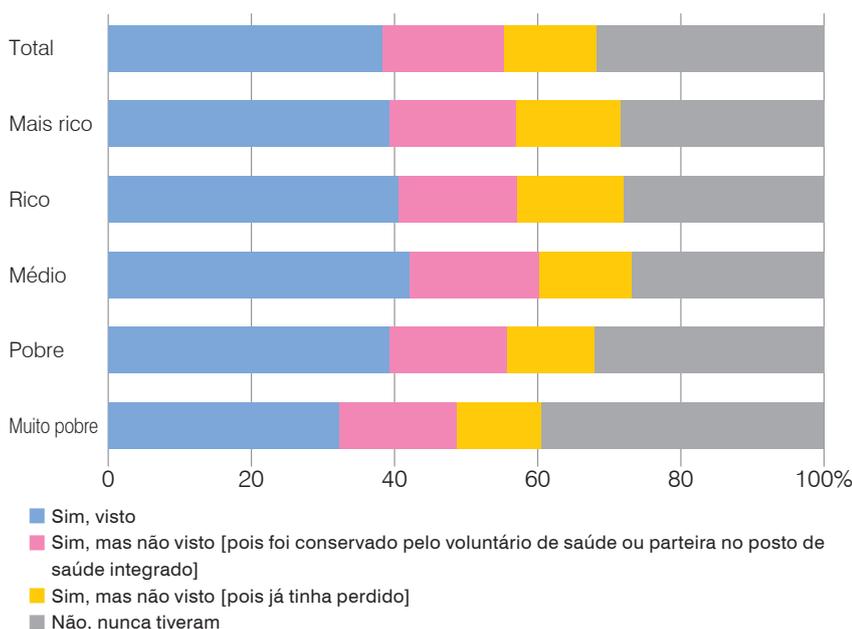
Existem aproximadamente 22 milhões de crianças menores de cinco anos de idade na Indonésia (de uma população total de 240 milhões). Tanto a taxa de mortalidade infantil (27 por 1,000 nascidos vivos em 2010) quanto a taxa de mortalidade materna (220 por 100,000 nascidos vivos em 2010) melhoraram nas décadas anteriores por meio de uma série de intervenções relacionadas à saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). No entanto, ainda existem falhas na cobertura dos serviços de SMNI. Isso mostrou a necessidade de uma maior expansão dos serviços de SMNI, que abrangem desde o pré-natal até o parto, pós-natal e etapas do desenvolvimento infantil, com o objectivo de alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ODM).

No decreto ministerial de 2004, o Caderno de Saúde Materno-Infantil o Caderno de Saude Materno-Infantil (SMI) foi oficialmente aprovado como a única ferramenta de registo conservado em casa para a SMNI na Indonésia. No decreto

ministerial subsequente em 2008, o Caderno de SMI foi oficialmente reconhecido como uma ferramenta padrão que apoia e garante a provisão de serviços de saúde à nível regional, com vista à descentralização da prestação de serviços de saúde. Principais associações de profissionais de saúde, organizações não-governamentais e parceiros de desenvolvimento no país têm apoiado o uso do Caderno de SMI na prestação de uma gama de serviços SMNI. Semelhante aos Cadernos de SMI em outros países, o Caderno de SMI é composto por: (i) páginas para registo de dados; e (ii) páginas com informação, educação e comunicação (IEC) sobre saúde. As páginas da IEC servem como uma ferramenta para aumentar a consciencialização das mães sobre os requisitos de utilização dos serviços SMNI. O Caderno de SMI é distribuído às gestantes no momento da primeira consulta de pré-natal, são trazidos às consultas de serviços de saúde e utilizado durante as consultas subsequentes. Os profissionais de saúde registam os dados dos resultados das consultas e as intervenções médicas no Caderno de SMI durante as visitas das mães e de seus filhos às unidades sanitárias, os auxiliam na compreensão de seu conteúdo e os incentivam a partilhar informações com suas famílias. Assim como em outros países, a Indonésia costumava implementar paralelamente diferentes tipos de ferramenta de registos conservados em casa. Porém, com o tempo, gradualmente o Caderno de SMI vem se tornando o tipo de ferramenta de registo conservado em casa mais predominante devido a uma série de decretos ministeriais.

Avaliando o uso do Caderno de SMI em pesquisa nacional

A Pesquisa de Saúde Básica da Indonésia (RISKESDAS) relata a prevalência do Caderno de SMI por meio da análise de dados transversais nacionalmente representativos à nível domiciliar. O nível de uso do Caderno de SMI foi avaliado no RISKESDAS 2010, com a seguinte pergunta:



▲ Figura 1. Distribuição do Caderno de SMI com base em quintis econômicos no RISKESDAS 2010



Mamã com o Caderno de SMI no posto de saúde integrado na Java Oriental (K. Imamura)

“A criança possui um registo de saúde chamado Caderno de SMI?” Todos os entrevistados que receberam o Caderno de SMI e responderam “Sim, visto [pelo inquiridor]” ou “Sim, mas não visto [pois foi guardado pelo voluntário de saúde ou parteira no posto de saúde integrado]” foram considerados como usuários do Caderno de SMI. Aqueles que responderam “Sim, mas não visto [pois já o tinha perdido]” ou “Não, nunca tiveram” foram considerados não usuários do Caderno de SMI. Em geral a prevalência nacional do Caderno de SMI aumentou de 38.4% em 2007 para 55.2% em 2010 (Figura 1). A prevalência provincial variou de 23.1% (Papua Ocidental) como a mais baixa até 81.6% (Yogyakarta) como a mais alta.

Associação entre o uso do Caderno de SMI e a utilização dos serviços de SMNI

Esses dados transversais foram posteriormente analisados para examinar a associação entre o uso do Caderno de SMI e a respectiva utilização dos serviços de saúde. Foi confirmada uma taxa significativamente mais alta da utilização de serviços de SMNI entre os usuários do Caderno de SMI do que entre os não usuários, após o controle de potenciais factores de confusão: (i) idade da mãe; (ii) nível de educação/escolaridade da mãe; (iii) quintis de riqueza das famílias; (iv) residência em zona urbano-rural; (v) o número de filhos em casa; (vi) experiência em receber explicações sobre sinais de perigo durante a gravidez pelo profissional de saúde; (vii) idade da criança; e (viii) um termo de interação entre o uso do Caderno de SMI e a residência em zona rural (Tabela 1). Um número maior de partos foi assistido por

assistentes de parto qualificadas entre os usuários do Caderno de SMI em comparação aos não usuários (OR ajustada: 1.94; IC 95%: 1.73–2.18). O peso ao nascer de um número maior de recém-nascidos foi aferido nas primeiras 48 horas após o nascimento (OR ajustada: 2.82; IC 95%: 2.46–3.23). Os usuários do Caderno de SMI estavam mais propensos a receber cuidados contínuos desde ≥ 4 consultas de pré-natal até os cuidados do recém-nascido (aferimento do peso ao nascer) (OR ajustada: 1.67; IC 95%: 1.44–1.93). A taxa de conclusão da imunização infantil entre os usuários do Caderno de SMI foi 2.9 vezes maior do que a dos não usuários (OR ajustada: 2.90; CI 95%: 2.46–3.41). Nos casos em que o Caderno de SMI foi utilizado, as crianças foram protegidas por 12 doses incluindo a vacina contra o Tétano durante a gravidez (OR ajustada 2.06; IC 95%: 1.76–2.41).

Conclusão

De maneira semelhante a um estudo anterior, o RISKESDAS, pesquisa transversal nacional, permitiu avaliar a associação entre o uso do Caderno de SMI e as utilizações dos serviços de SMNI. A vantagem comparativa da análise dos dados do RISKESDAS é que nos fornece dados tanto à nível nacional como periodicamente representativos da utilização do Caderno de SMI e da utilização dos serviços de SMNI. O Caderno de SMI pode facilitar ainda mais a integração dos serviços de SMNI, garantindo que as mães e as crianças tenham um papel central no sistema de saúde do país.

Keiko Osaki¹, Soewarta Kosen²

¹ Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

² Ministério da Saúde, Jacarta

▼ Tabela 1. OR e IC ajustados 95% da co-cobertura selecionada da SMNI com o uso do Caderno de SMI no RISKESDAS 2010

Taxa da utilização dos serviços de SMNI	OR ajustada (IC 95%)
Parto assistido por pessoal de saúde	1.94 (1.73–2.18)
Obtenção do aferimento do peso ao nascer nas primeiras 48 horas	2.82 (2.46–3.23)
Continuidade de acompanhamento desde a gravidez, parto e cuidados com o recém-nascido	1.67 (1.44–1.93)
Cumprimento do calendário de vacinação da criança	2.90 (2.46–3.41)
Cumprimento do calendário de vacinação da criança e vacina contra o Tétano durante a gravidez	2.06 (1.76–2.41)

Leituras adicionais

- Osaki K, et al. Factors affecting the utilisation of maternal, newborn, and child health services in Indonesia: the role of the Maternal and Child Health Handbook. *Public Health* 2015; **129**(5):582-6.
- MOH. *Report of Indonesian Basic Health Survey*. Jakarta: MOH, 2013 (in Indonesian).
- Osaki K, et al. The role of home-based records in the establishment of a continuum of care for mothers, newborns, and children in Indonesia. *Glob Health Action* 2013; **6**:1-12.



MONGÓLIA: Contribuição do Caderno de SMI para aumentar a comunicação entre os profissionais de saúde e as mães



Caderno de Saúde Materno-Infantil (versão piloto), Mongólia, 2009

Falta de comunicação entre os profissionais de saúde e as mães

Em 2008, o UNICEF identificou vários desafios importantes no sistema de saúde da Mongólia: ou seja, (i) baixa qualidade dos serviços de atenção primária à saúde; (ii) habilidades clínicas limitadas dos profissionais de saúde; (iii) falta de equipamentos e suprimentos médicos básicos; e (iv) comunicação inadequada sobre saúde entre os profissionais de saúde e os utentes. Por exemplo, a ausência de diretrizes gerais para cuidados de saúde materno-infantil resultou na situação em que os profissionais de saúde não estão familiarizados com o que fazer durante as consultas de pré-natal e nas consultas periódicas dos recém-nascidos. Além disso, gestantes e mães manifestaram sua insatisfação em relação à comunicação com os profissionais de saúde. A maioria delas considerou insuficiente o aconselhamento dos profissionais de saúde. Metade delas sentiram que não podem se comunicar livremente com os médicos. Setenta e seis por cento das mães acham que não podem se expressar livremente com nenhum tipo de profissional de saúde.

Esforço para criar uma ferramenta de comunicação de saúde

Considerando a situação mencionada, foi implementada em Mongólia a intervenção piloto do Caderno de Saúde Materno-Infantil

(SMI), como uma ferramenta de comunicação potencialmente eficaz. O Caderno de SMI foi distribuído às gestantes como uma ferramenta hipoteticamente eficaz para partilhar informações e orientações padronizadas durante as consultas de pré-natal e as consultas periódicas dos recém-nascidos. Um ensaio randomizado controlado em cluster foi realizado na província de Bulgan, uma das províncias rurais de Mongólia, para avaliar a eficácia do Caderno de SMI em: (i) aumentar a frequência de consultas pré-natais das mulheres; e (ii) realçar o comportamento em busca de saúde. O Caderno de SMI foi distribuído às gestantes do grupo de intervenção no momento de suas primeiras consultas de pré-natal. Nove meses depois, o número total de consultas pré-natais e os principais comportamentos relacionados à saúde entre as mulheres do grupo de intervenção foram comparados com as do grupo de controle, ou seja, gestantes que não receberam o Caderno de SMI. Em geral, as características das gestantes e seus bebês foram semelhantes entre os grupos de intervenção e os de controle, excepto o tempo de viagem até a unidade sanitária mais próxima e o índice de riqueza.

Impacto do uso do Caderno de SMI na saúde materno-infantil

Os principais resultados da análise dos dados estão apresentados na Tabela 1. O atendimento de seis consultas de pré-natal é definido como requisito mínimo no padrão nacional de assistência pré-natal em Mongólia. Verificou-se que provavelmente a intervenção do Caderno de SMI tenha aumentado a proporção de gestantes que tenham feito as seis consultas de pré-natais ou mais em 11.1%. O número médio de consultas de pré-natal realizadas por gestantes do grupo de intervenção (6.9 vezes) foi significativamente maior do que do grupo de controle (6.4 vezes). Assim, a distribuição do Caderno de SMI apresentou forte influência quanto à frequência de consultas pré-natais. O uso do Caderno de SMI ajudou a identificar morbidades maternas



Uma mulher na área de estudo (D. Bold)

durante a gravidez. As complicações na gravidez foram significativamente mais propensas a serem diagnosticadas no grupo de intervenção (12.3%) do que no grupo de controle (5.7%). Além disso, verificou-se que a proporção de mães que fazem o aleitamento precoce (até uma hora após o nascimento) no grupo de intervenção (94.1%) foi superior ao do grupo de controle (87.5%), embora não tenha sido detectada significância estatística.

Parece que o Caderno de SMI promoveu comportamentos de busca de saúde. Além disso, a proporção de membros da família que fumam no grupo de intervenção (50.1%) foi significativamente inferior do que a do grupo de controle (60.9%).

Os detalhes sobre os resultados de uma série de outras análises podem ser consultados em Mori et al (2015) (ver leituras adicionais #1).

Conclusão

O estudo constatou que apenas a distribuição do Caderno de SMI para gestantes sem intervenção adicional ou suplementar melhora o comportamento de busca de saúde pelas gestantes, pelas mães e pelos membros de sua família. Isso implica que a leitura do Caderno de

SMI em casa provavelmente provocou mudanças positivas de comportamento entre eles. Assim, a distribuição e o uso do Caderno de SMI, como ferramenta de comunicação, devem ter transmitido mensagens-chave relacionadas à saúde durante as fases da gravidez, do pós-natal e da infância. Assim, o Caderno de SMI poderia servir como a interface eficaz entre profissionais de saúde e gestantes/mães. Espera-se que o Caderno de SMI preencha as falhas de comunicação atuais.

Amarjargal Dagvadorj
Centro Nacional de Saúde e
Desenvolvimento Infantil, Tóquio

Leituras adicionais

1. Mori R, et al. The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: a cluster-randomized, controlled trial. *PLoS One* 2015; **10**(4): e0119772.
2. Brown HC, et al. *Giving women their own case notes to carry during pregnancy*. London: The Cochrane Library, 2015.
3. UNICEF. *Innovative Approaches to Maternal and Newborn Health Compendium of Case Studies Maternal, Newborn and Child Health Working Paper*. New York: UNICEF, 2013.

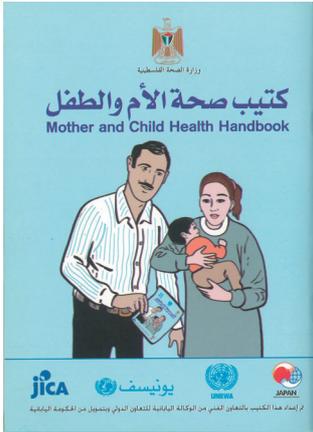
▼ Tabela 1. Resultados para mães, bebês e comportamento saudável

Resultados	Unidade	Intervenção (n=253)	Controle (n=248)	Efeito da medida
Consultas de pré-natal	Média (Dp)	6.881 (1.301)	6.373 (1.776)	DM 0.508 (0.216–0.800), P < 0.001
≥ 6	n (%)	206 (81.7%)	175 (70.6%)	RR 1.158 (0.876–1.532), P = 0.30, DR 11.2% (-9.9%–32.3%), P = 0.30
Morbidade materna durante a gravidez	n (%)	31 (12.3%)	14 (5.7%)	P = 0.012
Consumo de álcool durante a gravidez	n (%)	20 (7.9%)	35 (14.1%)	RR 1.07 (0.97–1.18), P = 0.166, DR 6.1% (-2.4%–15.0%), P = 0.161
Tabagismo materno	n (%)	5 (2.0%)	7 (2.8%)	RR 1.01 (0.98–1.04), P = 0.572, DR 0.9% (-2.1%–3.8%), P = 0.571
Tabagismo de familiares	n (%)	129 (51.0%)	151 (60.9%)	RR 0.841 (0.71–0.99), P = 0.039, DR -9.7% (-19.4%– -0.1%), P = 0.048
Início do aleitamento materno				
Dentro de 1 hora após o nascimento	n (%)	238 (94.1%)	217 (87.5%)	RR 1.07 (0.97–1.18), P = 0.186, DR 6.2% (-2.8%–15.3%), P = 0.176
Entre 1 à 24 horas	n (%)	10 (4.0%)	25 (10.1%)	
Depois de 24 horas	n (%)	3 (1.2%)	2 (0.8%)	
Não iniciado	n (%)	1 (0.4%)	2 (0.8%)	

DM: Diferença média; RR: Risco relativo; DR: Diferença de risco (IC 95%); P: valor P



PALESTINA: O Caderno de SMI facilita a comunicação entre mulheres, maridos e profissionais de saúde



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Palestina, 2007

Antecedentes

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) vem sendo utilizado como parte essencial do programa nacional na Palestina desde 2008. Com pontos de controle de segurança e barreiras de separação, as mulheres palestinas enfrentam dificuldades em visitar hospitais ou clínicas de forma regular. A conscientização sobre a importância do atendimento oportuno para elas e seus bebês também era limitada antes da introdução do Caderno de SMI. O presente estudo tenta avaliar a eficácia do Caderno de SMI quanto ao aumento do conhecimento das mulheres e ao aprimoramento de suas práticas na Palestina.

DED com base em duas pesquisas transversais

Foram realizadas duas pesquisas transversais de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), ou seja, pré e pós-intervenção com o Caderno de SMI (Janeiro à Fevereiro de 2007 e Março à Abril de 2008). Nas duas pesquisas, os níveis de CAP foram avaliados entre as mães, comparando o grupo de intervenção ($N_{pré} = 260$; e $N_{pós} = 270$) e o grupo de controle ($N_{pré} = 70$; e $N_{pós} = 70$).

As mulheres do grupo de intervenção receberam o Caderno de SMI durante a primeira consulta pré-natal. Elas foram aconselhadas a manter o Caderno em casa e trazê-lo ao utilizar os serviços de saúde subsequentes em todas as etapas da SMI, ou seja, pré-natal, parto, pós-parto, imunizações infantis e monitoramento do crescimento infantil. O Caderno de SMI não foi distribuído às mulheres do grupo de controle. Os modelos de regressão linear diferencas em diferencas (DED) foram aplicados ao conjunto de dados transversais repetidos, controlando pelos possíveis factores de confusão (por exemplo, idade das mulheres ou efeito fixo dos centros de SMI). Para avaliar a eficácia do Caderno de SMI com base no nível acadêmico das mulheres e na experiência de partos anteriores, os termos de interação do Caderno de SMI com variáveis *dummy* para níveis educacionais e experiência de partos foram incluídos nos modelos de regressão.

Caderno de SMI como um meio de comunicação

O conhecimento dos usuários do Caderno de SMI sobre SMI (por exemplo, importância do aleitamento materno exclusivo e lidar com sinais de perigo durante a gravidez) aumentou. Particularmente, o aumento do conhecimento entre as mulheres com menor nível de escolaridade foi significativo. Em relação ao número de horas passadas nos centros de SMI, o termo de interação entre o primeiro parto e a posse do Caderno de SMI demonstrou associação positiva

▼ Tabela 1. Variáveis usadas no estudo

Variáveis independentes	Definição
Caderno de SMI	Posse do Caderno de SMI [Sim = 1; Não = 0]
Caderno de SMI * alfabetizada, mas sem o ensino primário concluído	Termo de interação entre "mulher alfabetizada, mas sem ensino primário concluído" [Sim = 1; Não = 0] e "posse do Caderno de SMI" [Sim = 1; Não = 0]
Caderno de SMI * ensino primário concluído	Termo de interação entre "mulher que completou o ensino primário" [Sim = 1; Não = 0] e "posse do Caderno de SMI" [Sim = 1; Não = 0]
Caderno de SMI * ensino médio	Termo de interação entre "mulher que concluiu o ensino médio" [Sim = 1; Não = 0] e "posse do Caderno de SMI" [Sim = 1; Não = 0]
Primeiro parto	Mulheres grávidas/partos pela primeira vez [Sim = 1; Não = 0]
Caderno de SMI * primeiro parto	Termo de interação entre "mulher grávida/parto pela primeira vez" [Sim = 1; Não = 0] e "posse do Caderno de SMI" [Sim = 1; Não = 0]
Alfabetizada, mas sem ensino primário concluído	Mulheres que sabem ler, porém não possuem o ensino primário concluído [Sim = 1; Não = 0]
Ensino primário	Mulheres que concluíram até o ensino primário [Sim = 1; Não = 0]
Ensino médio	Mulheres que concluíram o ensino médio e acima [Sim = 1; Não = 0]
501-2000 NSI	Renda familiar(mensal) 501-2000NSI (baixa renda) [Sim = 1; Não = 0]
2001-3000 NIS	Renda familiar(mensal) 2001-3000NSI (renda média) [Sim = 1; Não = 0]
Mais de 3000 NIS	Renda familiar(mensal) mais de 3000NSI (alta renda) [Si
Antes ou depois da intervenção	Antes da intervenção = 0, depois da intervenção = 1
Variáveis dependentes	Definição
Sabe a data da próxima consulta	Se as mulheres sabem a data da próxima consulta na unidade sanitária [Sim = 1; Não = 0]
Horas gastas no centro de saúde	Horas gastas no centro de saúde (Pela recordação)
Aleitamento materno	Se elas entendem a importância do aleitamento materno exclusivo [Sim = 1; Não = 0]
Ruptura das membranas	Se elas sabem que a ruptura das membranas é um sinal de perigo durante a gravidez [Sim = 1; Não = 0]
TRO	Se elas sabem como preparar e usar a terapia de reidratação oral [Sim = 1; Não = 0]
Planeamento familiar	Se elas estão familiarizadas com os métodos modernos de contracepção [Sim = 1; Não = 0]
Segue o calendário de vacinação	Se elas estão dispostas a seguir o calendário de vacinação infantil [Sim = 1; Não = 0]
Leu os materiais educacionais relacionados ao SMI	Se elas já leram algum livro sobre SMI em casa [Sim = 1; Não = 0]
Discute a saúde da criança com os profissionais de saúde	Frequência de comunicação com os profissionais de saúde [Sempre = 1; Às vezes = 2; Nunca = 3]
Discute a saúde da criança com o marido	Frequência de discussões com o marido sobre a saúde da criança [Sempre = 2; Às vezes = 1; Nunca = 0]

NSI: Novo Shekel Israelita (moeda do Israel)



Mãe Palestina e seu bebê com o Caderno de SMI

($P < 0.05$; Tabela 2). Isso indica que as mulheres que passam pela primeira gravidez e possuem o Caderno de SMI têm maior probabilidade de passar mais tempo no centro de saúde. Isso pode implicar que o Caderno de SMI serve como uma ferramenta catalítica útil que promove consultas, cuidados e comunicação adequados entre os profissionais de saúde e as mulheres. É provável que aquelas que engravidam pela primeira vez e possuem o Caderno de SMI terão discussões mais frequentes com maridos e profissionais de saúde se comparadas àquelas que não o possuem. Assim, o Caderno de SMI pode ter funcionado como uma interface poderosa que ajuda a preencher as falhas de comunicação entre mulheres, maridos e profissionais de saúde.

Conclusão

Uma comunicação aprimorada pode ser uma base para criar confiança entre mulheres e profissionais de saúde. Também promove uma melhoria na aderência na busca de serviços de SMI e/ou no cuidado da saúde de mulheres e crianças em casa. A comunicação das mulheres

com seus maridos provavelmente as ajudará a estarem melhor preparadas para emergências associadas à gravidez, ao parto e aos cuidados com os filhos. Mulheres mais instruídas tendem a ter um número maior de canais de informações para acessar orientações sobre SMI do que as mulheres menos instruídas. Assim, o Caderno de SMI pode servir como uma fonte de informações essencial para mulheres com menor nível de escolaridade quando for fornecida e orientada por profissionais de saúde capacitados/treinados.

Akiko Hagiwara

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

- Hagiwara A et al. Is the maternal and child health (MCH) Handbook effective in improving health-related behavior? Evidence from Palestine. *J Public Health Policy* 2013; **34**: 31–45.
- Palestinian Ministry of Health. *The Overview of MCH Handbook in Palestine*. Ramallah: MOH, 2012.

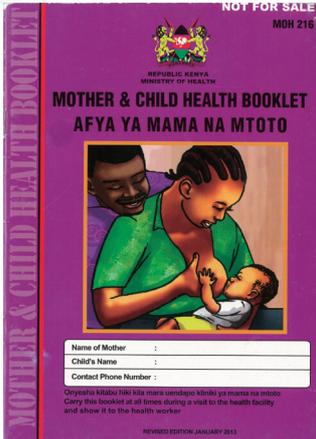
▼ Tabela 2. Impacto estimado do Caderno de SMI nas variáveis dependentes selecionadas

Variável independente	Variável dependente				
	Horas gastas no centro de saúde (n = 660)	Aleitamento materno (n = 660)	Ruptura das membranas (n = 660)	Discute sobre a saúde da criança com profissionais de saúde (n = 659)	Discute sobre a saúde da criança com o marido (n = 659)
Caderno de SMI	-6.139 (0.64)	-0.121 (1.14)	0.2 (2.04)**	0.28 (1.38)	0.271 (1.15)
Caderno de SMI * Alfabetizada mas sem ensino primário concluído	-4.812 (0.26)	0.323 (1.85)*	0.083 (0.63)	0.526 (1.39)	-0.431 (1.34)
Caderno de SMI * Ensino primário	8.562 (0.83)	-0.009 (0.08)	-0.104 (1.07)	-0.152 (0.70)	-0.148 (0.62)
Caderno de SMI * Ensino médio	-2.336 (0.26)	0.019 (0.18)	-0.114 (1.22)	-0.391 (2.03)**	-0.416 (1.83)*
Primeiro parto	-34.884 (3.19)***	-0.056 (0.44)	-0.02 (0.21)	-0.207 (0.84)	-0.232 (0.89)
Caderno de SMI * Primeiro parto	26.259 (2.14)**	0.017 (0.11)	-0.113 (0.83)	0.51 (1.88)*	0.488 (1.71)*
Alfabetizada, sem ensino primário concluído	8.156 (0.75)	-0.265 (1.63)	-0.011 (0.09)	-0.075 (0.30)	0.114 (0.49)
Ensino primário	-5.056 (0.77)	-0.007 (0.07)	0.086 (0.92)	-0.045 (0.34)	0.046 (0.25)
Ensino médio	-2.079 (0.30)	0.017 (0.18)	0.105 (1.13)	0.166 (1.26)	0.255 (1.36)
R2 (coeficiente de determinação)	0.29	0.25	0.15	0.26	0.17

Estadísticas robustas estão relacionadas entre parênteses. * significativo em 10%; ** significativo em 5%; e *** significativo em 1%. Variáveis de controle adicionais incluídas são: modelos variáveis para categoria de idade das mães, modelos variáveis para categorias de renda, efeitos fixos do centro de SMI e um modelo para o ano de 2008. Cinco em cada 10 variáveis dependentes foram selecionadas na análise original.



QUÊNIA: Quais são as mães que possuem a Caderneta de SMI?



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Quênia, 2013

Introdução

A Caderneta de Saúde Materno-Infantil (SMI), o Caderno de SMI oficial do Quênia, foi projectada para fornecer aos profissionais de saúde e às mães orientações práticas sobre saúde materno-infantil para ligar os serviços através do continuum de cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. Como a Caderneta de SMI foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Quênia (MS) como um documento integrado essencial para os programas nacionais, houve a necessidade de avaliar com precisão os factores associados à posse da Caderneta de SMI no Quênia.

Desenvolvimento da Caderneta de SMI

O conceito da Caderneta de SMI foi inspirado na experiência do Japão, quando um dos funcionários do MS participou de um curso de formação no Japão em 2000. Em seguida, o MS assumiu a liderança na revisão de existentes registos conservados em casa relacionados aos cuidados pré-natais, parto, cuidado pós-parto, bem-estar infantil, planeamento familiar, imunização materna contra o tétano, imunização infantil e monitoramento do crescimento. O MS iniciou ainda uma série de processos mais amplos

de consulta sobre registos conservados em casa, envolvendo várias partes interessadas em saúde materna, saúde infantil, nutrição e VIH/SIDA.

O reconhecimento pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce do VIH infantil levou a projectos pilotos da Caderneta em Nyanza e nas províncias ocidentais em 2007. Boas práticas nas áreas piloto demonstraram uma certa viabilidade da Caderneta. Com sua sustentabilidade assegurada ao ser incorporada às directrizes nacionais padrão, uma pequena Caderneta de SMI de 34 páginas, tamanho A5, foi lançada em 2010 pelo MS. Tendo recebido relevante apoio de parceiros de desenvolvimento e de outras partes interessadas, o Comitê de Coordenação da Saúde da Criança do MS aprovou a substituição de todos os cartões separados de saúde materna e infantil implementados anteriormente pela Caderneta de SMI, através de sua provisão gratuita. A Caderneta foi revisada periodicamente para se adaptar à política actualizada de SMI do país. O guia de utilização foi compilado para Caderneta de SMI com o objectivo de promover seu uso adequado pelos profissionais de saúde das unidades sanitárias e agentes comunitários de saúde (ACS).

Quem possui a Caderneta de SMI?

Um estudo recente relatou que possuir uma Caderneta de SMI associou-se positivamente a um maior conhecimento em saúde e ao comportamento adequado na procura de saúde entre as mães. No estudo, o quadro de amostragem foi composto por um total de 11.906 crianças com idade de 12 a 23 meses em 64 unidades comunitárias (UCs) de quatro distritos da província de Nyanza (Siaya, Ugenya, Gem e Kisumu Oeste). Destas, 2.560 crianças entre 12 e 23 meses foram seleccionadas pelo método de amostragem aleatória simples. Das mães (= 2.560), 2.051 foram entrevistadas usando um questionário estruturado sobre seu status socioeconômico e posse da Caderneta de SMI. A maioria das mães (92%) possuía a



▲ Figura 1. História do desenvolvimento da Caderneta de SMI no Quênia

Caderneta de SMI. Os factores identificados como significativamente relacionados à posse da Caderneta de SMI foram sexo da criança (masculino), relacionamento dos cuidadores com a criança (mãe biológica), idade da mãe (não superior a 30 anos), nível de conhecimento em saúde (mais conhecimento sobre saúde materna), intervalo de nascimento (intervalo de nascimento superior à 24 meses), índice de riqueza familiar (família pobre) e desempenho dos ACS (alto desempenho). Curiosamente, entre as mães que classificaram o desempenho dos ACS como alto, o indicador de posse da Caderneta de SMI era significativamente elevado. Esse resultado sugere que a Caderneta de SMI tem potencial para melhorar o desempenho geral dos sistemas de saúde. Os ACS com alta classificação e com bom desempenho frequentemente verificam o estado de saúde da mãe e da criança e, assim, incentivam as mães a possuírem e conservarem a Caderneta de SMI.

Conclusão

As mães que são jovens ou de famílias pobres são mais propensas a encontrar valor em possuir a Caderneta de SMI. Isso pode implicar que a Caderneta de SMI possa servir como uma interface eficaz e sustentável entre mães

vulneráveis e profissionais de saúde. Assim, a Caderneta de SMI deve ser estrategicamente aproveitada não apenas como uma ferramenta de automonitoramento, mas também como uma ferramenta de comunicação que ajuda mães vulneráveis a se sentirem protegidas.

M. Ahmed Omar¹, Tomohiko Sugishita²

¹ Ministério da Saúde, Nairobi

² Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

1. Kawakatsu Y, et al. Effectiveness of and factors related to possession of a mother and child health handbook: an analysis using propensity score matching. *Health Educ Res* 2015; **30**(6): 935-46.
2. Mudany MA, et al. Enhancing Maternal and Child Health using a Combined Mother & Child Health Booklet in Kenya. *J Trop Pediatr* 2015; **61**(6): 442-7.
3. Gathoni KE, Magembe OA. Utilization of Mother and Child Booklet among Mothers Attending Well Baby Clinic in Nakuru Central District *Int J Sci Res* 2013; **4**(4): 2642-8.



Consulta de SMI no Hospital Provincial de Nyanza, Kisumu, Quênia

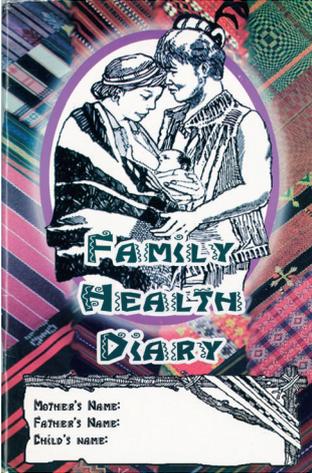
▼ Tabela 1. Factores associados à posse de uma Caderneta de SMI na província de Nyanza, Quênia

Variáveis	Análise multivariada Razão de possibilidades ajustada
Sexo da criança	
Feminino	Ref.
Masculino	1.236 *
Mãe biológica ou não	
Outro	Ref.
Mãe biológica	2.214 ***
Grupo de idade (anos)	
<20	Ref.
20-24	0.782
25-29	0.732
30-34	0.496 **
>35	0.528 *
Conhecimento em saúde materna	
Baixo	Ref.
Elevado	1.408 **
Índice de riqueza da família	
Pobre	Ref.
Rico	0.740 **
Desempenho do ACS	
Fraco	Ref.
Alto	1.395 **

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$



FILIPINAS: Caderno de SMI para avançar na Cobertura Universal de Saúde em zonas rurais



Diário de Saúde da Família (Caderno de Saúde Materno-Infantil Filipino), Região Administrativa de Cordillera, Filipinas, 2014

Desafios de acesso

A região administrativa da Cordilheira das Filipinas é caracterizada por suas condições geográficas - uma enorme cadeia de montanhas. Mais de 1.6 milhão de pessoas vivem na região e quase 35,000 nascimentos ocorrem a cada ano. Aproximadamente um terço da população vive em zonas urbanas, enquanto os dois terços restantes vivem em zonas rurais da região.

Como ferramenta para a partilha de informações de cuidados maternos entre prestadores

Mulheres grávidas nas zonas rurais tendem a ter um padrão de utilização de serviços de saúde materna distinto daquelas nas zonas urbanas da região. As mulheres que vivem nas zonas urbanas têm maior probabilidade de receber o atendimento contínuo desde pré-natal, parto e pós-parto num único hospital/clínica. Os médicos preferem observar as condições de cada mulher durante todo o processo desde a gravidez, parto até pós-parto, para que eles possam prestar os cuidados conhecendo as condições da mãe. Nas zonas urbanas, as mães também preferem ver consistentemente o mesmo profissional de saúde, tendo compreendido os benefícios. Isso ocorre porque o terreno nas zonas urbanas é menos montanhoso e os meios de transporte público estão mais disponíveis. Assim, pouquíssimos factores impedem que as mulheres grávidas e as mães visitem consistentemente os mesmos locais de serviços de saúde.

Nas zonas rurais, no entanto, é mais provável que as mães recebam serviços de saúde materna de diferentes provedores de saúde devido à barreira geográfica e à disponibilidade limitada de meios de transporte. Durante o primeiro e o segundo trimestre de gravidez, elas recebem atendimento pré-natal

em postos de saúde liderados por parteiras perto de sua casa. Quando a data prevista para o parto se aproxima, elas se mudam temporariamente para a casa de seus parentes nas zonas urbanas, esperam até o parto começar e dão à luz ao bebê em hospitais. Alguns dias após o parto, elas saem dos hospitais e regressam para suas casas nas zonas rurais. As parteiras dos postos de saúde visitam as mães em suas casas e prestam serviços de cuidado pós-parto.

Sob tais circunstâncias, a questão é como garantir a partilha de informações entre os vários profissionais de saúde. Se eles utilizarem apenas os registos médicos arquivados em cada estabelecimento, os resultados das consultas do pré-natal prestadas por uma parteira de um posto de saúde não seriam partilhados com um médico de um hospital. Com isso, os médicos frequentemente acabam assistindo os partos das mulheres sem consultar informações precisas sobre o estado de saúde das mães durante a gravidez. Essa fragmentação de informações de saúde dos utentes pode privar a oportunidade dos profissionais de saúde em fornecer os cuidados adequados que poderiam ter sido prestados.

Nesta situação, o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) desempenha um papel importante. Diferentemente dos registos médicos que ficam nas unidades sanitárias, o Caderno de SMI é conservado pelas mães. Se os profissionais de saúde registarem os resultados dos cuidados maternos no Caderno de SMI, as mães poderão mostrá-los quando visitarem outros profissionais de saúde.

Por exemplo, os registos pelo médico sobre o parto e cuidado pós-parto num hospital podem ser partilhados com uma parteira de um posto de saúde por meio do Caderno de SMI, permitindo assim, que a parteira forneça o cuidado pós-parto adequado e contínuo com base nas informações registadas pelo médico do hospital no Caderno de SMI.

Como uma fonte de dados para o sistema de informações de saúde

O Caderno de SMI pode servir como uma fonte



Aldeia rural na cordilheira da Região Administrativa de Cordillera

de dados mais confiável para estimar a cobertura de serviços, como o atendimento pré-natal e a vacinação infantil. O Departamento de Saúde das Filipinas recomenda que todas as mulheres grávidas façam pelo menos quatro consultas de pré-natal e duas consultas de pós-parto. As parteiras dos postos de saúde são obrigadas a monitorar o número de mães que completaram o número de consultas do pré-natal e pós-parto em suas áreas de captação e depois registrar as taxas de conclusão junto ao sistema nacional de informações em saúde. A Figura 1 mostra um exemplo de um padrão típico de utilização dos cuidados da maternidade pelas mães das zonas rurais da região - três consultas de pré-natal são realizadas por uma parteira do posto de saúde em sua vizinhança; o quarto atendimento pré-natal, o parto e a primeira consulta de pós-parto são realizados num hospital; e então, a segunda consulta de pós-parto é realizada pela parteira do posto de saúde.

Se uma parteira fizesse o relatório ao sistema de informações em saúde apenas considerando os registos de seu posto de saúde, ela consideraria a mulher na Figura 1 como um caso "incompleto", porque os registos do posto de saúde mostram que ela recebeu apenas três consultas de pré-natal e uma consulta de pós-parto, apesar dela ter completado as quatro consultas pré-natais e as duas de pós-parto.

No entanto, o uso do Caderno de SMI permite que as parteiras dos postos de saúde confirmem que as mães também receberam uma consulta de pré-natal (quarta visita) e de pós-parto (primeira visita) no hospital onde a mãe deu à luz. Assim, o posto de saúde pode reportar precisamente as taxas de conclusão, contando os cuidados prestados por outras instituições.

Como uma ferramenta para promover o cadastramento no seguro de saúde

O programa nacional de seguro de saúde das Filipinas está promovendo que todas as mulheres grávidas se inscriam em seu programa antes do parto, para que possam ir aos hospitais sem preocupações financeiras, especialmente em caso de emergência. O Caderno de SMI contém uma secção de "Plano de Parto e Emergência", que inclui uma pergunta sobre o status de inscrição no seguro de saúde. Durante as consultas de pré-natal, a parteira auxilia as mães no planeamento e verificam se as mulheres se inscreveram no programa de seguro de saúde. Caso ela descubra que as mães ainda não estão inscritas, ela explica os benefícios do seguro de saúde e os procedimentos de inscrição e as incentiva a serem membros do programa. Se as mães não possuem condições de pagar o prêmio de seguro, a parteira as encaminha a um agente de assistência social para que a mãe possa receber subsídio do governo para o pagamento do prêmio do seguro de saúde.

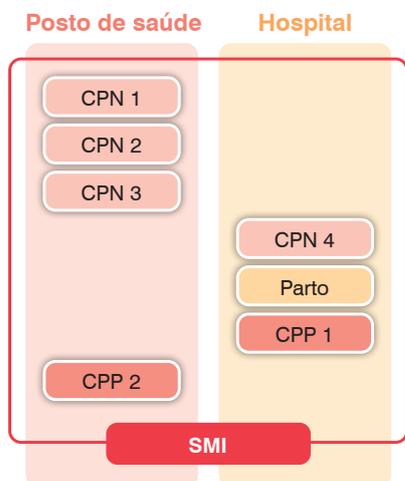
Como resultado da promoção da inscrição no seguro de saúde usando o Caderno de SMI, bem como do programa de subsídios do governo para os pobres, a cobertura de seguro de saúde entre mulheres grávidas nos locais dos projectos da região de Cordillera aumentou de 50% em 2013 para 70% em 2014 (Figura 2).

Conclusão

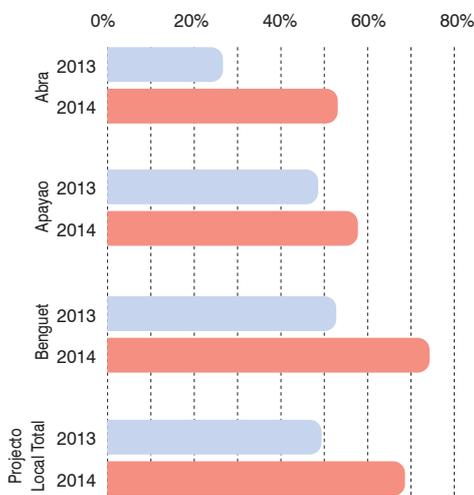
Como esses exemplos ilustram, o Caderno de SMI tem um grande potencial para ser uma ferramenta de apoio para alcançar a Cobertura Universal de Saúde entre mulheres grávidas, pós-parto e entre recém-nascidos. Elas podem receber cuidados de qualidade sem preocupação financeira, principalmente por permitir que vários profissionais de saúde partilhem informações de mães e recém-nascidos e forneçam cuidados contínuos, além de apoiar na inscrição de mulheres grávidas junto ao seguro de saúde.

Makoto Tobe

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio



CPN: Consulta Pré-Natal
CPP: Consulta Pós-Parto



Fonte: lista de clientes-alvos de cuidados maternos

▲ Figura 1. Exemplo da utilização da consulta pré-natal, serviço de parto e cuidado pós-parto

▲ Figura 2. Taxas de adesão no programa nacional de seguro de saúde entre mulheres grávidas

Leituras adicionais

1. Project for Cordillera-wide Strengthening of the Local Health System for Effective and Efficient Delivery of Maternal and Child Health Services. *Good Practices Booklet – Reducing Maternal and Child Mortality in the Cordillera*, Baguio City: JICA-SSC, 2015.



GANA: Funções do cartão de CC como um ícone para os cuidados contínuos

Cartão de Cuidados Contínuos (CC), Gana, 2014

Cuidados Contínuos para a população deixada para trás

Cuidados contínuos (CC) são essenciais para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). No entanto, várias mulheres e recém-nascidos são deixados para trás em relação aos serviços de SMNI, principalmente devido a um duplo desafio de comportamentos inadequados em busca de cuidados, bem como o acesso precário aos cuidados por questões geográfica e financeira. Para acelerar a cobertura universal de saúde (CUS) na SMNI, dois tipos de abordagens podem ser empregadas: (i) empoderamento das mães e os recém-nascidos deixados para trás a procurar cuidados essenciais; e (ii) fortalecimento do sistema de saúde.

Baixa taxa de conclusão de CC: 8% na zona rural do Gana

O Projecto de Pesquisa de Implementação do Gana, Ensure Mothers and Babies Regular Access

to Care (EMBRACE) definiu a conclusão de CC como o estado em que todos os serviços de SMNI, desde a gravidez até o pós-parto, foram acessados e recebidos em conformidade com o recomendado pelo Protocolo Nacional de Serviço de Maternidade Segura do Gana, ou seja: (i) pelo menos quatro consultas de pré-natal; (ii) parto assistido por uma assistente de parto qualificada; e (iii) três cuidados de pós-parto nas primeiras 48 horas, no sétimo dia e na sexta semana pós-parto. Verificou-se que apenas 8% das mães completaram o CC na zona rural do Gana em 2014.

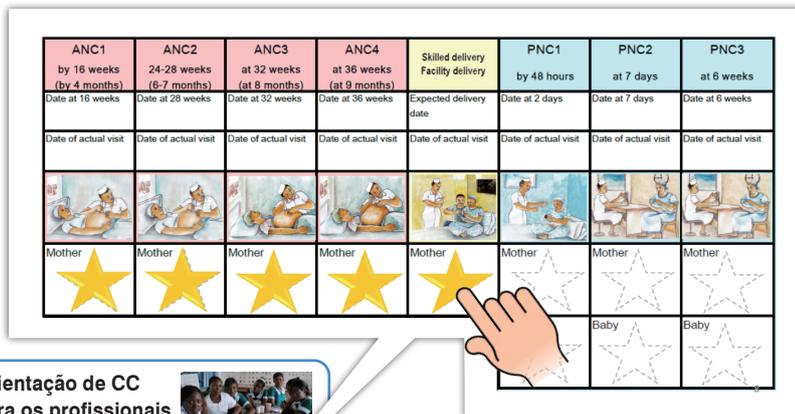
O que é o Gana EMBRACE?

O Gana EMBRACE é um projecto de pesquisa trilateral conduzido pela Agência de Cooperação Internacional do Japão, Serviço de Saúde do Gana e a Universidade de Tóquio. O projecto visa principalmente melhorar a SMNI por meio do fortalecimento de CC desde a gravidez até a sexta semana pós-parto. Um ensaio randomizado controlado em cluster foi conduzido usando um desenho híbrido de implementação e eficácia. O ensaio teve como alvo cerca de 11,000 pares de mães e recém-nascidos que moravam no norte (Navrongo), no centro (Kintampo) e sul (Dodowa) do Gana, durante o período de Outubro de 2014 à Dezembro de 2015.

O pacote de intervenção foi desenvolvido com base nos resultados de uma pesquisa formativa. O pacote foi composto por quatro elementos de intervenção: (i) formação dos profissionais de saúde sobre CC; (ii) incentivar as mães a usarem os cartões de CC; (iii) retenção das mães e recém-nascidos nas unidades sanitárias por pelo menos 24 horas após o parto; e (iv) prestação de cuidados pós-parto por visitas domiciliares nas primeiras 48 horas após o parto.

Cartão de CC: o Caderno de Saúde Materno-Infantil de uma página

O cartão de CC é a ferramenta na qual as informações mínimas são incorporadas em palavras fáceis, com imagens simples, nomeadamente o Caderno de Saúde Materno-Infantil de uma página.

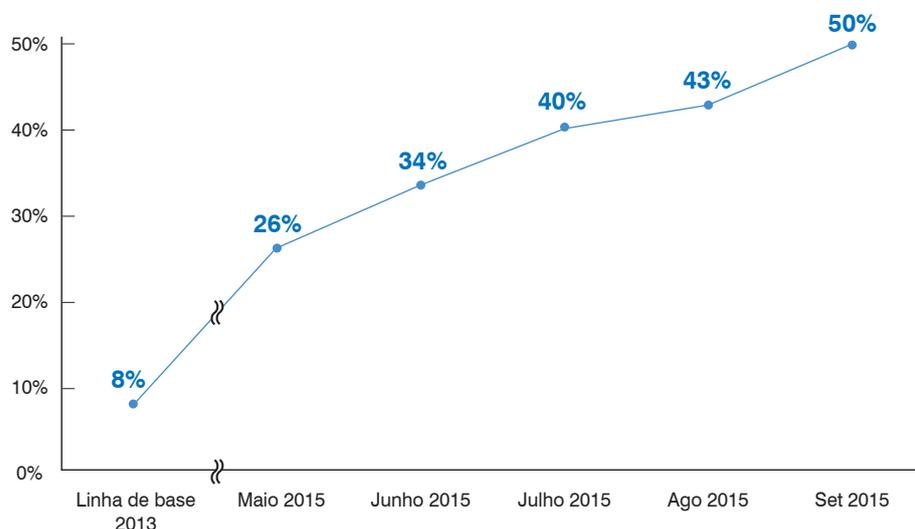


▲ Figura 1. Função do cartão de CC

Como dois tipos distintos de registros conservados em casa (ou seja, o Caderno de Saúde Materna e o Caderno de Saúde Infantil) são operacionalizados no Gana, o cartão de CC foi elaborado como uma ferramenta suplementar para fortalecer o vínculo do uso destes dois registros conservados em casa para a saúde materna e infantil. Usando o cartão de CC, a mãe e o profissional de saúde podem compartilhar o estado de CC da mãe num relance. Por exemplo, o profissional de saúde agenda a data da próxima consulta. Se a mãe voltar para a consulta na data agendada, o profissional de saúde colocará um adesivo de estrela dourada no cartão de CC para premiar o seu visita pontual. O profissional de saúde também fornece educação em saúde e registra os resultados dos serviços essenciais e os sinais de perigo no cartão. Por meio da intervenção, a taxa de conclusão de CC aumentou significativamente de 8% na linha de base para 50% em Setembro de 2015. Quais são os potenciais mecanismos pelos quais o cartão de CC promove a CC?

Conecta a mãe com o profissionais de saúde

O cartão de CC ajudou significativamente a melhorar as atitudes das mães em relação à saúde. As mães começaram a fazer perguntas aos profissionais de saúde, a confiar neles e a voltar à unidade sanitária a prazo para receber os cuidados. Um fenômeno interessante foi que as mães até exigiam o adesivo de estrela dourada dos profissionais de saúde quando descobriam que eles não havia colocando-o. Essas mudanças positivas na atitude das mães estimularam os profissionais de saúde a oferecer atendimentos de melhor qualidade. O cartão de CC desempenha um papel crucial para a educação das mães sobre o que elas devem fazer.



▲ Figura 2. Taxa de conclusão de CC identificado no monitoramento

Conecta a mãe, a família, a comunidade e os profissionais de saúde

Além disso, o cartão de CC mudou o vínculo das pessoas com as mães. Os membros da família tornaram-se mais solidários quanto à preparação para o parto e ao alcance de CC. Os agentes comunitários de saúde (ACS) assumiram maiores responsabilidades em suas áreas de captação para identificar as mulheres grávidas no primeiro trimestre, distribuir os cartões de CC às mães o mais cedo possível, e acompanhá-las. Os ACS e os profissionais de saúde baseados nas unidades de saúde tornaram-se mutuamente solidários para prestar cuidados de puerpério a todas as mães e recém-nascidos no momento certo.

Conclusão

Refocar na continuidade dos cuidados com um instrumento como o cartão de CC é uma potencial solução para fornecer os serviços de SMNI a todas as mães e todos os bebês e acelerar a CUS.

Abraham Hodgson¹, Sumiyo Okawa², Evelyn Ansah¹, Kimiyo Kikuchi², Margaret Gyapong¹, Akira Shibamura², Seth Owusu-Agyei¹, Abraham Oduro¹, Masamine Jimba² e Projecto de Pesquisa de Implementação do Gana EMBRACE
¹ Divisão de Desenvolvimento e Pesquisa, Serviço de Saúde de Gana
² Departamento de Saúde Comunitária e Global, Faculdade de Medicina, Universidade de Tóquio

Leituras adicionais

1. Kikuchi M, et al. Ghana`s ensure mothers and babies regular access to care (EMBRACE) program: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2015; **16**:22.
2. Yeji F, et al. Continuum of Care in a maternal, newborn and child health program in Ghana: low completion rate and multiple obstacle factors” *Plos One* 2015; **10**(12): e0142849.
3. Kikuchi M, et al. Effective Linkages of Continuum of Care for Improving Neonatal, Perinatal, and Maternal Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One* 2015; **10**(9): e0139288.
4. Okawa S, et al. High incidence of neonatal morbidity and its implications for postnatal care in Ghana: a cross-sectional study. *Plos One* 2015; **10**(6): e0130712.



VIETNAME: Uma revisão sistemática rápida dos registos conservados em casa de SMI existentes

Surpreendentemente, muitos registos conservados em casa

Os registos conservados em casa são implementados globalmente como ferramentas eficazes que incentivam as gestantes e as mães a utilizarem atempadamente e adequadamente os serviços de saúde materno-infantil (SMI). Embora a disponibilidade e a utilização dos registos conservados em casa representativos nacionalmente tenham sido avaliadas em vários estudos anteriores, a realidade de vários registos conservados em casa implementados subnacionalmente de maneira menos coordenada não foi reportado nem analisado. Para estimar a prevalência de registos conservados em casa no Vietname, os registos conservados em casa de SMI

atualmente em implementação foram coletados em 28 das 63 províncias. Um total de 23 registos conservados em casa foram coletados (Tabela 1).

Itens de registo sobrepostos entre 23 registos conservados em casa

Dos 2,435 itens de registo identificados em 23 registos conservados em casa, 1,264 (51.9%) estão sobrepostos entre dois ou mais registos conservados em casa, enquanto 1,171 (48.1%) são encontrados apenas em um registo conservado em casa. Isso implica que os profissionais de saúde, as gestantes, as mães ou os membros da família precisam teoricamente preencher os mesmos dados para esses 1,264 itens de registo, em dois ou mais registos conservados em casa. Como os



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Vietname, 2014

▼ Tabela 1. Comparação de 23 registos conservados em casa sendo implementados em 28 províncias

#	Título do registo conservado em casa	Local de implementação	Nº de páginas	Nº de itens de registo	Grupo alvo			Tipo de registo conservado em casa	
					Gestantes	Criança	Pop. em geral	Registos	Orientações
1	Caderno de SMI #1	Província de Dien Bien, Hoa Binh, Thanh Hoa, An Giang (4 províncias)	100	853	X	X		X	X
2	Cartão de Consulta Pré-natal	Província de An Giang	4	124	X			X	X
3	Caderno de Monitoria das Consulta Pré-natais	Província de Binh Phuoc	17	303	X			X	X
4	Cartão de Monitoria da gravidez	Província de Hoa Binh	4	89	X			X	
5	Caderno de Imunização para criança	Cidade de Hanoi	16	295		X		X	X
6	Cartão de Imunização	Todo o país 63 (províncias/cidades)	1	17		X		X	
7	Caderno de Imunização #1	Todo o país 63 (províncias/cidades)	16	54		X		X	X
8	Caderno de Imunização #2	Província de An Giang	12	69		X		X	X
9	Caderno de Monitoria da Saúde da Criança	Província de Binh Phuoc	20	438		X		X	X
10	Caderno de SMI #2	Todo o país 63 (províncias/cidades)	54	530	X	X		X	X
11	Cartão de Monitoria da SMI em casa #1	Província de An Giang	12	398	X	X		X	
12	Caderno de SMI #3	Província de An Giang	52	738	X	X		X	X
13	Caderno de SMI #4	Província de Ben Tre	40	546	X	X		X	X
14	Cartão de Monitoria da SMN em casa #1	Distrito de Phu Tan , Província de An Giang	8	324	X	X		X	
15	Cartão de Monitoria da SMN em casa #2	Província de Thanh Hoa	8	324	X	X		X	
16	Cartão de Monitoria da SMI em casa #2	Província de Binh Thuan	8	362	X	X		X	
17	Cartão de Monitoria da SMI em casa #3	Província de Thanh Hoa	8	381	X	X		X	
18	Cartão de Monitoria da SMN em casa #3	Província de Quang Nam	12	357	X	X		X	X
19	Cartão de Monitoria da SMN em casa #4	Província de Hoa Binh	8	381	X	X		X	
20	Cartão de Monitoria da SMN em casa #5	Província de Vung Tau	8	406	X	X		X	
21	Caderno de Nutrição & Saúde	Todo o país 63 (províncias/cidades)	48	33	X	X		X	X
22	Caderno de Consulta Médica	Todo o país 63 (províncias/cidades)	16	75	X	X	X	X	
23	Gráfico de Monitoramento do Crescimento	Todo o país 63 (províncias/cidades)	2	4		X		X	
Total								2,394 *	

SMI: saúde materno-infantil

SMN: saúde materna e neonatal

* Dos 2,394 itens de registo, 1,264 foram comumente encontrados em dois ou mais registos conservados em casa como itens de registo sobrepostos.



Caderno de Imunização



Gráfico de Monitoramento do Crescimento

casos mais extremos, desses 2,435 itens de registo, 21 estão sobrepostos em 15 registos conservados em casa. Os 21 registos mais frequentemente sobrepostos estão apresentados na Tabela 2.

Abrangência do Caderno de SMI

Uma análise mais profunda sobre o grau de sobreposição dos itens de registo foi realizada, concentrando-se apenas em três registos conservados em casa principais implementados nacionalmente ou testados para expansão a nível nacional em quatro províncias: (i) 1. Caderno de SMI; (ii) 7. Caderno de Imunização; e (iii) 23. Gráfico de Monitoramento do Crescimento (ver Tabela 1).

Conforme ilustra a Figura 1, todos os itens de registo do Gráfico de Monitoramento do Crescimento estão incluídos no Caderno de SMI. Quatorze itens de registo não identificados no Caderno de SMI, mas apresentados apenas no Caderno de Imunização estão relacionados a duas medidas preventivas que não são necessárias de acordo com as diretrizes nacionais de imunização do Ministério da Saúde: (i) gotas de Vitamina A oral; e (ii) quarta imunização contra encefalite Japonesa. Assim, o Caderno de SMI é abrangente o suficiente para cobrir todos os itens de registo necessários adotados nos principais registos conservados em casa.

Conclusão

Para permitir que tanto os profissionais de saúde como as gestantes se concentrem apenas em um tipo de registo conservado em casa, é necessária uma padronização nacional dos vários registos conservados em casa coexistentes atualmente para a saúde materna e/ou infantil. Além disso, para garantir a continuidade dos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil, os atuais registos conservados em casa fragmentados

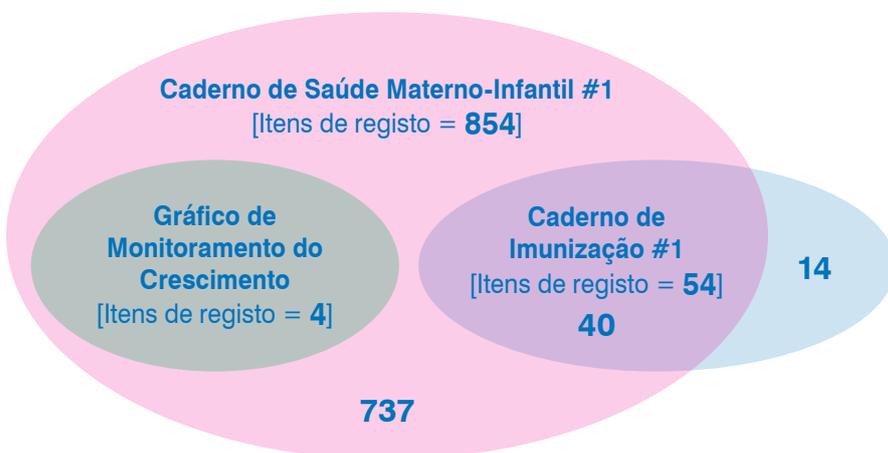
em diferentes estágios da SMI (gravidez, parto, imunização infantil, monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil) devem ser integrados.

Hirotsugu Aiga

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

▼ Tabela 2. Vinte e um itens de registo que estão sobrepostos em 15 registos conservados em casa

#	Itens de registo comumente encontrados em 15 registos conservados em casa
1	Outras doenças da mãe 1 (Sim/Não)
2	1ª Consulta Pré-natal: Data da visita da CPN
3	1ª Consulta Pré-natal: Peso da gestante (kg)
4	1ª Consulta Pré-natal: Medição da altura do fundo uterino (cm)
5	1ª Consulta Pré-natal: Presença de edema (Sim/Não)
6	1ª Consulta Pré-natal: Frequência cardíaca fetal/min
7	1ª Consulta Pré-natal: Posição da cabeça do feto
8	1ª Consulta Pré-natal: Primeiro dia do último período menstrual
9	1ª Consulta Pré-natal: Data provável do parto
10	2ª Consulta Pré-natal: Data da visita da CPN
11	2ª Consulta Pré-natal: Peso da gestante (kg)
12	2ª Consulta Pré-natal: Medição da altura do fundo uterino (cm)
13	2ª Consulta Pré-natal: Presença de edema (Sim/Não)
14	2ª Consulta Pré-natal: Frequência cardíaca fetal/min
15	2ª Consulta Pré-natal: Posição da cabeça do feto
16	3ª Consulta Pré-natal: Data da visita da CPN
17	3ª Consulta Pré-natal: Peso da gestante (kg)
18	3ª Consulta Pré-natal: Medição da altura do fundo uterino (cm)
19	3ª Consulta Pré-natal: Presença de edema (Sim/Não)
20	3ª Consulta Pré-natal: Frequência cardíaca fetal/min
21	3ª Consulta Pré-natal: Posição da cabeça do feto



▲ Figura 1. Itens de registo sobrepostos em dois dos principais registos conservados em casa implementados nacionalmente e no Caderno de SMI

Leituras adicionais

1. Aiga H, et al. Fragmented implementations of maternal and child health home-based records in Vietnam: Need for an integration. *Glob Health Action* 2016; **9**:29924
2. *VietHealth End-line survey for assessing the intervetrin of Project for Implementing Maternal and Child Health Handbook for Scaling-Up Nationwide*. Hanoi: JICA, 2013.



BURUNDI: Certificado de parto incorporado no Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Burundi, 2014

Antecedentes

Burundi é um país do interior da África Central com uma população de 9.85 milhões e uma extensão territorial de 27,836 km². Uma crise sociopolítica de 12 anos atrasou significativamente o desenvolvimento socioeconômico do país. A taxa de mortalidade materna e infantil foram respectivamente 500 por 100,000 nascidos vivos e 59 por 1,000 nascidos vivos em 2010. O desenvolvimento do Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) do Burundi foi lançado em 2013. Ao participar da 8ª Conferência Internacional do Caderno de SMI (Nairobi 2012), os funcionários do Burundi foram inspirados pelas boas práticas de vários países em desenvolver e implementar os Cadernos de SMI. Em primeiro lugar, o Ministério de Saúde Pública e Luta contra o VIH/SIDA (MSP) do Burundi organizou o Comitê Técnico Nacional para o Caderno de SMI composto por membros dos programas verticais nacionais do MSP (saúde reprodutiva, imunização infantil e nutrição), Ministério dos Assuntos Internos e parceiros de desenvolvimento (por exemplo, JICA, OMS, UNICEF, UE e BTC¹). O Comitê revisou e avaliou os quatro tipos existentes de registros conservados em casa de SMI: (i) cartão de CPN; (ii) cartão de vacinação materna contra o tétano; (iii) cartão de vacinação infantil; e (iv) caderno integrado de cuidados de saúde infantil. Supostamente, havia três questões: (i) ausência de dados conservados em casa sobre o nascimento das crianças; (ii) incapacidade das unidades sanitárias de oferecer certificados de parto às mães; e (iii) baixa cobertura de cuidado pós-parto (30.0%). Para tratar dessas questões prioritárias relacionadas a SMI, o Caderno de SMI foi introduzido.

Certificado de parto no Caderno de SMI

Uma das principais vantagens do Caderno de SMI do Burundi é conter uma página para o certificado de parto. O certificado de parto serve como uma justificativa objectiva para o processo de registo de nascimento, que exige dados básicos como: a data de nascimento, peso ao nascer, nome da mãe, local de nascimento e nome dos assistentes

do parto. Espera-se que os servidores de saúde ou os assistentes de parto preencham a página do certificado de parto no Caderno de SMI. Constatou-se em vários estudos anteriores que as mães que obtêm os certificados de parto de seus filhos possuem maior probabilidade de receber serviços de cuidado pós-parto.

Para estimar a eficácia do Caderno de SMI no aumento da disponibilidade de informações de parto em casa, foi realizada uma pesquisa tendo em conta todas as vinte e três unidades sanitárias do distrito de Gitega, Burundi.

Resultados da pesquisa

Durante o período de Dezembro de 2013 à Junho de 2014, o Caderno de SMI foi distribuído para 8,786 gestantes. Além disso, os 101 servidores de saúde responsáveis pelos serviços de SMI (seis médicos e 95 enfermeiros) foram formados sobre o uso do Caderno de SMI. Os dados pré e pós-implementação foram colectados por meio de entrevistas estruturadas com mães de bebês selecionadas aleatoriamente. De um total de 384 mães selecionadas, 370 e 344 forneceram respostas válidas para a pré e a pós-implementação do Caderno de SMI, respectivamente.

Entre as etapas de pré e pós-implementação, houve alterações significativas em todas as variáveis (Tabela 1). A proporção de mães que receberam o certificado de parto em qualquer tipo de registo conservado em casa aumentou de 4.6% para 66.2% (P <0.001). A proporção de mães que possuem registos de consultas pré-natais (CPN) e/ou certificado de parto em registos conservados em casa aumentou de 1.4% para 95.1% (P <0.001) por meio da introdução do Caderno de SMI. Mais especificamente, a proporção de mães com informações sobre o tipo de parto (isto é, parto normal ou parto complicado) nos registos conservados em casa aumentou de 0% para 29.7% (P <0.001). A proporção de mães com um registo preciso de dados de peso ao nascer aumentou de 0% para 71.8% (P <0.001), enquanto a proporção de mães com dados imprecisos de registo do peso ao nascer foi significativamente reduzida de 13.5%

¹ Nota do tradutor: BTC é uma agência de cooperação internacional da Bélgica



para 0.9% ($P < 0.001$). Além disso, a proporção de mães aconselhadas por enfermeiros sobre cuidado pós-parto aumentou de 35.9% para 64.2% ($P < 0.001$). Isso pode ter contribuído para o aumento da cobertura anual do cuidado pós-parto de 43.9% em 2013 para 54.2% em 2014 no distrito de Gitega.

De projecto piloto para expansão a nível nacional

A página para o certificado de parto no Caderno de SMI ajuda a garantir que as mães recebam os dados do nascimento dos seus filhos em mãos. É provável que isso incentive as mães a fazer o registo de nascimento dos seus filhos na administração local.

Nos países em desenvolvimento, a complexidade geral do processo de registo de nascimento costuma ser um desafio. Burundi não é uma exceção. Os pais que não recebem o certificado de parto dos seus filhos na unidade sanitária devem realizar três etapas para o registo de nascimento: (i) solicitar ao chefe da aldeia para emitir um testemunho de nascimento com três testemunhas; (ii) reportar o nascimento da criança numa administração local usando o testemunho emitido pelo chefe da aldeia; e (iii) ter o registo do nascimento da criança na administração local. Observe que os pais que recebem o certificado de parto podem pular a etapa (i) mencionada anteriormente. Após este estudo, o MSP e o Ministério dos Assuntos Internos decidiram em

conjunto expandir o Caderno de SMI a nível nacional e estabeleceram um decreto conjunto sobre a sua aplicação para simplificar o processo de registo de nascimento.

Conclusão

O Caderno de SMI ajuda as gestantes e as mães a manter o registo de utilização contínua dos serviços de saúde materno-infantil. O Caderno de SMI deve ser referenciado, não apenas para a eficácia quanto aos cuidados de saúde materno-infantil, mas também para vigilância e respostas sobre mortalidade materna. Além disso, é provável que o Caderno de SMI ajude os servidores de saúde a fornecer às mães conselhos adequados sobre cuidado pós-parto. Espera-se, assim, que a utilização do serviço de cuidado pós-parto aumente.

Kayo Kaneko¹, Jacques Niyonkuru²

¹ **Universidade de Saúde e Bem-Estar de Niigata, Niigata**

² **Ministério de Saúde Pública e Luta contra VIH/SIDA, Bujumbura**

Leituras adicionais

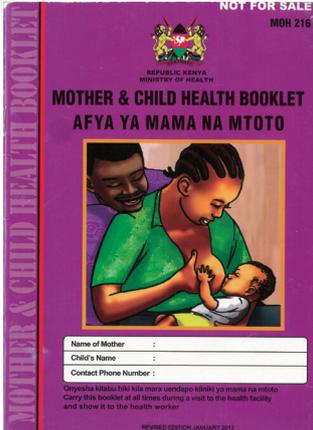
1. Kaneko K, et al. *Implementation of new birth records in a district of Burundi: an intervention study of health systems improvement. Abstracts of the Third Global Symposium on Health Systems Research*, Cape Town: WHO, 2014.

▼ **Tabela 1. Mudanças nas principais variáveis entre a pré e o pós-implantação do Caderno de SMI no distrito de Gitega**

Variáveis	Pré-intervenção (n=370) n (%)	Pós-intervenção (n=344) n (%)	Teste qui-quadrado valor-p
Proporção de mães que receberam o certificado de parto em qualquer tipo de registos conservados em casa			
Não recebido	353 (95.4%)	116 (33.7%)	< 0.001
Recebido, mas não está disponível na casa	11 (3.0%)	18 (5.2%)	
Recebido, e está disponível na casa	6 (1.6%)	210 (61.0%)	
Proporção de mães com registo de CPN e/ou dados de nascimento por tipo de registos conservados em casa			
Nenhum	365 (98.6%)	16 (4.7%)	< 0.001
Tinha em papel não oficial /cartilha	2 (0.5%)	0 (0%)	
Tinha no cartão de CPN	3 (0.8%)	1 (0.3%)	
Tinha no Caderno de SMI	N.A.	327 (95.1%)	
Proporção de mães com dados do modo de parto por tipo de registos conservados em casa			
Nenhum	370 (100%)	242 (70.3%)	< 0.001
Tinha no cartão de CPN	0 (0%)	0 (0%)	
Tinha no Caderno de SMI	N.A.	102 (29.7%)	
Proporção de mães com dados de peso ao nascer em casa			
Nenhum	132 (35.7%)	88 (25.6%)	< 0.001
Tinha dados imprecisos baseados em recordação	50 (13.5%)	3 (0.9%)	
Tinha dados precisos baseados em recordação	188 (50.8%)	6 (1.7%)	
Tinha dados precisos de acordo com dados do Caderno de SMI	N.A.	247 (71.8%)	
Proporção de mães que recebem orientações sobre cuidado pós-parto por uma enfermeira após o parto			
Não recebido	237 (64.1%)	123 (35.8%)	< 0.001
Recebido	133 (35.9%)	221 (64.2%)	



QUÊNIA: A Caderneta de SMI é útil como ferramenta educacional e de mudança de comportamento?



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Quênia, 2013

Antecedentes

Tem sido reportado que o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) e o cartão de imunização são ferramentas importantes que fornecem aos profissionais de saúde informações tangíveis sobre a saúde materno-infantil dos utentes. Eles ajudam os profissionais de saúde a aprofundar a sua compreensão sobre o estado de saúde dos utentes e, assim, fornecer tratamentos adequados. No entanto, o mais importante, é que o Caderno de SMI também pode fornecer as gestantes e aos cuidadores conhecimentos sobre a saúde. Alguns países asiáticos e africanos desenvolveram e distribuíram cadernos ou cadernetas de SMI específicos para cada país. Por exemplo, o Ministério da Saúde do Quênia desenvolveu uma Caderneta de SMI com 34 páginas no tamanho prático (A5), e lançada a nível nacional em 2010. É entregue às mães durante ou em qualquer momento após a primeira consulta pré-natal. O desenvolvimento e fornecimento sustentável da Caderneta de SMI não são tarefas fáceis para países com recursos limitados, como o Quênia. Portanto, a apresentação da eficácia da Caderneta de SMI foi chave para justificar o orçamento contínuo para sua impressão e distribuição.

A Caderneta de SMI aumenta o conhecimento sobre saúde e muda o comportamento em relação à saúde?

Para responder a essa pergunta fundamental, dois estudos foram realizados. Um é o estudo que tentou estimar o aumento do conhecimento e as mudanças de comportamento em relação à saúde materno-infantil por meio da Caderneta de SMI no Quênia. O outro é um ensaio randomizado controlado (ERC) do cartão de imunização redesenhado e da educação em saúde baseada nas unidades sanitárias do Paquistão. Esses dois estudos não apenas respondem à pergunta acima mencionada, mas também fornecem aos formuladores de políticas informações e dicas práticas para a expansão da implementação da Caderneta de SMI.

No primeiro estudo, foi realizada uma pesquisa transversal com base na comunidade, usando um questionário estruturado na província de Nyanza, uma província rural do oeste do Quênia, em 2011. Um total de 2.560 mães com crianças de 12 à 24 meses foram alvos do estudo. Neste estudo, a posse de uma Caderneta de SMI foi categorizada em 'Possuir uma Caderneta de SMI' ou em 'Perdida ou nunca possuiu uma caderneta de SMI'. Apesar da pesquisa transversal, o método de correspondência de pontuação de propensão (PSM) permitiu estimar razoavelmente a eficácia da Caderneta de SMI. Após controlar e comparar os possíveis factores de confusão, como riqueza e níveis de educação pelo método de PSM, foi detectado um aumento significativo daqueles que possuem a Caderneta de SMI em comparação com aqueles que não a possuem, em termos de: (i) conhecimento em saúde; (ii) comportamento de busca de saúde quanto à febre infantil; (iii) comportamento de busca de saúde quanto à diarreia infantil, em 5.9%, 9.4% e 12.6%, respectivamente. No entanto, não houve diferença significativa quanto à conclusão do calendário vacinal entre os usuários e os não usuários da Caderneta de SMI. Verificou-se que a Caderneta de SMI pode incentivar as mães a procurar os serviços de saúde adequados, equipando-as com



Entrevistando com uma usuária da Caderneta de SMI em Nyanza, Quênia

conhecimentos essenciais de saúde. Ainda assim, este estudo não identificou a sua eficácia na taxa da vacinação. Uma vez que o estado de vacinação das crianças que não tinham a Caderneta de SMI foi reportado pelas mães/cuidadoras, é provável que a qualidade das informações seja questionável devido ao viés de recordação.

Além disso, é relativamente mais fácil para uma mãe fornecer informações precisas sobre conhecimento e comportamento em busca de saúde, porque o primeiro representa o estado actual e o segundo baseia-se em memórias relativamente recentes dos eventos do mês anterior.

O segundo estudo foi um ERC realizado no Paquistão, com o objectivo de estimar a eficácia do cartão de imunização assistida por gráficos (semelhante à Caderneta de SMI, excepto a parte da

saúde materna) e da educação em saúde baseada nas unidades sanitárias. Verificou-se que aqueles que receberam o cartão de imunização e educação em saúde tiveram probabilidade significativamente menor de abandonar o programa de imunização (DPT1-DPT3) do que os outros grupos. É provável que esses dois tipos de intervenções (ou seja, cartão com assistência gráfica e educação em saúde com base nas unidades sanitárias) tenham aumentado significativamente a taxa de conclusão do DPT3. Além disso, verificou-se que é provável que tenha sido criado um efeito sinérgico, ao usar o cartão de imunização de fácil utilização em eventos de educação em saúde com base nas unidades sanitárias.

Conclusão

É provável que a Caderneta de SMI seja uma ferramenta educacional apropriada para mães e cuidadores, por englobar ampla gama de informações essenciais (por exemplo, sinais de perigo durante a gravidez, doenças da infância e calendário de vacinação infantil). A Caderneta de SMI pode incentivar mães e cuidadoras a optarem por comportamentos de busca de saúde adequados, através do fornecimento de conhecimentos sobre saúde em relação à busca de saúde. Além disso, há maior facilidade de uso através de desenhos assistidos por gráficos, formato e leiaute que servem como elementos poderosos para aumentar o efeito da Caderneta de SMI. Para promover ainda mais a sua utilização, recomenda-se a realização de uma série de sessões de educação em saúde usando a Caderneta de SMI.

Yoshito Kawakatsu

Projeto JICA-MS para o fortalecimento dos pobres Serviços Comunitários de Saúde, Lagos



Mãe com a Caderneta de SMI em um espaço de espera da unidade sanitária

▼ Tabela 1. Efeito médio do tratamento sobre os tratados (ATT) das três variáveis dependentes no estudo PSM

Variáveis dependentes	Tendo	Não tendo	ATT (%) ^a	Erro padrão ^a
Maior conhecimento sobre saúde	1331	649	0.051*	0.023
Comportamento adequado na busca de saúde para febre infantil	1012	473	0.095***	0.024
Comportamento adequado na busca de saúde para diarreia infantil	566	264	0.119***	0.033
Vacinação completa	1319	585	0.030	0.020

^a Erro padrão de *bootstrap* do efeito do tratamento com 100 repetições

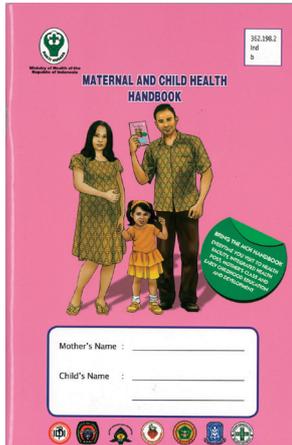
* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Leituras adicionais

1. Brown DW. Child immunization cards: Essential yet underutilized in national immunization programmes. *Open Vaccine* 2012; **5**(1): 1-7.
2. Kawakatsu Y, et al. Effectiveness of and factors related to possession of a mother and child health Handbook: an analysis using propensity score matching. *Health Educ Res* 2015; **30**(6): 935-46.
3. Usman HR, et al. Redesigned immunization card and center-based education to reduce childhood immunization dropouts in urban Pakistan: a randomized controlled trial. *Vaccine* 2009; **27**(3): 467-72.



INDONÉSIA: Funções e responsabilidades das partes interessadas na operação do Caderno de SMI a nível nacional para cuidados contínuos



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Indonésia, 2016

Antecedentes

O plano de desenvolvimento a médio prazo da Indonésia de 2015-2019 incorporou um plano estratégico para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde de qualidade das pessoas em todas as fases das suas vidas para alcançar os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Essa abordagem do curso de vida pode ser fortalecida através do uso de uma ferramenta de monitoria integrada, particularmente para os cuidados contínuos da saúde materna, neonatal e infantil (SMNI). Ao refocar em um cuidado contínuo no contexto dos ODS, a comunidade de saúde global passou a considerar o uso estratégico dos Cadernos de Saúde Materno-Infantil (SMI) mais a sério do que nunca. Esta edição do Resumo Técnico relata como a Indonésia, sendo o quarto país mais populoso do mundo, com 237.6 milhões de pessoas a viverem em mais de 17 mil ilhas de forma descentralizada, governadas por três níveis de autoridades; 34 províncias, 514 distritos/municípios e 6,944 sub-distritos, enfrenta os desafios em tornar o Caderno de SMI em um registo de SMNI conservado em casa.

Processo de expansão gradual em diversas áreas geográficas

Tendo como objectivo a expansão a nível nacional do Caderno de SMI, o Ministério da Saúde (MS) da Indonésia criou a primeira versão piloto do Caderno de SMI em um município com 150 mil habitantes na província Central de Java em 1994. Desde 1996, o Caderno de SMI tinha sido verificado em vários distritos de diferentes províncias (por exemplo, província da Sumatra Ocidental, Bengkulu, Celebes do Sul, Celebes do Norte e Java Oriental) para

analisar a sua viabilidade em diferentes contextos. Para ajustar o Caderno de SMI aos contextos locais, os governos provinciais/distritais foram autorizados a personalizar o Caderno de SMI, por exemplo aplicando conteúdos específicos dos locais e páginas de capa (Foto na parte traseira). A expansão local do Caderno de SMI levou um tempo considerável, por exemplo quase 10 anos na província Central de Java, composta por 35 distritos com 21 milhões de habitantes. Esse processo de expansão local demorado, mas cuidadoso, permitiu que o conteúdo e o desenho do Caderno de SMI fossem mais aceitáveis entre as populações locais e harmonizados nos sistemas de saúde locais, respectivamente.

Expansão a nível nacional do Caderno de SMI

Enquanto o processo de expansão cuidadosa e gradual garantia a aceitabilidade do Caderno de SMI pelas comunidades locais e profissionais de saúde, um decreto ministerial foi chave para que todas as províncias/distritos começassem a implementar o Caderno de SMI, em estreita colaboração com vários parceiros, incluindo agências da ONU. Em 2004, foi lançado o Decreto Ministerial nº 284: "O Caderno de SMI é a única ferramenta de registo dos serviços de SMI que pertença a gestante e se aplicaria até que seu filho complete cinco anos de idade". O Decreto ainda especifica as funções e as responsabilidades de cada parte interessada: (i) os profissionais de saúde registam os dados no Caderno de SMI durante a prestação dos serviços de saúde, (ii) os governos central e local produzem e distribuem o Caderno de SMI em colaboração com parceiros de desenvolvimento e ONGs e (iii) mães e outros cuidadores cuidam dos Caderno de SMI. Diretrizes técnicas, orientação e instruções de monitoria foram desenvolvidas em conformidade com o Decreto Ministerial. O novo Decreto Ministerial nº 828, emitido em 2008, exige claramente que as administrações distritais de saúde operem o Caderno de SMI como um componente essencial de um pacote mínimo dos serviços de saúde, tendo em vista a descentralização da prestação dos serviços de saúde.

Abordagens aos sectores privados

A Inquérito Demográfico e de Saúde da Indonésia de 2012 reportou que 46% dos partos ocorreram nas

Logotipo	Organização profissional
	IDI : A Associação Médica da Indonésia
	POGI : Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Indonésia
	IDAI : Associação Pediátrica da Indonésia
	IBI : A Associação de Parteiras da Indonésia
	PPNI : Associação Nacional de Enfermeiras da Indonésia
	PERSAGI : A Associação de Nutricionistas da Indonésia
	PERSI : Associação de Hospitais da Indonésia

▲ Figura 1. Organizações dos profissionais de saúde que participam da operação do Caderno de SMI



Várias páginas de capa dos Caderno de SMI projectados localmente por províncias e distritos

unidades sanitárias privadas. Assim, os profissionais de saúde do sector privado desempenham um papel importante na prestação dos serviços de SMNI. Para obter maior envolvimento e participação dos profissionais de saúde do sector privado, o MS emitiu o Decreto Ministerial nº 666 em 2007 sobre o funcionamento do Caderno de SMI em unidades sanitárias do nível primário e, ainda, o Decreto Ministerial nº 938 em 2007 sobre o uso do Caderno de SMI em serviços básicos de obstetrícia. Ademais, o MS estreitou a sua ligação com as associações de profissionais de saúde (tais como; associações de obstetras e ginecologistas, pediatras, parteiras, enfermeiras e nutricionistas) e associações de hospitais para que suas acções (por exemplo, circulares) possam facilitar com que os seus membros que actuam nos sectores público e privado usem o Caderno de SMI durante suas práticas clínicas. Além disso, a Associação da Indonésia de Obstetrícia incluiu o uso do Caderno de SMI como parte do procedimento padrão de atendimento clínico para os membros que trabalham nos sectores público e privado. As organizações profissionais apresentaram o seu compromisso com o funcionamento do Caderno de SMI, ilustrando os seus logotipos na capa do Caderno de SMI (Figura 1). A Figura 2 apresenta até que ponto o sector privado cumpre as séries dos Decretos Ministeriais, em termos de distribuição do

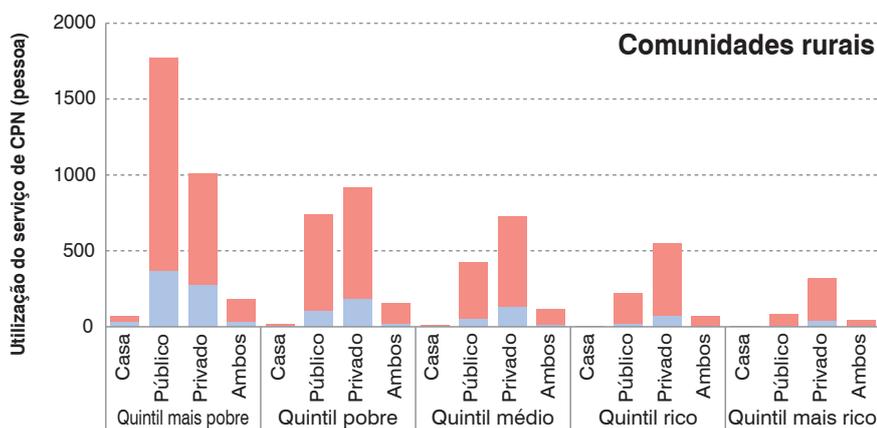
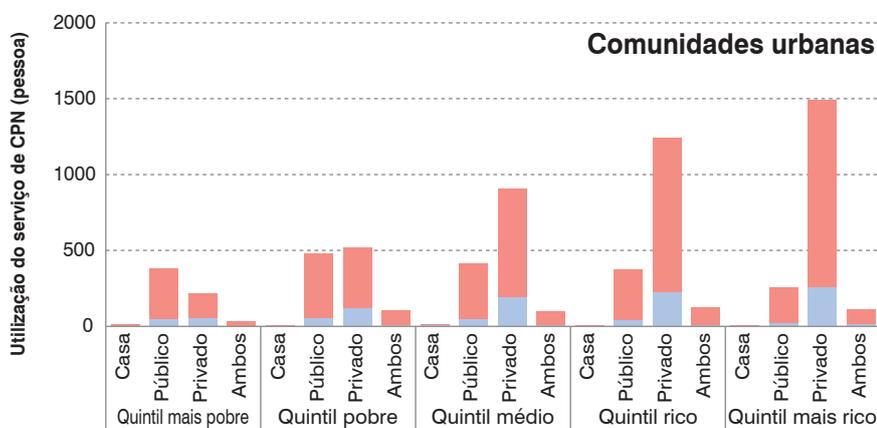
Caderno de SMI aos usuários do serviço de consulta pré-natal (CPN). Tanto em áreas rurais como em urbanas, as gestantes recebem o Caderno de SMI nas unidades sanitárias públicas durante a consulta de pré-natal. Alias, aquelas que não têm acesso as unidades sanitárias públicas recebem o Caderno de SMI durante as consultas de pré-natal nas clínicas privadas, embora ainda existam algumas que não receberam. Isso implica que o compromisso do sector privado torna possível que o Caderno de SMI seja utilizada tanto em unidades sanitárias públicas quanto privadas.

Conclusão

Os usuários finais do Caderno de SMI tendem a escolher estrategicamente as unidades sanitárias e, muitas vezes, podem locomover-se durante o período de SMNI por razões socioeconômicas (por exemplo, CPN nos locais próximos de trabalho em áreas urbanas; e parto na cidade natal em áreas rurais). Portanto, o Caderno de SMI ajuda a garantir um cuidado contínuo, independentemente de onde estejam, mantendo os dados relacionados à saúde materno-infantil actualizados e disponíveis. Ademais, como os serviços essenciais de SMNI são fornecidos nos sectores público e privado na Indonésia, o funcionamento do Caderno de SMI ajuda os usuários dos serviços de saúde de ambos os sectores a actualizar perfeitamente os dados essenciais relacionados à saúde. Para implementar o Caderno de SMI como uma ferramenta de cuidado contínuo de SMNI, várias abordagens podem ser adotadas. Colaboração não apenas com os parceiros de desenvolvimento (por exemplo, agências da ONU e bilaterais), mas também com os parceiros nacionais (por exemplo, associações de profissionais de saúde) é essencial para permitir que o Caderno de SMI seja usado nos sectores público e privado. A emissão dos documentos de políticas, como decretos ministeriais seguidos de diretrizes técnicas, facilitará e incentivará efectivamente a colaboração multissetorial para uma maior cobertura do Caderno de SMI.

Anung Sugihantono¹, Keiko Osaki²
¹ Ministério da Saúde, Jakarta

² Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio



■ Caderno de SMI recebido ■ Caderno de SMI não recebido

Fonte : Inquérito Demográfico e de Saúde da Indonésia 2012

Casa : consulta pré-natal (CPN) recebido em casa; Público: CPN recebido somente em unidades sanitárias públicas; Privado: CPN recebido somente em unidades sanitárias privadas; Ambos: CPN recebido em ambas unidades sanitárias públicas e privadas

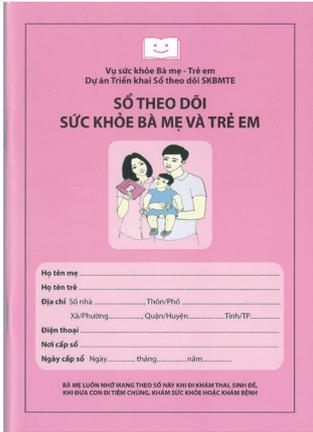
▲ Figura 2. Pontos de recepção do Caderno de SMI por quintis econômicos

Leituras adicionais

1. Statistics Indonesia (BPS), et al. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakarta: BPS, BKKBN, MOH, and ICF International, 2013.
2. Schröders J, et al. Millennium Development Goal Four and Child Health Inequities in Indonesia: A Systematic Review of the Literature. *Plos One* 2015; **10**(5): e0123629.
3. Detrick Z, et al. Measuring Quality of Maternal and Newborn Care in Developing Countries Using Demographic and Health Surveys. *Plos One* 2016; **11**(6): e0157110.



VIETNAME: Mudanças de comportamento no cuidado pré-natal através do Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Vietnam, 2014

Porquê o Caderno de Saúde Materno-Infantil no Vietnam?

Durante o período dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), o Vietnam alcançou com êxito a redução da taxa de mortalidade materna em 78%, de 233 em 1990 para 49 por 100,000 nascidos vivos em 2013, e da taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade em 53%, de 51 em 1990 para 24 por 1,000 nascidos vivos em 2013. No entanto, essas reduções foram alcançadas de maneira menos igual no país. A taxa de mortalidade de menores de cinco anos de idade da região Terras Altas do Centro (39.8) é 2.9 vezes e 1.7 vezes maior que da região sudeste (13.5) e da média nacional (24), respectivamente. Da mesma forma, a taxa de mortalidade materna da Região Noroeste (169) é 2.5 vezes maior que a da média nacional (67). As disparidades das taxas de mortalidade são atribuídas as consultas pré-natais inadequadas e práticas de cuidados infantis mais pobres nas províncias onde os serviços de SMI são menos acessíveis.

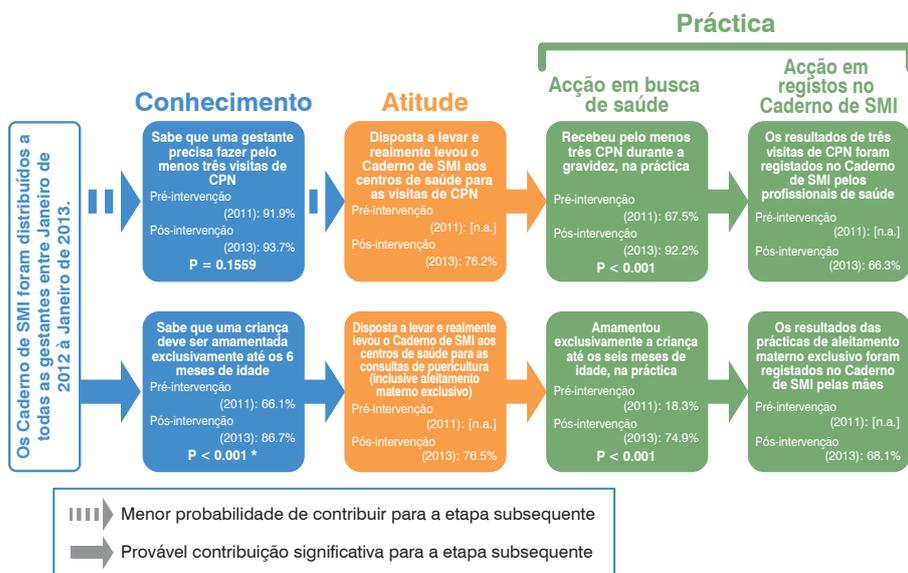
Para enfrentar esses desafios, o Ministério da Saúde (MS) do Vietnam e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) testaram em conjunto

o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) para sua possível propagação no âmbito nacional, em quatro províncias com perfis diversos (Dien Bien, Hoa Binh, Thanh Hoa e An Giang) de 2011 à 2014. Esta edição do Resumo Técnico relata o impacto do Caderno de SMI nas mudanças de comportamento das mães quanto às consultas de pré-natal e ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

Comparação entre as pesquisas de linha de base e da final

As mudanças de comportamento das mães foram estimadas pela comparação entre as pesquisas de linha de base e da final. Ambos os dados da linha de base ($n_1 = 800$) e da final ($n_2 = 810$) foram colhidas respectivamente em 2011 e 2013, para garantir a representatividade provincial. As perguntas sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) relacionadas às consultas de pré-natal e práticas de aleitamento materno exclusivo foram feitas às mães através das entrevistas estruturadas. Além disso, os Cadernos de SMI que foram distribuídos às mães foram revisados. A Tabela 1 apresenta as características das mães entrevistadas nas pesquisas de linha de base e da final. Observe que os dados da linha de base e da final foram colhidos em duas pesquisas transversais independentes como dados não longitudinais. Em geral, os status socioeconômico e sociodemográfico das mães entrevistadas foram homogêneos entre a linha de base e da final.

A Figura 1 apresenta o hipotético processo CAP de consultas de pré-natal e práticas de aleitamento materno exclusivo. Antes da intervenção do Caderno de SMI, 91.9% das gestantes nas quatro províncias já tinham conhecimento sobre a necessidade de três consultas pré-natais. Houve apenas um ligeiro aumento na proporção de gestantes com conhecimento após a intervenção (93.7%, $P=0.1559$). Assim, os profissionais de saúde das unidades sanitárias devem ter habilidade suficiente para aconselhar as gestantes a fazerem pelo menos três consultas pré-natais em suas visitas iniciais, mesmo antes da intervenção do Caderno



▲ Figura 1. Processo hipotético CAP de consultas pré-natais e aleitamento materno exclusivo



Entrevista com uma mãe na vila da província de Dien Bien

de SMI. Portanto, é provável que a contribuição da intervenção do Caderno de SMI para o aumento do conhecimento das necessidades de consultas pré-natais tenha sido limitada. Por outro lado, a proporção de gestantes que receberam três ou mais consultas pré-natais aumentou significativamente de 67.5% (pré-intervenção) para 92.2% (pós-intervenção) ($P < 0.001$). Isso implica que o Caderno de SMI provavelmente lembrou e incentivou efectivamente as gestantes a garantir três ou mais consultas de pré-natal durante a gravidez, tornando sua atitude de busca de cuidados pré-natais mais proativa. No entanto, o registo dos resultados das consultas pré-natais no Caderno de SMI permaneceu limitado (66.3%).

A proporção de mães que conhecem correctamente sobre o aleitamento materno exclusivo necessário nos primeiros seis meses após o nascimento aumentou significativamente de 66.1% antes da intervenção para 86.7% após a intervenção ($P < 0.001$). É provável que este aumento seja atribuível à intervenção do Caderno de SMI. Setenta e seis por cento das gestantes estavam dispostas a levar e, de facto, levaram o Caderno de SMI às unidades de saúde ao utilizar os serviços da consulta de puericultura (incluindo consulta e orientação sobre o aleitamento materno exclusivo). É provável que essas mudanças no conhecimento e na atitude tenham contribuído para o aumento significativo da proporção de mães que amamentaram exclusivamente seus filhos até os seis meses de idade, de 18.3% antes

da intervenção para 74.9% após a intervenção ($P < 0.001$). No entanto, observou-se que apenas 68.1% dos Caderno de SMI tinham pelo menos um quadrado marcado pelas mães representando o aleitamento materno exclusivo.

Conclusão

Os resultados da comparação entre os dados da pesquisa de linha de base e da final sugerem que o Caderno de SMI contribuiu para o aumento das práticas das gestantes em três ou mais consultas de pré-natal e do conhecimento e da prática do aleitamento materno exclusivo. Embora exista espaço para melhorias do nível de registo de dados, este estudo comparativo confirmou que o Caderno de SMI desempenha um papel catalítico na garantia dos cuidados contínuos maternos, neonatais e infantis.

Hirotsugu Aiga

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

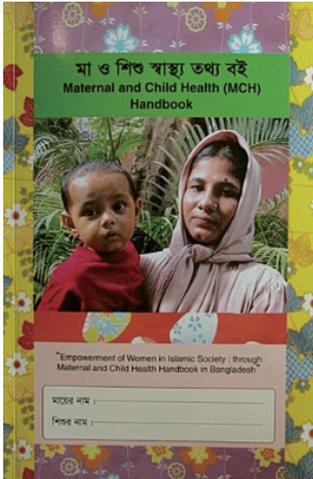
1. Aiga H, et al. Knowledge, attitude and practices: assessing maternal and child health care handbook intervention in Vietnam. *BMC Public Health* 2016, **16**: 129.
2. VietHealth. *End-line survey for assessing the intervention of Project for Implementing Maternal and Child Health Handbook for Scaling-Up Nationwide*. Hanoi: JICA; 2013.

▼ Tabela 1. Características das gestantes/mães pré-intervenção e mães pós-intervenção

	Pré-intervenção em 2011		Pós-intervenção em 2013				
	Gestantes (N=800)	Mães com filhos < 3 anos de idade (N=800)	Dien Bien (n=200)	Hoa Binh (n=200)	Thanh Hoa (n=210)	An Giang (n=200)	Total (n=810)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Idade							
15-34 anos de idade	735 (92%)	628 (78%)	185 (93%)	190 (95%)	177 (84%)	178 (89%)	730 (90%)
> 34 anos de idade	65 (8%)	172 (22%)	15 (8%)	10 (5%)	33 (16%)	22 (11%)	80 (10%)
Etnia							
Kinh	475 (59%)	500 (63%)	61 (31%)	39 (20%)	201 (96%)	200 (100%)	501 (62%)
Minoria étnica	325 (41%)	300 (37%)	139 (70%)	161 (81%)	9 (4%)	0 (0%)	309 (38%)
Habilidade de falar vietnamita							
Fluente	760 (95%)	765 (96%)	190 (95%)	198 (99%)	210 (100%)	200 (100%)	798 (99%)
Não fluente/não sabe falar	40 (5%)	35 (4%)	10 (5%)	2 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (1%)
Educação							
Sem grau de escolaridade	59 (7%)	25 (3%)	14 (7%)	1 (1%)	0 (0%)	4 (2%)	19 (2%)
Ensino primário	144 (18%)	134 (17%)	32 (16%)	12 (6%)	3 (1%)	42 (21%)	89 (11%)
Ensino secundário	322 (40%)	297 (37%)	58 (29%)	65 (33%)	57 (27%)	80 (40%)	260 (32%)
Ensino médio	174 (22%)	254 (32%)	65 (33%)	91 (46%)	84 (40%)	52 (26%)	292 (36%)
Ensino superior ou profissional	101 (13%)	90 (11%)	31 (16%)	31 (16%)	65 (31%)	22 (11%)	149 (18%)
Status económico							
Não é pobre	619 (77%)	684 (86%)	170 (85%)	71 (71%)	89 (89%)	183 (92%)	513 (86%)
Pobre/quase pobre	181 (23%)	116 (14%)	30 (15%)	29 (29%)	11 (11%)	17 (9%)	87 (15%)



BANGLADESH: Teste piloto do Caderno de SMI para aumentar o conhecimento das mulheres sobre saúde materna e infantil



Caderno de Saúde Materno-Infantil (versão piloto), Bangladesh, 2007

Antecedentes

No Bangladesh, o governo em parceria com as ONGs tem feito esforços consideráveis para fornecer serviços de saúde e planejamento familiar, o que resultou no progresso de vários indicadores. No entanto, a taxa de mortalidade materna (TMM) ainda era considerada excessivamente alta, com aproximadamente 20 mil mães do Bangladesh morrendo a cada ano devido à causas relacionadas à gravidez e ao parto, a partir de 2001.

Os registros conservados em casa existentes na época, como cartões de tratamento, cartões de vacinação (para crianças e mães), cartões pré-natais e pós-parto, e gráfico de monitoramento de crescimento geraram menos impacto na redução da TMM. Devido às prováveis limitações desses registros conservados em casa fragmentados e baseados em programas. O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI), um registro conservado em casa integrado, foi testado e o seu impacto foi avaliado. O Caderno de SMI foi projectado para ser uma ferramenta de comunicação bidirecional entre profissionais de saúde, mães e suas famílias para: (i) aumentar o conhecimento das mães e de seus familiares sobre cuidados de saúde materno-infantil; (ii) envolver os membros da família no acompanhamento dos registros de saúde, planejamento do parto, complicações na gravidez e no parto; e (iii) prevenir doenças infantis.

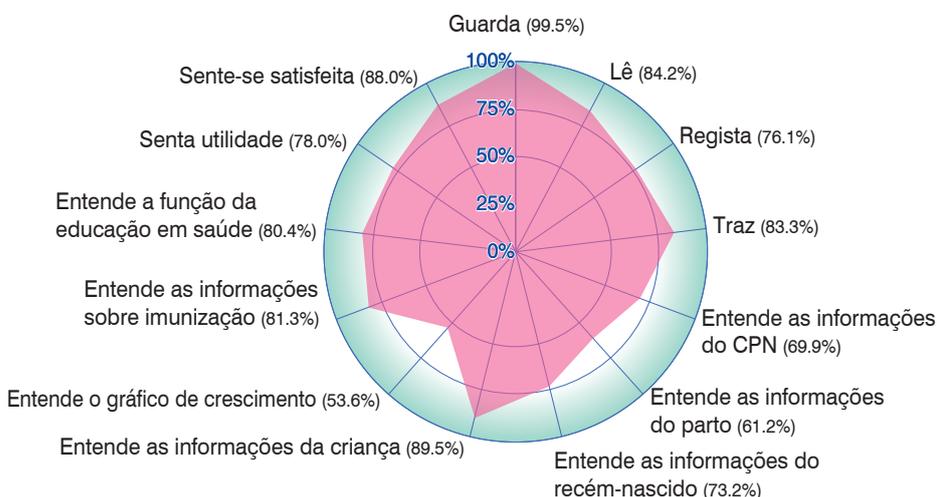
Testando o Caderno de SMI no Bangladesh

Tendo sido inspirado por um estudo conjunto colaborativo EUA-Japão e implementação bem-sucedida dos Cadernos de SMI em vários países em desenvolvimento (por exemplo, Indonésia e Tailândia), uma intervenção piloto do Caderno de SMI foi realizada durante o período de 2002 a 2003 no Bangladesh. O Caderno de SMI foi desenvolvido por meio de uma série de etapas importantes para promover o envolvimento de diferentes partes interessadas (por exemplo, médicos, parteiras, visitantes do bem-estar da família, enfermeiras, decisores de políticas governamentais, representantes de agências de desenvolvimento, ONGs e pesquisadores). O processo começou pela organização de várias sessões de discussão para determinar a estrutura e o conteúdo do Caderno de SMI.

As contribuições e os feedbacks de cada sessão de discussão ajudaram a desenvolver o primeiro esboço do Caderno de SMI. Ao analisar melhor o conteúdo do primeiro esboço e consultar as partes interessadas, o segundo esboço foi desenvolvido. O segundo esboço foi discutido no seminário da divisão de colaboração internacional realizado na Universidade de Osaka, no Japão, antes da publicação da versão final do Caderno de SMI. No processo de análise do conteúdo do Caderno de SMI por meio de uma série dessas etapas, as principais partes interessadas foram envolvidas adequadamente. O envolvimento das partes interessadas, como gestantes, mães, visitantes do bem-estar da família e especialistas técnicos expatriados, foram cruciais para aprofundar o entendimento sobre a necessidade de um registro conservado em casa para gestantes e informações vitais de saúde das crianças.

Vantagens comparativas do Caderno de SMI

Uma pesquisa operacional foi realizada para estimar o impacto da intervenção piloto do Caderno de SMI no conhecimento das gestantes e mães sobre a saúde materna e infantil nas comunidades rurais do distrito de Gazipur em



▲ Figura 1. Resultado da avaliação da utilização do Caderno de SMI

2007-2009. Um total de 200 gestantes e mães participaram do estudo. O estudo constatou que o Caderno de SMI foi bem-sucedido ao facilitar a comunicação bidirecional entre profissionais de saúde, gestantes, mães e seus familiares. Com o tempo, o Caderno de SMI contribuiu para munir as gestantes e mães com o conhecimento adequado sobre consultas pré-natais (70%), parto (61%), atenção ao recém-nascido (73%), puericultura (90%), gráfico de monitoramento de crescimento (54%) e imunização infantil (81%).

Embora a taxa de alfabetização de adultos anunciada oficialmente permanecesse baixa (por exemplo, 48% em 2001), 84% das mães nas comunidades rurais responderam que eram capazes de ler e compreender o conteúdo do Caderno de SMI. Isso pode ter sido atribuído: (i) ao aumento bem-sucedido da taxa de alfabetização entre jovens em idade reprodutiva devido à iniciativa do governo para a educação de meninas e (ii) mensagens melhores elaboradas e mais aceitáveis no Caderno de SMI. Setenta e seis por cento das gestantes e mães foram suficientemente capazes de registrar seus resultados de observação e pontos de vista no Caderno de SMI, sozinhas ou com ajuda de membros da família. Além disso, 83% delas levaram o Caderno de SMI para as unidades sanitárias, quando participaram das consultas periódicas e de saúde para os seus filhos. Oitenta e oito por cento delas concordaram que o Caderno de SMI serviu como uma ferramenta amigável de auto-monitoria para a saúde materna e infantil. O Caderno de SMI também funcionou como um meio para compartilhar (61%) informações gerais sobre cuidados de saúde para as mães e filhos com seus familiares. Ademais, 80% delas reconheceram que o Caderno de SMI funcionava como um material educacional útil que poderia empoderar as mães a tomarem as ações necessárias para a saúde materna e infantil.

Satisfação para o Caderno de SMI

Uma gestante afirmou que “Com os cartões existentes, não somos capazes de saber qualquer informação de saúde, mas se um novo caderno puder nos fornecer algumas informações básicas de saúde, seria melhor para o nosso cuidado com a gravidez”.

Conclusão

De acordo com os resultados das intervenções piloto e a pesquisa de acompanhamento, é evidente que a implementação do Caderno de SMI é tecnicamente sólida e operacionalmente viável para melhoria da saúde e do bem-estar das mães e crianças na zona rural do Bangladesh. Além de que, o Caderno de SMI tem vantagem comparativa em relação aos registos conservados em casa actualmente existentes para a saúde materna e infantil, no sentido de garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde materna e infantil. Ao comparar os custos de impressão entre o Caderno de SMI e os outros registos conservados em casa, o Caderno de SMI foi mais económico. Observe que o custo de impressão do Caderno de SMI (US \$ 0.30 por cópia) é inferior ao custo total de impressão (US \$ 0.50) de todos os quatro cartões conservados em casa (por exemplo, cartão de tratamento, cartões de vacinação, cartão de pré-natal e gráfico de monitoramento de crescimento). O Caderno de SMI pode desempenhar um papel vital na promoção, garantindo melhor saúde e cuidado contínuo durante a gravidez e período puerperal em ambientes em desenvolvimento ou com recursos limitados.

Shafi U. Bhuiyan¹, Yasuhide Nakamura²

¹ Universidade de Toronto, Toronto

² Universidade de Osaka, Osaka



▲ Figura 2. Diagrama de plano de parto no Caderno de SMI

Leituras adicionais

1. Bhuiyan S, et al. Study on the Development and Assessment of Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Bangladesh. *J Public Health Develop* 2006; **4**:45-60.
2. Bhuiyan S. Development, Field Testing and Potential Benefits of a Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Bangladesh. *J Int Health* 2009; **24**: 73-6.
3. Bhuiyan S. A Handbook: The Global Impact of Maternal and Child Health. *UN Special Magazine* 2015; **749**: 14-5.



MONGÓLIA: Prevenção do atraso no desenvolvimento cognitivo através do Caderno de SMI

É necessário uma nova estratégia para apoiar o desenvolvimento da criança da primeira infância

A base da saúde e do bem-estar na idade adulta é construída na primeira infância durante os cinco primeiros anos de vida, particularmente desde a concepção até os primeiros 1000 dias. As crianças da primeira infância com mais oportunidades de aprendizagem precoce têm mais chances de prosperar. No entanto, o ambiente de aprendizagem nem sempre é adequado para todas as crianças do mundo. Nos países em desenvolvimento, mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos de idade não conseguem atingir seu potencial de desenvolvimento. Embora as medidas adequadas a serem tomadas para o desenvolvimento da primeira infância sejam bem reportadas, é necessário um pacote de intervenções de apoio multifacetadas, incluindo cuidados com a família, sistema de saúde e educação. Portanto, deve ser considerada a introdução de uma ferramenta universal, fácil de usar e econômica para o desenvolvimento da primeira infância.

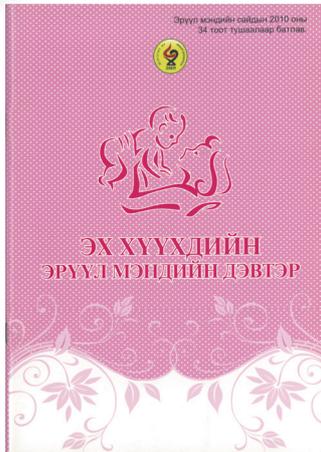
O acompanhamento de três anos de um ensaio clínico demonstra um resultado significativo

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) pode ser uma das ferramentas fáceis de usar e economicamente eficaz para ajudar no desenvolvimento da primeira infância. O

Caderno de SMI serve como referência para as dimensões físicas, psicológicas e sociais da saúde de uma criança. Ele funciona como uma ferramenta de monitoria do crescimento e desenvolvimento das crianças. Além disso, serve como uma ferramenta que facilita a comunicação eficaz entre famílias e profissionais de saúde.

O nosso acompanhamento de três anos de um ensaio randomizado controlado em cluster realizado em Mongólia examinou a eficácia do Caderno de SMI no desenvolvimento infantil. No estudo, as gestantes do grupo de intervenção receberam o Caderno de SMI na primeira consulta pré-natal, enquanto as gestantes do grupo de controle não receberam. Três anos depois, o risco de atrasos no desenvolvimento em crianças de ambos os grupos foi avaliado usando a Escala Rápida de Bebê da Mongólia (MORBAS), uma ferramenta de triagem de desenvolvimento infantil validada composta por sete domínios de desenvolvimento: (i) habilidades motoras finas; (ii) habilidades motoras grossas; (iii) linguagem expressiva; (iv) linguagem receptiva; (v) cognição; (vi) comportamento socioemocional; e (vii) comportamento adaptativo.

A Tabela 1 apresenta os resultados de análises univariadas dos riscos de atraso nos respectivos domínios de desenvolvimento. Verificou-se que o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo foi significativamente menor no grupo de intervenção. Portanto, análises multivariáveis



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Mongólia, 2010

▼ Tabela 1. Risco de atraso no desenvolvimento infantil por grupos de intervenção usando MORBAS

Desenvolvimento infantil baseado em MORBAS ¹		Intervenção (n ₁ =211)		Controle (n ₂ =171)		Valor P da análise EEG ²
		Número de casos	%	Número de casos	%	
Atraso no desenvolvimento motor grosso (n ₁ =211, n ₂ =171)	Sim	0	0	2	1,2	0,115
	Não	211	100	169	98,8	
Atraso no desenvolvimento motor fino (n ₁ =211, n ₂ =171)	Sim	33	15,6	27	15,8	0,837
	Não	178	84,4	144	84,2	
Atraso no desenvolvimento cognitivo (n ₁ =211, n ₂ =171)	Sim	14	6,6	23	13,4	0,049*
	Não	197	93,4	148	86,5	
Comportamento adaptativo (n ₁ =211, n ₂ =170)	Sim	1	0,5	2	1,2	0,429
	Não	210	99,5	168	98,8	
Atraso socioemocional (n ₁ =211, n ₂ =170)	Sim	3	1,4	1	0,6	0,560
	Não	208	98,6	169	99,4	
Atraso na comunicação expressiva (n ₁ =211, n ₂ =171)	Sim	7	3,3	7	4,1	0,642
	Não	204	96,7	164	95,9	
Atraso na comunicação receptiva (n ₁ =211, n ₂ =171)	Sim	8	3,8	11	6,4	0,183
	Não	203	96,2	160	93,6	

¹ MORBAS: Escala Rápida de Bebê da Mongólia

² EEG: Análise das equações de estimativas generalizadas

* p < 0,05



Três anos de idade no campo de estudo

foram realizadas para examiná-lo controlando os factores de confusão e para identificar mais profundamente os possíveis potenciais factores de riscos para o atraso no desenvolvimento cognitivo (Tabela 2).

Como resultado, a intervenção do Caderno de SMI mostrou um efeito protector com uma razão de possibilidade (odds ratio, OR) ajustada de 0.32 (IC 95%: 0.14–0.73) no atraso do desenvolvimento cognitivo em crianças. Idade materna com OR ajustada de 1.07 (IC 95%: 1.01–1.14), apresentando sintomas de depressão materna com OR ajustada de 3.19 (IC 95%: 1.35–7.50) e complicação na gravidez com OR ajustada de 4.02 (IC 95%: 1.42–11.41), produziram associações significativas com o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo.

Uma análise adicional foi realizada para examinar possíveis diferenças no uso do Caderno de SMI entre as mães que possuem filhos em risco de atraso no desenvolvimento cognitivo e aquelas cujos filhos não possuem esse risco. Nos Cadernos de SMI das crianças sem risco de atraso no desenvolvimento cognitivo, tanto os dados dos resultados das consultas periódicas de saúde infantil ($P = 0.03$) quanto as curvas no gráfico de crescimento ($P < 0.001$) foram registados e desenhados com mais frequência. Além disso, as mães que leram os resultados dos exames pré-natais ($P = 0.02$), os registos do parto ($P = 0.04$), e os marcos do desenvolvimento infantil ($P = 0.03$), apresentaram menos filhos com risco de atraso no desenvolvimento cognitivo.

O Caderno de SMI como ferramenta economicamente eficaz para o desenvolvimento infantil

Os resultados do nosso estudo sugerem que o uso activo do Caderno de SMI durante os três primeiros anos a partir da primeira CPN, garantindo que os resultados das

consultas infantis periódicas e as curvas de crescimento sejam registados. Particularmente, as práticas das mães de ler os registos das consultas pré-natais, parto e os marcos do desenvolvimento, provavelmente contribuem para reduzir o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo da criança.

Nos dados da linha de base das crianças com um mês de idade, verificou-se que a distribuição do Caderno de SMI estava associada ao aumento do número de consultas pré-natais. Assim, a distribuição do Caderno de SMI para gestantes provavelmente produzirá vários impactos positivos, não apenas aumentando o número de consultas pré-natais, mas também impedindo que as crianças tenham riscos de atrasos no desenvolvimento cognitivo. Especificamente, no nosso estudo, o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo foi menor entre as crianças cujas mães usaram o Caderno de SMI.

Uma das principais conclusões do estudo foi que aquelas que usam activamente o Caderno de SMI tendem a ser mais atentas e comprometidas com a prática de cuidados para o desenvolvimento infantil e a comunicação com os seus filhos. Dessa forma, pode acarretar melhores consequências no desenvolvimento cognitivo das crianças.

Conclusão

É provável que o Caderno de SMI promova um processo de desenvolvimento infantil adequado, como uma ferramenta económica e distribuída universalmente. Além disso, as políticas que optimizam o uso do Caderno de SMI pelas mães e familiares são necessárias para um melhor cuidado com os seus filhos. O uso activo do Caderno de SMI deve ser promovido para garantir gerações futuras mais saudáveis.

Amarjargal Dagvadorj

Centro Nacional de Saúde e Desenvolvimento Infantil, Tóquio

▼ Tabela 2. Factores potenciais de risco no atraso do desenvolvimento cognitivo

Preditores	OR ajustada	IC 95%	Valor P
Caderno de SMI (intervenção)	0.32	0.14 – 0.73	0.007**
Idade materna	1.07	1.01 – 1.14	0.031*
Educação materna	0.87	0.34 – 2.24	0.783
Estado civil	1.36	0.31 – 5.95	0.680
Índice de riqueza	0.72	0.47 – 1.09	0.126
Primigrávida	1.50	0.65 – 3.42	0.333
Número de visita pré-natal	0.86	0.74 – 1.01	0.074
Aborto espontâneo	1.87	0.37 – 9.44	0.448
Tabagismo indireto durante a gravidez	0.90	0.39 – 2.05	0.799
Beber durante a gravidez	0.79	0.47 – 1.35	0.400
Sintomas de depressão materna (QSG)	3.19	1.35 – 7.50	0.008**
Complicação na gravidez	4.02	1.42 – 11.41	0.009**
Semana gestacional	0.96	0.58 – 1.59	0.874
Peso ao nascer	1.03	0.91 – 1.16	0.638
Escala de Apgar	1.08	0.62 – 1.88	0.765
Início do aleitamento materno	0.50	0.16 – 1.56	0.236
Engatinhar	1.17	0.57 – 2.41	0.664

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Leituras adicionais

- Dagvadorj A, et al. Cluster randomised controlled trial showed that maternal and child health handbook was effective for child cognitive development in Mongolia. *Acta Paediatrica* 2017; **106**(8): 1360-1.
- Dagvadorj A, Takehara K, Bavuusuren B, Morisaki N, Gochoo S, Mori R. The quick and easy Mongolian Rapid Baby Scale shows good concurrent validity and sensitivity. *Acta Paediatrica* 2015; **104**(3): e94-e9.
- Mori R, Noma H, et al. The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: A Cluster-Randomized, Controlled Trial. *Plos One* 2015; **10**(4): e0119772.



JAPÃO: A possibilidade do Caderno de SMI como um recurso de pesquisa

Caderno de Saúde Materno-Infantil como uma ferramenta tradicional no Japão

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) tem sido implementado no Japão há mais de 70 anos. O Caderno de SMI é uma ferramenta de registo de dados relacionados à SMI, desde o pré-natal até o parto, pós-parto, vacinação infantil e monitoria do crescimento infantil.

As informações contidas no Caderno de SMI funcionam como uma interface trilateral para colaboração entre pais, profissionais de saúde e governos locais. Além disso, como a maioria dos pais preservam o Caderno de SMI, mesmo depois que os seus filhos se tornam adolescentes e adultos, ele pode servir como uma fonte de dados valiosa para pesquisas em saúde.

Uso do Caderno de SMI para pesquisas

Revisamos sistematicamente estudos anteriores que empregaram os Cadernos de SMI como fonte de dados. Esses estudos publicados de Janeiro de 1980 a Maio de 2017 foram pesquisados nas principais bases de dados de pesquisa eletrônica, como PubMed, Google Scholar, Ichu-Shi (um site de revista médica japonês) e Google, inserindo o termo "Caderno de Saúde Materno-Infantil". Como resultado, um total de 37 estudos foram identificados e obtidos: quatro artigos de revisão, 22 artigos originais, quatro relatórios resumidos, duas cartas, uma nota de pesquisa e quatro anais. Destes, 17 (45.9%) utilizaram os Cadernos de SMI como fonte de dados. Os campos de pesquisa seguidos beneficiaram-se do acesso aos dados relacionados à SMI disponíveis no Caderno de SMI, particularmente ao realizar pesquisas domiciliares, pois são mantidas em casa (Tabela 1). O número de estudos cujos dados foram derivados do Caderno de SMI tem aumentado desde 2005, enquanto houve apenas um único estudo cujos dados foram derivados do Caderno de SMI antes de 2005. Isso pode implicar que os pesquisadores tenham prestado cada vez mais atenção ao Caderno de SMI como fonte confiável de dados pessoais de saúde.

Uso dos dados do Caderno de SMI em nosso estudo

Também obtivemos os dados sobre os históricos de imunização infantil individuais dos seus Cadernos de SMI e os analisamos em nosso estudo sobre imunização. O Caderno de SMI ajuda os pais a encontrarem os históricos de imunização dos seus filhos sem ter que confiar apenas em sua memória. O viés de lembrança dos pais em responder as perguntas em um questionário pode distorcer os resultados. Portanto, usamos o Caderno de

SMI como fonte confiável de dados relacionados à imunização. A equipa do estudo orientou os estudantes universitários entrevistados sobre a forma de encontrar os dados relacionados à imunização, indicando as páginas específicas do Caderno de SMI onde esses dados deveriam ser registados. Como resultado, dos 860 entrevistados, 714 (83.0%) anexaram as fotocópias dos seus Cadernos de SMI ao questionário autoaplicável no estudo (Tabela 2). Isso implica que os pais dos alunos preservam os Cadernos de SMI dos seus filhos por um número maior de anos do que o necessário e o esperado. É provável que os pais que preservam o Caderno de SMI estejam mais conscientes com a saúde ou reconheçam o valor do caderno como um histórico do crescimento dos seus filhos. Deste modo, pode haver possíveis riscos de amostras com viés nos estudos cujos dados são derivados dos Cadernos de SMI.

Em direção às fontes de dados integradas para todo o ciclo da vida

O Caderno de SMI é uma ferramenta simbólica do sistema de saúde mais robusto e resiliente do mundo no Japão, que abrange a qualidade dos dados relacionados à SMI. Assim, é altamente recomendável que os Cadernos de SMI sejam aproveitados como fonte de uma série de dados relacionados a SMI para pesquisas no Japão.

Outros projectos de pesquisa que visam identificar a contribuição da saúde infantil para a saúde do adulto estão em curso, combinando os dados entre os Cadernos de SMI e os resultados de exames de saúde no local de trabalho. Observe que uma cobertura maior não apenas do Caderno de SMI, mas também dos exames regulares de saúde dos estudantes e trabalhadores, mantém a reputação do sistema de saúde do Japão em alto nível. Há espaço para aumentar as faixas etárias dos grupos alvo do Caderno de SMI do Japão, já que o actual é voltado para aquelas crianças com até seis anos de idade. Portanto, os exames de saúde de rotina em escolas e locais de trabalho actualmente não são combinados nem relacionados com os dados de saúde pré-natal e infantil no Caderno de SMI. Um aumento no âmbito das faixas etárias dos grupos alvo do Caderno de SMI ajudará a disponibilizar prontamente os dados longitudinais de saúde, contribuindo assim para pesquisas de saúde e sistemas de saúde.

Jiro Takeuchi, Yu Sakagami

Serviço de Saúde da Universidade de Kyoto, Kyoto



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Administração Provincial de Tokushima, Japão, 1975

▼ Tabela 1. Revisão de artigos que utilizaram o Caderno de SMI como material para obter informações

No	Ano da publicação	Autor	Jornal	Título	Tipo de manuscrito	Desenho do estudo
1	1996	Kunugi H, et al	J Nerv Ment Dis	Perinatal complications and schizophrenia. Data from the Maternal and Child Health Handbook in Japan	Artigo original	Estudo transversal
2	2005	Ohara K, et al	Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry	Obstetric complications in siblings of Japanese schizophrenics: data from the Maternal and Child Health Handbook	Artigo original	Estudo de caso-controle
3	2005	Tsuchiya K, et al	Schizophr Res	Advanced paternal age associated with an elevated risk for schizophrenia in offspring in a Japanese population	Artigo original	Estudo de caso-controle
4	2006	Takagai S, et al	Schizophr Res	Increased rate of birth complications and small head size at birth in winter-born male patients with schizophrenia	Carta	Estudo de caso-controle
5	2007	Tsuchiya K, et al	Psychiatry	Decreased serum levels of platelet-endothelial adhesion molecule (PECAM-1) in subjects with high-functioning autism: a negative correlation with head circumference at birth	Relatório resumido	Estudo de caso-controle
6	2008	Tsuchiya K, et al	Br J Psychiatry	Paternal age at birth and high-functioning autistic-spectrum disorder in offspring	Artigo original	Estudo de caso-controle
7	2011	Tanabe K, et al	Tohoku J Exp Med	Association of women's birth weight with their blood pressure during pregnancy and with the body size of their babies	Artigo original	Estudo de caso-controle
8	2012	Kouda K, et al	J Epidemiol	Relationship between body mass index at age 3 years and body composition at age 11 years among Japanese children: the Shizuoka population-based study	Artigo original	Estudo transversal
9	2013	Fujita Y, et al	J Epidemiol	Association of rapid weight gain during early childhood with cardiovascular risk factors in Japanese adolescents	Artigo original	Estudo transversal
10	2013	Aoyama T, et al	PloS One	Does cardiorespiratory fitness modify the association between birth weight and insulin resistance in adult life?	Artigo original	Estudo transversal
11	2013	Takeuchi J, et al	Jpn J Infect Dis	Influence of Vaccination dose and clinico-demographical factors on antibody titers against measles, rubella, mumps, and varicella-zoster viruses among university students in Japan	Artigo original	Estudo de caso-controle
12	2014	Mori M, et al	Pediatr Int	Effectiveness of influenza vaccine in children in day-care centers of Sapporo	Artigo original	Estudo de caso-controle
13	2014	Takeuchi J, et al	Pediatr Int	Serological assessment of measles-rubella vaccination catch-up campaign among university students	Artigo original	Estudo transversal
14	2014	Takeuchi J, et al	Tohoku J Exp Med	Social regulations predispose people to complete vaccination for vaccine-preventable diseases	Artigo original	Estudo de caso-controle
15	2015	Ichikawa K, et al	Plos One	Effectiveness of Home Visits in Pregnancy as a Public Health Measure to Improve Birth Outcomes	Artigo original	Estudo coorte quase-experimental
16	2016	Matsuda Y, et al	J Obstet Gynaecol Res	Exploratory analysis of textual data from the Mother and Child Handbook using the text-mining method: Relationships with maternal traits and postpartum depression	Artigo original	Estudo prospectivo
17	2017	Tagawa M, et al	Obstet Gynaecol Res	Exploratory analysis of textual data from the Mother and Child Handbook using a text mining method (II): Monthly changes in the words recorded by mothers	Artigo original	Estudo prospectivo

▼ Tabela 2. Tipo de fontes de dados usadas para um estudo no Japão

Tipo de fontes de dados	No de estudantes (%)
Medições de anticorpos virais	657 (76.4)
Questionário	743 (86.4)
Fotocópias do Caderno de SMI	714 (83.0)
Total	860 (100.0)

Os valores são expressos em números e as porcentagens estão expressas entre parênteses.

Leituras adicionais

1. Takeuchi J, et al. The Mother and Child Health Handbook in Japan as a Health Promotion Tool: An Overview of Its History, Contents, Use, Benefits, and Global Influence. *Glob Pediatr Health* 2016; **3**: 1-9
2. Takeuchi J, et al. Influence of Vaccination dose and clinico-demographical factors on antibody titers against measles, rubella, mumps, and varicella-zoster viruses among university Students in Japan. *Jpn J Infect Dis* 2013; **66**: 497-502.
3. Fujimoto S, et al. Utilization of Maternal and Child Health handbook in Japan. *Nihon Koshu Eisei Zasshi* 2001 **48**: 486-494 (in Japanese).



INDONÉSIA: Aprendizagem do pré-natal em grupo e o papel do Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, distrito Central de Lombok, Indonésia, 2006

Antecedentes

O distrito Central de Lombok era um distrito localizado na província de Nusa Tenggara Ocidental (NTO) que precisava urgentemente reduzir a taxa de mortalidade materna (394 por 100,000 nascidos vivos em NTO em 2002 vs. 307 no país, IDHS 2002-3). Para responder à necessidade, o chefe do distrito expressou seu compromisso por meio da isenção de taxas em postos públicos que realizam partos com a apresentação de um Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI), emitindo o regulamento no.177 do distrito Central de Lombok em 2003.

Para promover a *Iniciativa para a Maternidade Segura*, o distrito Central de Lombok introduziu a Classe de Mães para a Preparação para o Nascimento (CM-PN). Com base nas experiências da província de Sumatra Ocidental, o CM-PN foi projectado para aumentar a preparação para o parto seguro e cuidados pós-parto através do uso eficaz do Caderno de SMI. As parteiras realizam três sessões consecutivas para no máximo 10 gestantes, em linha com o conteúdo do Caderno de SMI como referência pessoal padronizada (Tabela 1). As parteiras são instruídas sobre o modo de organizar as sessões da CM-PN que começam com a participação da família e da comunidade. Os maridos são convidados para uma das três sessões acompanhados pelas suas esposas. Os locais e horários são cuidadosamente determinados, para garantir o melhor acesso das gestantes às sessões. As comunidades locais contribuem com as suas estruturas/espacos como o local do CM-PN e, às vezes, até fornecem bebidas grátis aos participantes. Esses apoios comunitários ajudaram a criar um ambiente confortável de confiança mútua entre as mães e parteiras.

No processo de implementação da CM-PN baseado no Caderno de SMI, enquanto a proporção de pelo menos uma consulta pré-natal permaneceu em torno de 90% em 2003 e em 2007, a proporção de partos

assistidos por assistentes qualificados do parto (AQP) aumentou de 62% em 2003 para 80% em 2007 (Figura 1). Das 520 mulheres participantes em qualquer uma das 44 CM-PN organizadas entre 2004-2008, 436 haviam dado à luz e 414 (95%) foram assistidas pelas AQPs. Para explorar as possíveis razões por trás dessa correlação positiva entre o parto assistido pela AQP e a participação da CM-PN, realizamos um estudo qualitativo sobre como as mães mudaram as suas práticas através da participação na CM-PN.

Os testes anteriores e posteriores e as entrevistas aprofundadas foram realizadas dentro de duas semanas após os partos, tendo como alvo as mães em áreas de intervenção da CM-PN e mães das áreas de não intervenção. Áreas de não intervenção foram selecionadas de modo a garantir a homogeneidade socioeconômica com as de intervenção. As discussões dos grupos focais (DGFs) foram realizadas entre três tipos alvos (nomeadamente, líderes locais, parteiras e maridos).

CAP das mães como factores predisponentes para mudança de comportamento

No modelo PRECEDE de Green e Kreuter (2005), as mudanças de comportamento são influenciadas por três grupos de factores que: (i) fornecem a razão, a lógica ou motivos do comportamento (factores predisponentes); (ii) permitem a realização da motivação (factores facilitadores) e (iii) fornecem recompensa ou incentivo positivo, seguindo o comportamento e as funções de repetição ou sustentabilidade da acção (factores de reforço).

Através da participação na CM-PN, o conhecimento, a atitude e as práticas (CAP) das mães aumentaram consideravelmente, em comparação com as que não participaram, particularmente em: (i) leitura do Caderno de SMI, (ii) consumo de comprimidos de ferro, (iii) entendimento dos sinais de perigo do parto, (iv) resposta aos sinais de parto, (v) prática do aleitamento materno (AM) (por exemplo, AM imediato, AM frequente, AM exclusivo e AM com técnica adequada), e (vi) prática do cuidado diário sem prender-se a mitos locais (Figura 2). As declarações nas DGFs explicam como o seu CAP mudou. "... As sessões de CM-PN permitiram-me a entender como amamentar adequadamente o meu bebê, nomeadamente nos 30 minutos após o nascimento e sem comida e sem bebida nos primeiros meses além do leite materno... Na minha gravidez anterior, eu não sabia disso. Eu dei comida ao meu filho quando tinha menos de um mês, porque ele chorava. Agora, eu também sei que

▼ Tabela 1. Conteúdo da Classe de Mães para a Preparação para o Nascimento por sessões

	Sessão I	Sessão II	Sessão III
Parte introdutória	Pré-teste da Introdução	Pré-teste da revisão	Pré-teste da revisão
Parte da educação	1-1. Mudanças físicas e sinais de perigo durante a gravidez 1-2. Cuidados com a gravidez	2-1. Parto 2-2. Cuidados após o parto	3-1. Cuidado com o recém-nascido 3-2. Mitos 3-3. Doenças infecciosas 3-4. Certificado de nascimento
Parte de finalização	Resumo do pós-teste e avaliação	Resumo do pós-teste e avaliação	Resumo do pós-teste e avaliação
Parte de actividade	Exercício da gravidez	Exercício da gravidez	Exercício da gravidez



Classe das mães para preparação para o nascimento no distrito Central de Lombok

não existe tabu na alimentação durante a gravidez e podemos comer todos os tipos de comida ... "(mãe de 30 anos de idade com três filhos, aldeia de Saba).

"Eu nunca li o Caderno de SMI porque não fui à escola e não consigo ler e nem escrever. Meu marido lê para mim" (mãe de 23 anos de idade com dois filhos, aldeia de Saba).

Maridos e líderes locais como factores facilitadores

Os maridos apoiaram a CM-PN e os profissionais de saúde e visitaram o Posyandu (ou seja, posto de saúde comunitário). Nas sessões da CM-PN, os maridos foram activos na busca de mais informações.

"... Houve mudanças significativas em nossa vida diária após a participar na sessão da CM-PN. Por exemplo, agora a minha esposa evita medicamentos impróprios. Ela já não tem tabu de comida. A minha esposa vai imediatamente à parteira sempre que se sente desconfortável..." (pai de uma criança, aldeia de Saba).

"É muito útil a participação dos maridos na CM-PN. Como um dos seus principais benefícios, esses maridos decidiram levar as suas esposas para os centros de saúde e querem acompanhá-las no parto..." (Uma parteira, CS Janapria).

Percebe-se que os líderes da comunidade local apóiam a CM-PN e ao Caderno de SMI. As parteiras sentiram que a CM-PN baseado no Caderno de SMI tornou-lhes confiantes em fornecer sistematicamente orientações sobre a SMI e em entender completamente

as funções dos facilitadores na educação em saúde dos adultos.

Comunicação como factores de reforço

Além do aumento percebido no conhecimento e nas habilidades, as participantes da CM-PN reconhecem os benefícios do relacionamento social com as mães e os profissionais de saúde. Uma mulher da aldeia da CM-PN declarou: "Temos amigas e podemos trocar informações entre nós nas sessões da CM-PN. Ademais, a nossa motivação em busca de melhor saúde aumentou." Uma mulher de outra aldeia da CM-PN declarou: "Eu li o Caderno de SMI três vezes por dia depois do trabalho. Se houver algo que eu não entendo, pergunto à minha parteira."

A CM-PN oferece às gestantes oportunidades de construir confiança entre as mães e parteiras. É provável que a confiança ajude as mulheres a sentirem-se mais motivadas a escolher o parto assistido por parteiras.

"...O efeito é que elas escolhem os profissionais de saúde como assistente de parto..." (A Parteira, Maternidade Saba).

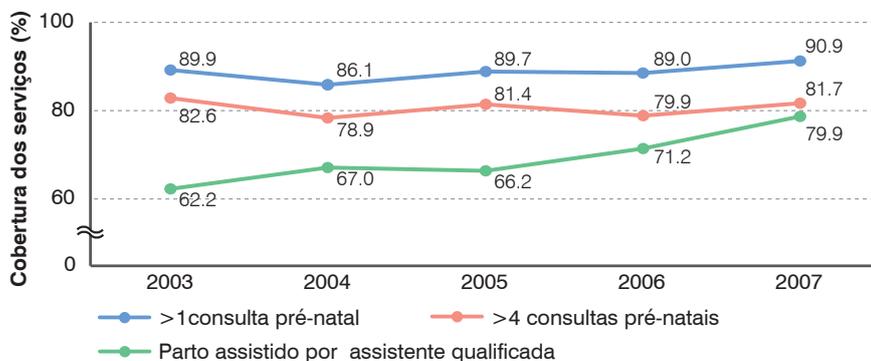
Conclusão

A CM-PN pode desencadear ou facilitar as mudanças de comportamento das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, através da melhoria dos factores predisponentes, facilitadores e reforçadores. O Caderno de SMI desempenha um papel importante na implementação harmoniosa e eficaz da CM-PN. Com base nas experiências das províncias, a CM-PN é integrado a um programa nacional para aumentar a preparação para o parto e a prontidão em relação as complicações maternas, fortalecendo a habilidade de comunicação/aconselhamento interpessoal de parteiras e empoderando a comunidade para a SMI.

Akemi Toda¹, Tomoko Hattori¹
Tsunehiro Kawakita¹, Keiko Osaki^{1,2}

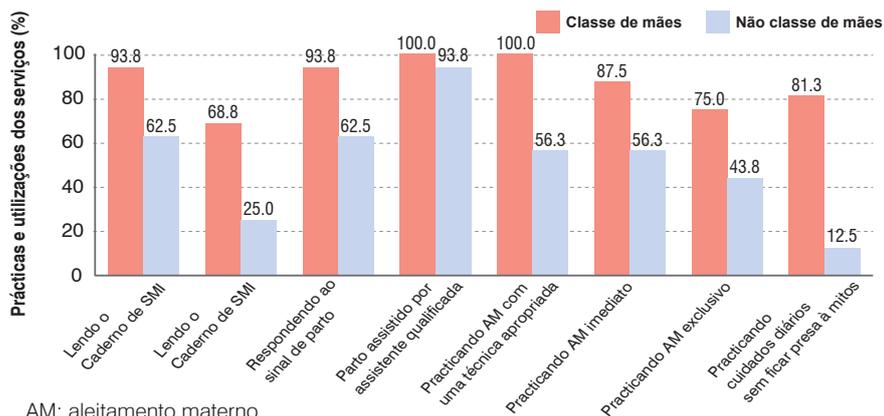
¹ JICA-MS Projecto para Assegurar os Serviços SMI com o Caderno de SMI Fase 2, Jakarta

² Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio



Fonte: Direcção Distrital da Saúde de Central de Lombok

▲ Figura 1. Utilização dos serviços de SMI no distrito Central de Lombok



AM: aleitamento materno

▲ Figura 2. Práticas de saúde entre mães em aldeias com e sem Classe de Mães para a Preparação para o Nascimento (n = 32)

Leituras adicionais

- Syafiq, et al. *Final report: Study on the effect of mother's class birth preparedness on knowledge, attitude and practice in pregnancy, delivery, and post-partum period in Lombok Tengah district, West Nusa Tenggara*: Jakarta: JICA; 2008.
- Tomlinson HB, Andina S. *Parenting education in Indonesia: Review and recommendations to strengthen programs and systems*. World Bank Studies. Washington D.C.: World Bank Group; 2015.
- WHO. *WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health*. Geneva: WHO; 2014.



CAMBOJA: Vantagem comparativa do Caderno de SMI sobre registos do tipo cartão no comportamento e nos conhecimentos das mães

Porque foi realizado um estudo controlado baseado na comunidade?

O valor dos Cadernos de Saúde Materno-Infantil (SMI) vem sendo empiricamente reconhecido. Estudos anteriores indicam que os Cadernos de SMI, registos do tipo cartilha, têm vantagens comparativas sobre os registos do tipo cartão, por atrair mais atenção e apoio das mulheres grávidas e mães nos países de alta e de baixa renda. No entanto, suas evidências científicas são limitadas.

Para avaliar a vantagem do Caderno de SMI sobre os registos do tipo cartão no Camboja, um estudo controlado com base na comunidade foi realizado durante o período de 2007 a 2009. O estudo foi realizado em dois distritos na província de Kampong Cham. Foram selecionados dois centros de saúde como grupo de intervenção e outros dois centros de saúde como grupo de controle. Uma versão cambojana do Caderno de SMI foi desenvolvida através da customização do Caderno de SMI japonês ao contexto socioeconômico e sociocultural cambojano. A customização foi completamente baseada em feedbacks sobre o desenho e o conteúdo do rascunho do Caderno de SMI por profissionais de saúde (enfermeiras e parteiras) e usuários finais (gestantes e mães). Como as áreas de estudo incluíam um grupo étnico minoritário (ou seja, grupo muçulmano Cham, constituído por menos de 5% da população total), o Caderno de SMI foi cuidadosamente projectado para ser mais aceitável em sua cultura. O Caderno de SMI foi, então, distribuído e usado por gestantes nos centros de saúde de intervenção, enquanto dois registos separados do tipo cartão (ou seja, o cartão de crescimento infantil e o registo de saúde materna) foram implementados como de costume nos centros de saúde de controle.

Foram realizadas pesquisas de pré-intervenção e de pós-intervenção, envolvendo 320 mulheres com crianças menores de 12 meses do grupo de intervenção e outras 320 do grupo de controle. Três indicadores comportamentais chave foram empregados para avaliar a eficácia do Caderno de SMI: (i) utilização do serviço de cuidado pré-natal (CPN); (ii) parto realizados por assistentes de parto qualificadas (APQs) e (iii) partos realizados nas unidades sanitárias.

Eficácia na utilização dos serviços pelas mães e conhecimento sobre sinais de perigo

Trezentas e vinte mães foram selecionadas aleatoriamente no grupo de intervenção, durante os períodos pré e pós-intervenção. Todas as mães que utilizaram os serviços de CPN pelo menos uma vez receberam o Caderno de SMI. Da mesma forma, 320 mães foram selecionadas aleatoriamente no grupo de controle, durante os períodos pré e pós-intervenção. Todas as mães que utilizaram os serviços de pré-natal pelo menos uma vez receberam os dois registos do tipo cartão. No momento da pesquisa pós-intervenção, 290 (90.6%) do grupo de intervenção possuíam o Caderno de SMI, enquanto 260 (81.3%) do grupo controle possuíam os dois registos separados do tipo cartão. Um aumento em todos os três indicadores foi confirmado nos grupos de intervenção e de controle entre o pré e o pós intervenção. O aumento foi maior no grupo de intervenção do que no grupo de controle (Figura 1). Observe que um aumento significativamente maior foi detectado na proporção de mães que fizeram ≥ 4 consultas de CPN e na proporção de mães que tiveram partos assistidos por APQs entre o pré e o pós intervenção, no grupo de intervenção. Nenhum aumento significativo foi detectado nesses dois indicadores comportamentais entre o pré e o pós-intervenção no grupo de controle. Em relação ao parto nas unidades sanitárias, os grupos de intervenção e de controle apresentaram um aumento significativo, porém o grupo de intervenção apresentou um aumento ligeiramente maior do que o grupo de controle.

A versão cambojana do Caderno de SMI contém instruções e informações sobre sinais de perigo durante a gravidez e o parto, prevenção de anemia, doenças parasitárias e VIH, e práticas de aleitamento materno, empregando orientações com desenhos fáceis de compreender, para a devida consideração com gestantes e mães analfabetas e menos alfabetizadas. Portanto, também estimamos a eficácia do Caderno sobre o conhecimento das mães em relação as instruções e as informações mencionadas acima. Embora as mulheres que conseguiram identificar correctamente os sinais de perigo durante a gravidez e o parto tenham aumentado em ambos os grupos, o aumento no



Caderno de Saúde Materno-Infantil (versão piloto), Camboja, 2007



Parteira preenchendo os dados num Caderno de SMI durante as actividades móvel de assistência pré-natal

grupo de intervenção foi maior que no grupo de controle.

Em relação ao conhecimento materno sobre prevenção e aleitamento materno, as mulheres do grupo de intervenção também apresentaram maior aumento de conhecimento do que as do grupo de controle.

Contextos em que o Caderno de SMI do Camboja se beneficiou

Para avaliar a adequação cultural do Caderno de SMI e identificar os potenciais contribuintes e obstáculos à sua implementação, dados qualitativos foram recolhidos e analisados. Entrevistas semiestruturadas com 38 indivíduos (ou seja, mulheres múltiparas com experiências de uso do Caderno de SMI e registos do tipo cartão, enfermeiras e parteiras de centros de saúde, voluntárias de saúde da aldeia e parteiras tradicionais) foram realizadas no grupo de intervenção.

Os resultados das entrevistas semiestruturadas indicaram que o Caderno de SMI foi aceite positivamente e utilizado por usuários finais e profissionais de saúde. Ilustrações culturalmente adequadas ajudaram o Caderno de SMI a transmitir efectivamente as principais mensagens sobre saúde às analfabetas e às menos alfabetizadas. Mães com dificuldades de leitura muitas vezes solicitavam a seus maridos ou filhos em idade escolar a leitura do Caderno de SMI para elas. Assim, o Caderno de SMI serviu como uma ferramenta que promove efectivamente a comunicação relacionada a SMI entre maridos e esposas. Algumas vezes, as informações incluídas no Caderno de SMI podem ser partilhadas com meninas adolescentes, proporcionando-lhes oportunidades de entender sobre gravidez, parto e criação dos filhos. Os profissionais de saúde reconheceram que havia menos casos de reemissão dos Cadernos e mais casos em que os Cadernos foram levados às clínicas de CPN do que os registos

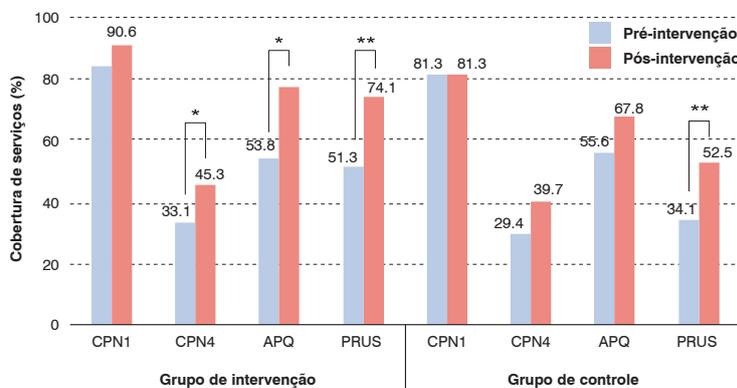
do tipo cartão. Assim, o Caderno de SMI serviu como um material educacional útil e eficaz para as mulheres.

Conclusão

Os resultados das análises dos dados quantitativos e qualitativos indicaram que o Caderno de SMI contribuiu para aumentar o número de: (i) utilização de serviços de CPN; (ii) partos assistidos por APQs e (iii) partos realizados nas unidades sanitárias. Contudo, o uso do Caderno de SMI foi associado ao aumento do conhecimento relacionado à SMI entre as mães. Estudos anteriores relataram que o uso do Caderno de SMI tenha provavelmente aumentado o número de partos realizados nas unidades sanitárias e melhorado o comportamento em relação à busca pelos serviços de saúde materna. Este estudo também identificou que o uso do Caderno de SMI promove a participação na CPN e partos assistidos por APQs. Estudos anteriores já haviam descoberto que os Cadernos de SMI aumentam o conhecimento das mães sobre aleitamento materno exclusivo, imunização infantil e riscos durante a gravidez e o parto. Nosso estudo corrobora esses resultados, mostrando o aumento da comunicação relacionada a SMI não apenas entre casais, mas também entre gerações.

Ao realizar o estudo, muitas mães do grupo de controle tentaram obter o Caderno de SMI, pois ouviram falar dele. Para evitar a contaminação da pesquisa, os centros de saúde do grupo de controle foram adequadamente informados de que o Caderno de SMI seria introduzido após a conclusão do estudo piloto. Tendo em vista a eficácia identificada neste estudo, recomenda-se que a disseminação nacional do Caderno de SMI seja considerada como parte essencial do programa de saúde materno-infantil do país.

Satoko Yanagisawa
Universidade da Província de Aichi, Nagoya



CPN1: >1 visita de consulta pré-natal; CPN4: ≥4 visitas de consulta pré-natal;
APQ: parto assistido por assistente de parto qualificado;
PRUS: parto realizado na unidade sanitária
* p < 0.05; ** p < 0.01

▲ Figura 1. Mudanças comportamentais na utilização dos principais serviços de SMI

Leituras adicionais

1. Yanagisawa S, et al. Effect of a maternal and child health handbook on maternal knowledge and behaviour: a community-based controlled trial in rural Cambodia. *Health Policy Plan* 2015; **30**(9): 1184-92.
2. Baequni, Nakamura Y. Is maternal and child health handbook effective?: meta-analysis of the effects of MCH handbook. *J Int Health* 2012; **27**: 121-7.
3. Hagiwara A, et al. Is the maternal and child health (MCH) handbook effective in improving health related behavior ? Evidence from Palestine. *J Public Health Policy* 2013; **34**: 31-45.



REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR DO LAOS: Introdução de um guia do usuário do Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, República Democrática Popular do Laos, 2015

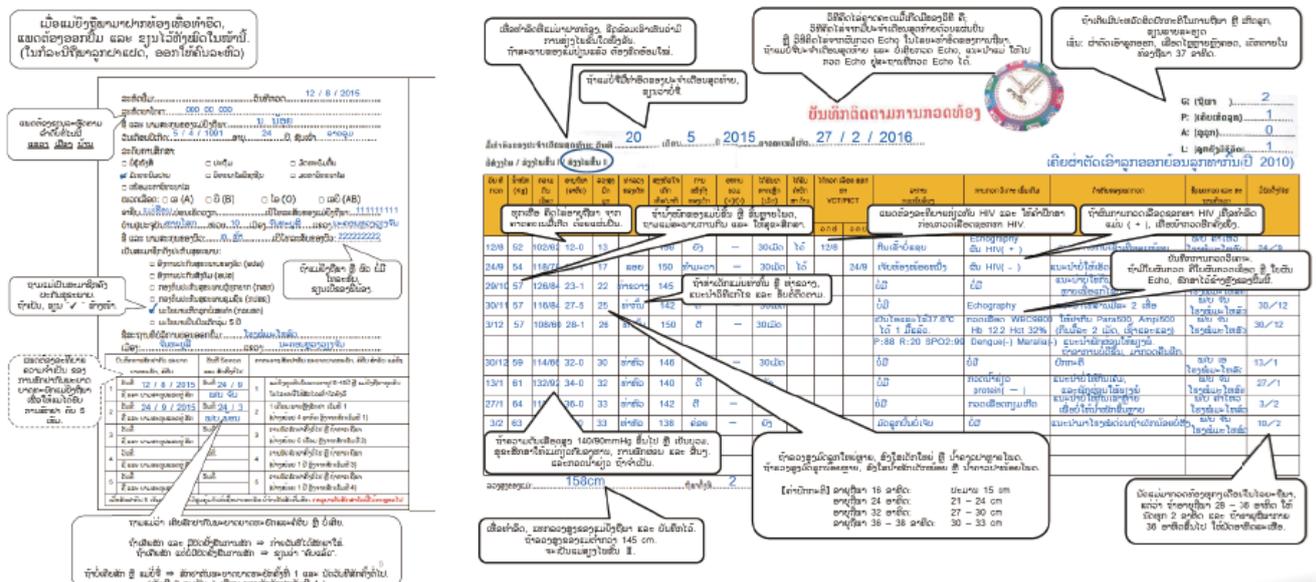
Antecedente

De acordo com o Relatório Nacional de Morte Materna na República Democrática Popular do Laos 2011-2013, a falta de entendimento sobre os sinais de perigo durante a gravidez entre as mulheres e os atrasos na avaliação de anomalias pelos profissionais de saúde provavelmente tenham contribuído para as mortes maternas e neonatais. Desde a sua introdução em 1995, o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) foi testado e gradualmente expandido a nível nacional para toda a República Democrática Popular do Laos. A promoção do uso efectivo do Caderno de SMI está alinhada com a disseminação nacional dos padrões de atendimento de SMI definidos pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2005. Espera-se que o uso do Caderno de SMI como uma ferramenta de registo, bem como um material educacional contribua para a redução das mortes maternas e neonatais através do aumento da consciencialização das mulheres e dos seus familiares sobre os riscos e para ajudar os profissionais de saúde a avaliar prontamente os seus pacientes. No entanto, no processo de expansão do uso do Caderno de SMI, vários desafios foram identificados em relação às suas operações nas unidades sanitárias primárias: (i) os profissionais de saúde têm dificuldades em registar os dados dos utentes no Caderno de SMI; e (ii) os profissionais de saúde raramente usam o Caderno de SMI como um material educativo para as gestantes, mães e os seus familiares. Assim, para abordar o uso inadequado do Caderno de SMI, MS decidiu desenvolver um guia do usuário para os profissionais de saúde.

Desenvolvimento do guia do usuário e formação dos profissionais de saúde

O uso efectivo do Caderno de SMI pelos profissionais de saúde foi definido como: (i) registo preciso dos dados; (ii) avaliação clinicamente correcta com base nos dados registados e de referência dentro e/ou fora das unidades sanitárias; e (iii) educação em saúde para as gestantes, mães e os seus familiares. O guia do usuário do Caderno de SMI foi desenvolvido para aumentar a capacidade dos profissionais de saúde sobre o uso do Caderno de SMI. Como o registo preciso pelos profissionais de saúde é essencial, o guia do usuário inclui exemplos concretos de registo de dados e dicas para educação em saúde para as suas respectivas páginas do Caderno de SMI (Figura 1).

Para avaliar a eficácia do guia do usuário e da sua formação, foi realizada uma avaliação em três unidades sanitárias em diferentes províncias para permitir que o conteúdo do guia do usuário fosse ajustado à diversidade geográfica do país: ou seja, Vientiane (urbana); Província de Saravane (rural); e Província de Savannakhet (rural). O número total de aprendizes foi de 63, composto por 18 médicos, 10 parteiras, 30 enfermeiros e cinco de outros grupos profissionais. Os níveis de uso do Caderno de SMI pelos profissionais de saúde foram avaliados em quatro etapas principais do serviço de SMI: (i) 1º consulta pré-natal (CPN); (ii) 2º CPN e seguintes; (iii) assistência ao parto e (iv) imunização infantil. Os profissionais de saúde foram formados sobre o conteúdo do guia do usuário por dois dias nas suas



▲ Figura 1. Um exemplo de registo de dados nas páginas do CPN no guia do usuário (Esquerda: Primeira CPN, Direita: CPN subsequente)



Supervisão de suporte do Caderno de SMI em uma unidade sanitária

unidades sanitárias. No primeiro dia, os conteúdos do guia do usuário foram ministrados por meio de palestras e sessões de dramatização. No segundo dia, os formadores observaram o desempenho dos profissionais de saúde no cuidado aos utentes e no registo de dados. Eles avaliaram ainda se os métodos de registo e de educação aprendidos no primeiro dia foram correctamente praticados. Antes da formação, as práticas dos profissionais de saúde em cuidar dos utentes e registar os dados no Caderno de SMI foram avaliadas como linha de base. Além disso, foram identificadas deficiências no uso do Caderno de SMI para determinar as áreas e os tópicos que deveriam ser mais enfatizados e focados na formação. Feedbacks positivos em relação ao guia do usuário e a sua formação foram fornecidos por profissionais de saúde formados, como: "A formação foi muito útil e significativa para os meus trabalhos diários." e "Para proteger de forma eficaz a saúde das gestantes, mães e crianças usando o Caderno de SMI, aprendi a maneira de registar os dados e realizar sessões de educação usando o Caderno de SMI."

Uso do Caderno de SMI pelos profissionais de saúde

Os dados foram colectados dos profissionais de saúde, convenientemente amostrados antes (Março-Maio de 2016) e após a formação (Junho-Agosto de 2016), usando a lista de verificação sobre o uso do Caderno de SMI. A lista de verificação incluía perguntas sobre: (i) triagem de altos riscos dos utentes e avaliação dos sinais de perigo durante a gravidez; (ii) explicação dos sinais de perigo e de respostas as gestantes ; (iii) marcação da próxima visita a CPN; (iv)

registo do peso e o comprimento/altura da criança no gráfico de crescimento do Caderno de SMI; e (v) fornecer orientação às mães sobre os cuidados domiciliares, utilizando o Caderno de SMI. O teste de probabilidade exacta de Fisher foi realizado para comparar as proporções entre pré e pós-formação.

As proporções daqueles que praticam avaliação de alto risco na primeira CPN e avaliação da necessidade de encaminhamento no local do parto aumentaram significativamente (Tabela 1). A triagem de risco materno usando o Caderno de SMI foi um dos tópicos mais destacados na formação. Uma diferença significativa foi também confirmada quanto à explicação dos sinais de perigo e de respostas na primeira CPN e no fornecimento de orientações sobre os cuidados domiciliares usando o Caderno de SMI. Como os profissionais de saúde foram formados não apenas no registo de dados, mas também no uso desses dados registados no Caderno de SMI, eles tornaram-se capazes de tomar decisões clínicas baseadas em evidências e comunicar-se com os utentes. Assim, o desempenho dos profissionais de saúde no uso do Caderno de SMI melhorou significativamente nas principais áreas entre o pré e pós-formação.

Conclusão

Foi confirmado que o guia do usuário do Caderno de SMI e a sua formação permitiram que aos profissionais de saúde melhorassem a qualidade dos serviços de SMI. Para manter os profissionais de saúde a praticarem o uso adequado do Caderno de SMI, seria necessário uma supervisão de suporte pós-formativa ao ampliar o guia do usuário do Caderno de SMI em todo o país. Observe que o desenvolvimento do guia do usuário e a realização do programa de formação são partes essenciais da Estratégia Nacional e do Plano de Ação para Serviços Integrados em Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil 2016-2025.

Tomoko Takagi¹, Panome Sayamoungkhoun²

¹ Ex Voluntária de cooperação no exterior da JICA no Japão
Hospital do distrito de Pakngeum, Vientiane

² Centro de Saúde Materno-Infantil, Ministério da Saúde, Vientiane

▼ Tabela 1. Uso do Caderno de SMI pelos profissionais de saúde antes e após a formação

Tipo de conhecimento e habilidades	Pré-formação n ₁	Pós-formação n ₂	Razão de possibilidades (IC 95%)	Valor P
1º cuidado pré-natal (n₁= 38; n₂= 42)				
- Triagem dos utentes de alto risco e avaliação dos sinais de perigo e repostas as gestantes	13 (34.2%)	35 (83.3%)	0.11 (0.03-0.33)	< 0.001**
- Explicação dos sinais dos perigos e de respostas e planeamento para a próxima CPN	22 (57.9%)	37 (88.1%)	0.19 (0.05-0.64)	0.004**
2º cuidado pré-natal em diante (n₁= 40; n₂= 41)				
- Avaliação dos sinais de perigo durante a gravidez	3 (7.5%)	9 (22.0%)	0.29 (0.05-1.30)	0.116
- Anotação dos registos de qualquer sintoma especial, por exemplo, não está conseguir a comer, sentir dor de barriga e contrações uterinas ¹	18 (78.3%)	19 (63.3%)	2.06 (0.53-9.12)	0.366
Cuidados de parto (n₁= 16; n₂= 15)				
- Avaliando os sinais de perigo durante os cuidados de parto	0 (0.0%)	4 (26.7%)	0.00 (0.00-0.99)	0.029*
- Consultando os registos pré-natais, prever os problemas durante a gravidez	7 (43.8%)	12 (80.0%)	0.16 (0.02-0.85)	0.017*
- Anotar os registos do local do parto, data do parto, e idade gestacional	16 (100.0%)	15 (100.0%)	[n.a.]	1.000
- Anotar os registos do sexo, peso, altura, circunferência do peito, perímetro cefálico do recém-nascido	12 (75.0%)	13 (86.7%)	0.47 (0.04-4.02)	0.654
Imunização infantil (n₁= 24; n₂= 24)				
- Medir o peso e a altura e registar o peso e a altura/comprimento da criança no gráfico de crescimento ²	9 (40.9%)	12 (50.0%)	0.70 (0.18-2.58)	0.766
- Explicar que a vacinação deve ser realizada nesta consulta e nas próximas consultas	10 (41.7%)	8 (33.3%)	1.42 (0.38-5.45)	0.568
- Fornecer orientações sobre os cuidados em casa usando o Caderno de SMI (sobre aleitamento materno, alimentação suplementar, saúde bucal, acidentes, etc.)	0 (0.0%)	6 (25.0%)	0.00 (0.00-0.71)	0.009**

* < 0.05, ** < 0.01

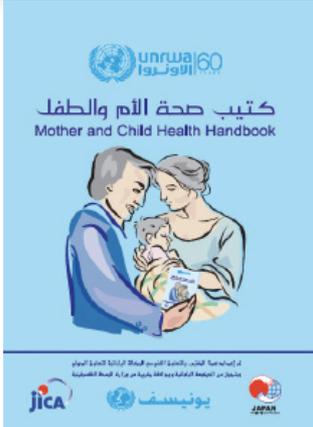
¹ n₁=23, n₂=30; ² n₁=22, n₂=24

Leituras adicionais

1. Lao PDR Maternal Death Review Steering Committee. *Report on Lao PDR Maternal Death Review, 2011-2013*. Vientiane: MOH; 2013.
2. Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook in Japan. *JMAJ* **53**(4): 259-265, 2010.
3. Nagatani S, and Takagi T. Introduction of a user's guide of MCH handbook: an implementation report by JOCV. *The 10th International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks*. Tokyo: The International committee on MCH Handbook; 2016



JORDÂNIA: Aplicativo electrónico do Caderno de SMI da UNRWA para refugiados da Palestina



Caderno de Saúde Materno-Infantil, UNRWA, 2014

UNRWA e o Caderno de SMI para as mães refugiadas da Palestina

A Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Próximo Oriente (UNRWA) foi criada em 1950, após a Guerra Árabe-Israelense de 1948. Ela tem prestado serviços de atenção primária à saúde a 5.4 milhões de refugiados palestinos em crescimento em 143 centros de saúde em cinco campos de operação (Jordânia, Cisjordânia, Gaza, Líbano e Síria). Esses serviços de saúde têm sido utilizados por aproximadamente dois terços dos refugiados registados da UNRWA. Embora um número crescente de refugiados procure serviços para doenças não transmissíveis e para saúde mental nos centros de saúde da UNRWA, gestantes, mães e as crianças representam a maior proporção de usuários dos serviços de saúde.

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) da UNRWA foi introduzido na Palestina e o primeiro desse tipo a ser produzido em árabe. Começou como um projecto nacional para a Palestina, com apoio técnico e financeiro da JICA, e com muitas partes interessadas locais envolvidas, incluindo a UNRWA. O Caderno de SMI foi distribuído para todas as gestantes e mães com filho/crianças menores de cinco anos de idade na Cisjordânia e Gaza em 2008. Após uma adoção bem-sucedida no campo da Palestina, sua implementação foi

expandida para incluir refugiados da Palestina na Jordânia, Líbano e Síria em 2010, com a versão actual do Caderno de SMI em uso desde 2014. Hoje, o Caderno de SMI é fornecido para mais de 100.000 mães nos cinco campos de operação da UNRWA a cada ano.

Iniciativa do e-Caderno de SMI nos centros de saúde da UNRWA na Jordânia

A prevalência de telemóveis vem aumentando em todo o mundo, permitindo mais oportunidades para a implementação de intervenções em saúde baseadas em telemóveis (*mHealth*). As tecnologias móveis têm aumentado o potencial de autogestão das condições de saúde, a adesão ao tratamento, e a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes. Além disso, elas vêm sendo elogiadas pelo seu custo-benefício.

Em abril de 2017, a JICA e a UNRWA lançaram em conjunto um aplicativo de software para smartphones do Caderno de SMI (e-Caderno de SMI) na Jordânia, como uma ferramenta para aumentar os cuidados contínuos e o acesso aos serviços de saúde materno-infantil. Isso foi apoiado por duas plataformas de tecnologia: a alta cobertura de smartphones da Jordânia (51% em 2016) e o sistema electrónico de registos médicos da UNRWA, que está conectado ao e-Caderno de SMI. O e-Caderno de SMI também enviaria aos seus usuários lembretes de horários de consultas, forneceria informações sobre educação em saúde e funcionaria como uma ferramenta de comunicação mais eficiente entre os pacientes e os centros de saúde da UNRWA do que o tradicional Caderno de SMI em papel.

Avaliação da disseminação do e-Caderno de SMI e status da implementação

Estudos sobre as realidades operacionais e os resultados na disseminação e da utilização de *mHealth* são limitados até o momento. Para melhor entender a disseminação e a utilização do e-Caderno de SMI entre os refugiados da Palestina na Jordânia, foi realizado um estudo de método misto sequencial exploratório, três meses após a sua introdução. Foram realizadas quatro discussões de grupos focais (DGFs) entre o total de



▲ Figura 1. Recursos do e-Caderno de SMI



Mãe refugiada da Palestina acessando o e-Caderno de SMI

22 gestantes e as mães com crianças menores de cinco anos de idade em quatro diferentes centros de saúde da UNRWA. Os dados qualitativos dessas DGFs foram analisados e utilizados para complementar o desenvolvimento dos questionários que avaliavam as atitudes em relação à tecnologia móvel e, especificamente, o e-Caderno de SMI. Questionários auto administrados foram distribuídos a um total de 406 mães atendidas em 10 centros de saúde da UNRWA na Jordânia. Devido à disponibilidade limitada de dados no momento em que este resumo técnico foi redigido, apenas as descobertas de dois centros de saúde foram incluídas nas análises.

As DGFs identificaram atitude das gestantes e mães em relação ao e-Caderno de SMI. As principais conclusões foram que a maioria possuía smartphones, mas considerou o e-Caderno de SMI pouco familiar e difícil de navegar e preferiu o Caderno de SMI em papel do que o e-Caderno de SMI. Nosso estudo confirmou que a disseminação e utilização do e-Caderno de SMI entre os refugiados da Palestina foi limitada (Tabela 1). Menos da metade das mães sabiam sobre o e-Caderno de SMI (46.3% e 36.5% nos centros de saúde A e B, respectivamente) e um número muito reduzido baixaram o aplicativo (17.4% e 10.7%) e o utilizaram (12.1% e 5.4%).

Oportunidades para o e-Caderno de SMI e a importância dos relatos de evidências

O Caderno de SMI tem se tornado essencial para os cuidados contínuos entre as mães e as crianças refugiadas da Palestina. Nossos dados enfatizam

a importância de abordagens mais efetivas da disseminação para *mHealth*. Os benefícios do e-Caderno de SMI devem ser compartilhados de forma mais estratégica com as mães. Sua utilização deve ser facilitada por meio de campanhas publicitárias, maior facilidade de uso do aplicativo, fácil aquisição do aplicativo, suficiente formação da equipa, e considerações sobre atitudes sociais e culturais em relação à tecnologia móvel e à Internet. Com a monitoria e avaliação adequada, seríamos capazes de garantir que o aplicativo e-Caderno de SMI esteja disponível entre os necessitados. Se estiver a ser disseminado com sucesso, o e-Caderno de SMI fornecerá aos refugiados palestinos não apenas os benefícios equivalentes ao Caderno de SMI em papel, mas também aqueles exclusivos da *mHealth*.

O *mHealth* é apenas um campo na saúde recém-desenvolvido, mas que possui um grande potencial para facilitar e melhorar o status da SMI. É cada vez mais importante para os profissionais da SMI reportarem evidências que apoiam as intervenções móveis, o que levou à introdução das novas diretrizes para intervenções de *mHealth* em 2016 pelo grupo técnico da OMS (lista de verificação da Avaliação, Relatório e Análise da *mHealth* (mARA)). Em nosso estudo, as análises adicionais serão realizadas para examinar os factores associados ao conhecimento e uso do e-Caderno de SMI, ilustrando o conteúdo, o contexto e os recursos técnicos do e-Caderno de SMI, conforme sugerido na lista de verificação da mARA. Estudos futuros devem ser realizados para determinar se as tendências semelhantes na adoção do e-Caderno de SMI existem em outras comunidades e se um conjunto generalizado de condições para a divulgação e implementação do e-Caderno de SMI pode ser desenvolvido.

Akiko Kitamura, Ryunosuke Goto, Seif Nasir, Majed Hababeh, Ghada Ballout, Akihiro Seita
Agência das Nações Unidas de Assistência aos Refugiados da Palestina no Próximo Oriente, Amã

▼ Tabela 1. Características das gestantes e das mães incluídas na amostra que receberam o e-Caderno de SMI e seu status de utilização em agosto de 2017

		Centro de Saúde A (N=149)	Centro de Saúde B (N=257)
Idade (ano) [média ± Dp]		28.5 ± 7.4	28.2 ± 5.5
Idade do conjuge (ano) [média ± Dp]		34.3 ± 8.3	34.7 ± 6.7
Idade no 1o nascimento (ano) [média ± Dp]		21.3 ± 4.0	22.2 ± 3.9
Cobertura de telemóvel	Sim	135 (90.6%)	243 (94.6%)
	Não	10 (6.7%)	10 (3.9%)
Cobertura de Smartfone	Sim	127 (85.2%)	222 (86.4%)
	Não	13 (8.7%)	24 (9.3%)
Conhece o e-Caderno de SMI	Sim	69 (46.3%)	99 (38.5%)
	Não	63 (42.3%)	139 (54.1%)
Se baixou o e-Caderno de SMI	Sim	26 (17.4%)	27 (10.5%)
	Não	37 (24.8%)	68 (26.5%)
Se usou o e-Caderno de SMI	Sim	18 (12.1%)	14 (5.4%)
	Não	7 (4.7%)	13 (5.1%)
Frequência de uso	Muitas vezes	0 (0.0%)	7 (2.7%)
	Às vezes	27 (18.1%)	14 (5.4%)
	Raramente	34 (22.8%)	37 (14.4%)

*Denominador é o tamanho total da amostra de cada centro de saúde

Leituras adicionais

1. UNRWA. UNRWA Health Department annual report 2017. Amman: UNRWA (in press).
2. Agarwal S, et al. Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *BMJ* 2016; **352**: i1174.
3. Wesley H, et al. No health without peace: why SDG 16 is essential for health. *Lancet* 2016; **10058**: 2352-3.



JAPÃO: Actualizando o Caderno de SMI de acordo com as principais evoluções da agenda de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, distrito de Ota, Tóquio

Breve histórico da implementação do Caderno de SMI no Japão

O actual Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) no Japão é derivado do Caderno de Saúde Materno, que foi desenvolvido em 1942 com o objectivo de promover gravidez e parto saudáveis. O Caderno de Saúde Materno, um livro de oito páginas, era composto de registos de saúde durante a gravidez e o período do parto, de orientação para gestantes e vales para provisionamento de alimentos e de roupas durante a Segunda Guerra Mundial. Esses vales desempenharam um papel fundamental para atrair gestantes e suas famílias a usar o Caderno de Saúde Materno e, assim, expandi-lo a nível nacional.

Em 1948, sob a Lei do Bem-Estar da Criança, o Caderno de SMI foi introduzido, estendendo os grupos-alvo do Caderno de Saúde Materno para crianças menores de cinco anos de idade e cobrindo todos os estágios da SMI desde o período da gravidez até a infância. O rápido crescimento económico do pós-guerra durante os anos 1950 levou à extinção dos vales para alimentos e roupas em 1953.

Em 1966, o Caderno de SMI passou por uma grande revisão devido à implementação da nova Lei de Saúde Materno-Infantil. Na versão revisada, esperava-se que os cuidadores não apenas lessem as páginas de orientação relacionadas à SMI, mas também registassem dados sobre o desenvolvimento da primeira infância. Desde então, o Caderno de SMI tem sido usado como uma ferramenta de interface trilateral

entre família, profissionais de saúde e o governo local para garantir a continuidade dos cuidados e o registo civil.

As principais mudanças na agenda de SMI no Japão

A Figura 1 apresenta a tendência da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Japão. Em 1947, a TMI era superior a 60 por 1,000 nascidos vivos e as principais causas da mortalidade infantil eram doenças infecciosas atribuídas e associadas à desnutrição e à falta de higiene. Portanto, o Ministério da Saúde e Bem-Estar foi obrigado a tomar medidas de saúde pública para aumentar a consciencialização sobre a saúde infantil entre as mães e a cobertura dos serviços essenciais de saúde infantil.

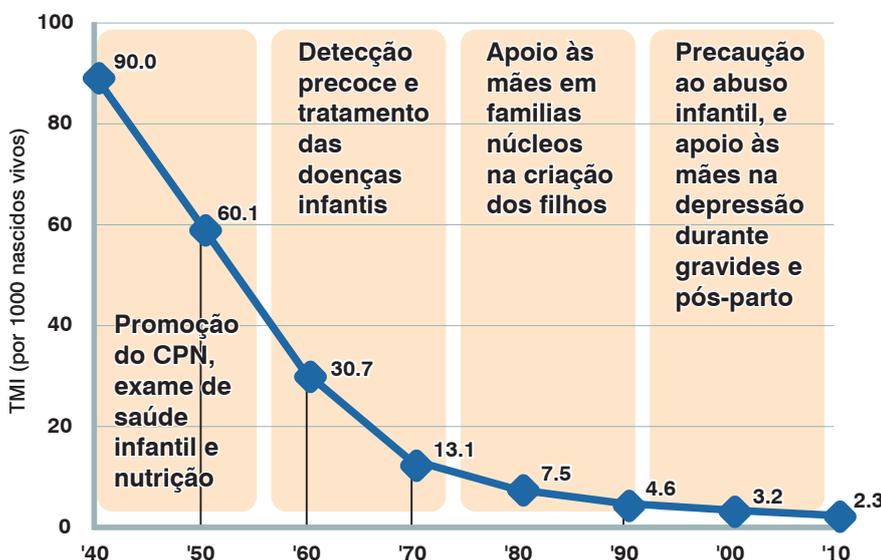
Durante o período de 1950 a 1970, a TMI e a taxa de mortalidade materna (TMM) diminuíram rapidamente. Durante décadas, a agenda principal da SMI foi a detecção precoce de doenças para tratamento e reabilitação de forma atempada. Os profissionais de saúde responsáveis pela SMI usavam rotineiramente o Caderno de SMI como uma fonte oportuna e confiável de informações sobre cada criança.

Além disso, o rápido desenvolvimento socioeconómico foi acompanhado por um aumento significativo no número de famílias nucleares na sociedade japonesa. Nessas famílias, as mães eram obrigadas a assumir as principais responsabilidades de cuidar dos seus filhos com pouco ou limitado apoio dos outros membros da família ou parentes. Deste modo, em meados da década de 1970, agenda principal da SMI foi transferida para apoiar as mães e reduzir a ansiedade na criação dos seus filhos.

Na década de 1990, quando a TMI foi reduzida para menos de cinco por mil nascidos vivos e o número de recém-nascidos continuou a diminuir, agenda principal da SMI foi direccionada para abordar os acidentes/abusos infantis e a depressão durante a gravidez e pós-parto. A Tabela 1 mostra as mudanças cronológicas das agendas principais de SMI.

Revisão do Caderno de SMI

O Caderno de SMI tem sido revisado a cada 10 anos para permitir que aborde a evolução das agendas principais de SMI e atenda o gráfico da curva de



Fonte: Ministério da Saúde, Bem-Estar e Trabalho, Japão

▲ Figura 1. Mudanças na agenda chave da SMI em relação à redução da TMI no Japão



Uma enfermeira de saúde pública registando os dados de saúde infantil no Caderno de SMI na consulta periódica de 3 anos

crescimento infantil revisada decenalmente. Observe que o conceito básico e as estruturas do Caderno de SMI permanecem inalterados, ou seja, (i) o registo de dados de SMI fácil e padronizado, (ii) a orientação sobre saúde materna e infantil e (iii) o número mínimo de páginas, com um desenho de tamanho prático, como registos de saúde de fácil mobilidade.

A redação dos textos do Caderno de SMI tornou-se cada vez mais fácil de usar com o processo de revisões em série. Até a década de 1970, a redação do Caderno de SMI era bastante assertiva ou imperativa, com consideração limitada à privacidade dos utentes e ao conhecimento dos leigos. Na década de 1980, a redação tornou-se mais amigável para permitir que o Caderno de SMI também servisse como uma ferramenta de apoio psicossocial. A Tabela 1 mostra o histórico dos pontos de revisão do Caderno de SMI.

O processo de revisão do Caderno de SMI precisa envolver várias partes interessadas. Desde 1976, o Comité de Revisão do Caderno de SMI tem sido

chamado para revisá-lo. Ao conduzir a revisão principal em 1976, o processo de revisão incluiu teste de campo piloto do Caderno de SMI. Através de uma série de esforços para revisão, a versão atual, mais bem equilibrada do Caderno de SMI ficou disponível. Desde 1991, a parte responsável pela publicação e distribuição do Caderno de SMI mudou de governos provinciais para governos municipais. Então, o conteúdo do Caderno de SMI passou a ser composto por dois elementos: (i) aqueles definidos ou regulamentados nacionalmente por uma série de Actos de SMI e (ii) aqueles definidos ou recomendados localmente pelos governos municipais.

O conteúdo do Caderno de SMI é suportado por evidências globais relacionadas à SMI. Em 2002, o Caderno de SMI foi revisado de acordo com a política nacional renovada de SMI, que enfatiza as necessidades em postergar o início do desmame e respeitar a conclusão espontânea do aleitamento materno.

O número de itens de registo a serem preenchidos pelos cuidadores tem sido aumentado gradualmente. Formas negativas de fazer perguntas sobre os marcos do desenvolvimento da primeira infância foram excluídas para evitar a ansiedade entre os cuidadores e melhorar suas experiências positivas na criação dos filhos. O número total de páginas aumentou continuamente, mas as partes padronizadas nacionalmente continuam a ter o mesmo volume.

Conclusão

Para melhorar o status de SMI no Japão, o Caderno de SMI é usado há mais de 70 anos. Observe que, embora o conteúdo, a estrutura e o número de páginas tenham sido ajustados e actualizados para responder às necessidades em mudança, o conceito fundamental (incl. volume das partes padronizadas nacionalmente) permanece inalterado. No Japão, o Caderno de SMI é bem reconhecido nacionalmente como a ferramenta eficaz e prática para profissionais de saúde e mães.

Yoko Watanabe¹, Yasuhide Nakamura²

¹ Centro de Saúde Público da Cidade de Ota, Tóquio

² Universidade das mulheres de Konan, Kobe

▼ Tabela 1. Progresso dos focos primários dos registos conservados em casa do SMI no Japão.

Ano	TMI	TMM	Status da SMI	Principais pontos revisados	Número total de páginas
1942	86.2	196.9	Baixa percepção de anormalidades da gravidez, alta TMM	Caderno Materno <ul style="list-style-type: none"> • Promoção para obter CPN • Orientação para uma melhor gravidez • Vales de alimentos e pano de algodão 	8
1948	61.7	157.0	Lei de Bem-Estar da Criança TMI e TMM altos	Caderno Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Orientação para gestantes e cuidados infantis • Registos médicos de gravidez e cuidados infantis • Gráfico da curva de crescimento infantil 	24
1953	48.9	163.6	Promoção do planeamento familiar e de parto institucional	Caderno Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • A Carta da Criança • Promoção da consulta de saúde para criança • Guia para o recém nascido • Instruções sobre a higiene dental • Exclusão dos vales de alimentos e roupas 	36
1966	19.3	83.9	Lei da Saúde Materno-Infantil Deteção precoce e respostas a doenças infantis	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento sobre nutrição durante a gravidez • Promoção de consultas de saúde para bebês e crianças • Registos médicos aprimorados • Registos e informações dentárias 	46
1976	9.3	24.5	Deteção precoce de atraso no desenvolvimento/crescimento	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Registo pessoal materno aprimorado • Colunas preenchidas pelas mães aprimoradas • Lista de verificação para o crescimento • Melhoria do registo dentário 	60
1987	5.0	11.5	Deteção precoce de doenças Responder à ansiedade sobre a criação dos filhos	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Lista de verificação aprimorada para desenvolvimento, sinais anormais para doenças especiais • Verificação de depressão durante gravides e pós-parto 	68
1991	4.4	8.6	Prevenção para acidente de criança Melhoria da qualidade da dieta	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Actualização do gráfico da curva de crescimento • Informações baseadas no município local 	51/28*
2002	3.0	7.1	Ajuste à mudança socioambiental da criação dos filhos Contrainformação do abuso infantil	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Directriz revisada da dieta de desmame • Aprimoramento da educação alimentar • Promoção da participação do pai 	51/40*
2012	2.2	4.0	Subsídio para 14 vezes de CPN Aumento dos tipos de vacina	Caderno de Saúde Materno-Infantil <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de colunas de registo para CPN e vacinação • Informação sobre gravidez de alto risco • Gráfico de cores das fezes para detectar atresia biliar 	51/57*

TMI: taxa da mortalidade infantil; TMM: taxa da mortalidade materna

*: Número de páginas de conteúdo padronizado nacionalmente / número de páginas de conteúdo ajustado localmente.

Leituras adicionais

1. Yasuhide Nakamura. Maternal and Child Health Handbook in Japan. JMAM 2010; 53(4): 259- 65.
2. Masahiro Kaminota. Maternal and Child Health Measures in Japan. The 10th International Symposium on Maternal and Child Health Handbooks. Tokyo: The International committee on MCH Handbook; 2016.
3. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO, 2016.



SENEGAL: O Caderno de SMI que possibilita a saúde materno-infantil e além



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Senegal, 2016

Antecedentes

A população no Senegal foi estimada em 15.9 milhões de pessoas em 2017, tendo sido caracterizada pela maior proporção de crianças menores de 15 anos (44%). Representada pelo seu alto número de nascimentos anuais (524.4 mil) e pela taxa de mortalidade materna (315 por 100,000 nascidos vivos), a saúde materno-infantil é uma agenda de saúde de alta prioridade do Ministério da Saúde e Acção Social do Senegal (MSAS).

Para garantir a qualidade e a continuidade da atenção à saúde materno-infantil, é crucial monitorar a gravidez, o pós-parto, a imunização infantil e o crescimento infantil. Para monitorar os marcos principais da saúde materna e infantil, dois tipos de registos conservados em casa (isto é, registos de saúde materna e imunização) costumavam ser implementados no Senegal até os anos 2000. No entanto, desenhos menos coordenados e harmonizados dos dois registos conservados em casa acabaram não suportando efectivamente um cuidado contínuo de saúde materno-infantil. Por exemplo, algumas partes dos serviços de saúde materna e infantil foram omitidas nos dois registos conservados em casa.

Tendo em vista a inadequação dos dois registos conservado em casa, o MSAS desenvolveu o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI), um registo conservado em casa integrado que abrange os itens principais de registo para todas as etapas da SMI: (i) consulta pré-natal; (ii) parto; e (iii) cuidado pós-parto e infantil. Em 2016, o Caderno de SMI foi revisado para abranger ainda mais os cuidados de saúde para crianças em idade pré-escolar e adolescentes, de acordo com as políticas do ministério.

Estrutura e a expansão nacional do Caderno de SMI

O Caderno de SMI foi desenvolvido como um registo conservado em casa para registar os resultados das utilizações dos serviços de saúde materno-infantil, ajudando as mães a estarem cientes dos próximos serviços de saúde necessários em todas as etapas, desde a gravidez até o parto e os cuidados infantis.

Além disso, o Caderno de SMI foi desenvolvido para contribuir para a criação da demanda dos serviços de saúde por meio de mensagens-chaves e, assim, melhorar os comportamentos de busca de saúde. O Caderno de SMI visa também melhorar a qualidade do atendimento, fazendo com que os profissionais de saúde revisem e cumpram os padrões clínicos. Ilustrações são incorporadas no Caderno de SMI, para permitir que gestantes e mães menos alfabetizadas entendam melhor o conteúdo das mensagens e reforcem ainda mais a comunicação entre os membros da família. Aliás, é esperado que o Caderno de SMI promova um melhor relacionamento entre os profissionais de saúde e as mães. Com essas funções do Caderno de SMI em mente, foi desenvolvido o seu guia de operação para os profissionais de saúde, e está prontamente disponível, para garantir o uso apropriado e a eficácia adequada. Assim, o Caderno de SMI serve como uma ferramenta abrangente e integrada de assistência à saúde que abrange: (i) programas múltiplos (por exemplo, saúde reprodutiva e materna, imunização infantil, nutrição infantil e monitoramento do crescimento, saúde do adolescente, controle de doenças infecciosas, como malária e VIH e saúde bucal/dentária); (ii) programas multissetoriais (por exemplo, saúde, registo civil, educação e bem-estar social); e (iii) parceiros de desenvolvimento múltiplo (por exemplo, JICA, OMS, UNICEF, FNUAP, USAID, KOICA, AFD, Helen Keller International e Micronutrient Initiative). Uma das inovações do Caderno de SMI Senegalês é abranger os adolescentes como faixa etária-alvo, indo além das crianças menores de cinco anos de idade, tendo em vista a necessidade de antecipar a preparação parental. Outro elemento inovador é incluir os líderes religiosos como um grupo-alvo para as mensagens. O Caderno de SMI visa capacitar os líderes religiosos da comunidade a promover bons comportamentos em diferentes estágios da vida (por exemplo, gravidez, parto, aleitamento materno precoce, desmame e desenvolvimento infantil).

Em 2015, a implementação do Caderno de SMI começou em três regiões do Senegal (Dakar, Tambacounda e Thiès). Em 2016, sua expansão a nível nacional ocorreu em colaboração com parceiros de desenvolvimento, com o objectivo



Um jovem casal visita uma parteira, trazendo o Caderno de SMI

de garantir a equidade em saúde de acordo com a Cobertura Universal de Saúde. Para envolver as unidades sanitárias privadas na operação do Caderno de SMI foi aberto um diálogo estratégico com a Aliança Nacional de Saúde Privada também.

Uma avaliação rápida da operação do Caderno de SMI

Em Junho de 2017, foi realizada uma pesquisa transversal, visando 180 gestantes e mães de bebês em cinco regiões (Dakar, Tambacounda, Kolda, Sédhiou e Ziguinchor) e 90 unidades sanitárias em três regiões (Kolda, Sédhiou e Ziguinchor). A disponibilidade, o modo de distribuição, a integridade dos registos e a satisfação do usuário do Caderno de SMI foram avaliados por meio de entrevistas estruturadas.

Em todas as 90 unidades sanitárias (100%), o Caderno de SMI estava prontamente disponível com estoque suficiente para ser distribuído gratuitamente para as gestantes/mães. Estas informações foram encontradas através da entrevista com profissionais de saúde (Figura 1) e posteriormente por entrevista com gestantes/mães das crianças (Figura 2). Dos 180 Caderno de SMI mantidos pelas gestantes/mães, 135 (75%) alcançaram a integridade exigida do registo de

dados clínicos. Além disso, 135 gestantes/mães (75%) consideraram que os seus Caderno de SMI tinham informações adequadas relacionadas à SMI. Cento e setenta e uma gestantes/mães (95%) mantiveram cuidadosamente os seus Caderno de SMI em casa, armazenando-os em local pré-designado (por exemplo, em uma gaveta específica de um armário em casa). Todos os usuários do Caderno de SMI (ou seja, gestantes/mães e profissionais de saúde) (100%) expressaram satisfação com o conteúdo, a estrutura e o uso do Caderno de SMI (Figura 1 e Figura 2).

Recomendações e caminho a seguir

Para manter e aumentar ainda mais os níveis de disponibilidade, registo completo e satisfação com o Caderno de SMI, os seguintes pontos de acção são recomendados:

- Laminar as páginas de cobertura do Caderno de SMI ou produzir uma capa plástica para o Caderno de SMI, para melhor proteção e manutenção.
- Adicionar uma coluna para registar o número da certidão de nascimento no Caderno de SMI.
- Fortalecer a monitoria e a supervisão dos profissionais de saúde para aumentar a integridade do registo de dados e facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e as gestantes/mães.
- Garantir cópias extras adequadas do Caderno de SMI para evitar rotura de estoque.
- Reportar e partilhar as boas práticas e lições aprendidas na operação do Caderno de SMI.
- Desenvolver estratégias técnicas e financeiras para a sustentabilidade do Caderno de SMI.

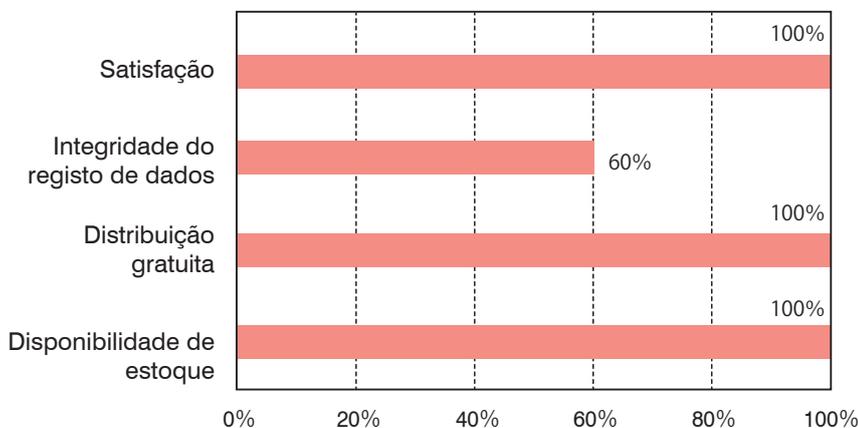
As actividades a seguir já estão em andamento.

- Realizar uma avaliação externa do uso e impacto do Caderno de SMI.
- Revisão adicional do Caderno de SMI.
- Explorar o Caderno de SMI digitalizado baseado em smartphones.
- Garantir uma linha de orçamento no MSAS para sustentabilidade da operação do Caderno de SMI.
- Incentivar os governos locais a contribuírem financeiramente para a produção e distribuição do Caderno de SMI.

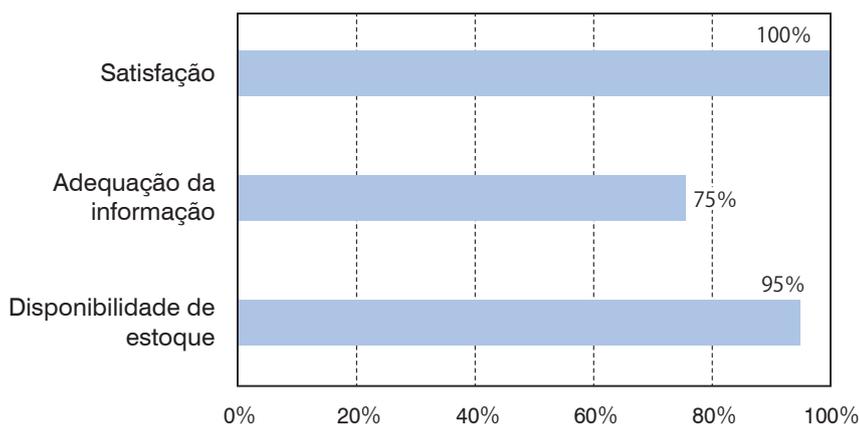
Marie Khemesse Ngom Ndiaye, Oumar Sarr
Ministério da Saúde e Ação Social, Dakar

Leituras adicionais

Politique Normes et Protocoles (PNP) en Santé de la Reproduction et Survie de l'Enfant (SRSE). *Guide d'utilisation du carnet de santé, rapport de supervision et d'évaluation rapide du carnet de santé au Sénégal*. Dakar: Ministry of Health and Social Action; 2017



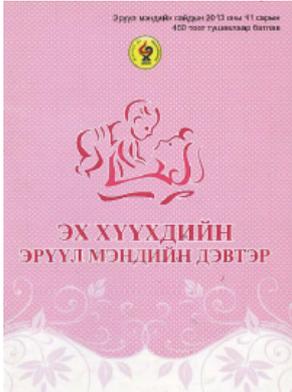
▲ Figura 1. Pontos de vista e observações dos profissionais de saúde sobre a operação do Caderno de SMI



▲ Figura 2. Opiniões e observações de gestantes/mães sobre a operação do Caderno de SMI



MONGÓLIA: Caderno de SMI como um “ponto de entrada” para o monitoramento do desenvolvimento infantil baseado em casa



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Mongólia, 2013

Antecedentes

Desde 2011, o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) tem sido institucionalizado no sistema nacional de saúde de Mongólia. A Ordem Ministerial da Saúde 2010/34 aprovou oficialmente a ampliação nacional do Caderno de SMI e a subsequente Ordem 2013/450 o endossou como um dos formulários oficiais de registo para os sistemas nacionais de informação em saúde. O Caderno de SMI é bem conhecido entre os profissionais de saúde e os pais de crianças como o “Livro Rosa”, usado para monitorar o estado de saúde e de desenvolvimento de crianças de 0 à 6 anos de idade. Inicialmente, o Caderno de SMI foi testado na província de Bulgan durante o período de 2007 até 2009 com o apoio do Centro Nacional de Saúde e Medicina Global do Japão. Ele tem sido reconhecido como um dos documentos essenciais para os serviços de atenção primária à saúde em Mongólia.

O Caderno de SMI de Mongólia é um registo conservado em casa que contém itens de registo e mensagens educacionais sobre cuidados pré-natais, parto/nascimento, pós-parto, imunização infantil, crescimento e desenvolvimento infantil. O Caderno de SMI é composto por seis partes: (i) informações básicas de uma mãe e seu filho; (ii) período de gravidez; (iii) parto/nascimento

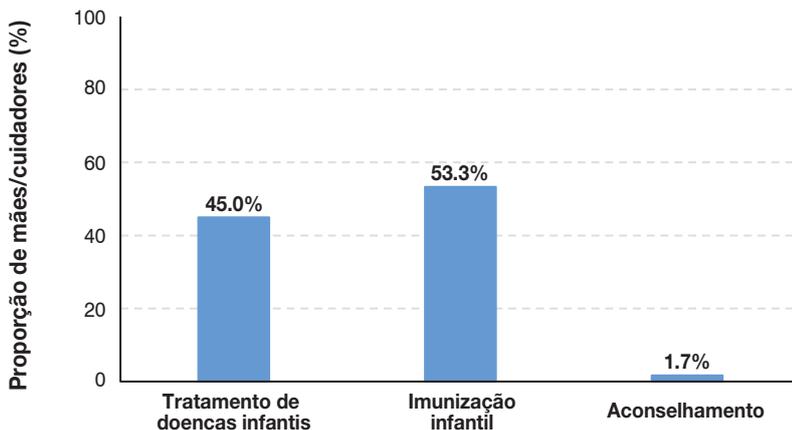
e período do recém-nascido; (iv) período da infância; (v) vacinação infantil; e (vi) cuidados e alimentação das crianças.

O Caderno de SMI contribuiu significativamente para melhorar a saúde materna e infantil, promovendo o envolvimento dos pais na consciencialização da saúde e o reforço da comunicação entre os profissionais de saúde e os cuidadores de crianças. As gestantes recebem o Caderno de SMI nas suas primeiras consultas de pré-natal. Quase todas as crianças mongóis com menos de seis anos de idade mantêm seu Caderno de SMI. Portanto, o Caderno de SMI tem servido como uma ferramenta útil e prática que facilita os cuidados contínuos e o monitoramento do desenvolvimento das crianças na Mongólia.

Usando o Caderno de SMI para identificar o atraso no desenvolvimento das crianças

Para avaliar o nível de utilização do Caderno de SMI, foi realizada uma pesquisa no distrito de Bayangol, Ulaanbaatar, como parte do “Projecto para Fortalecer a Capacidade dos Professores e o Tratamento Justo para Crianças com Deficiência”, apoiado pela JICA. Os dados foram recolhidos no distrito de Bayangol em Junho de 2016, através da: (i) observação do desempenho dos trabalhadores da saúde no uso do Caderno de SMI para gestão de casos de crianças em idade pré-escolar que frequentam unidades de nível primário (clínicas familiares) e (ii) realização de entrevistas com cuidadores sobre conhecimento e nível de utilização do Caderno de SMI.

Verificou-se que 27 das 60 crianças menores de cinco anos de idade (45.0%) visitaram clínicas familiares em busca de tratamento de doenças. Doravante, 32 (54.0%) e 1 (1.7%) deles visitaram os serviços de imunização e de aconselhamento, respectivamente (Figura 1). Trinta e nove de 60 crianças (65%) tiveram seu peso e altura



▲ Figura 1. Razões de visitas às clínicas familiares



Pai verificando os marcos de desenvolvimento infantil de sua filha usando o Caderno de SMI

medidos e registados com precisão no gráfico de crescimento do Caderno de SMI. Como resultados da observação do desempenho dos profissionais de saúde, verificou-se que 18 das 56 consultas médicas (32%) foram baseadas no conteúdo do Caderno de SMI. A importância e a necessidade de imunizações infantis foram explicadas a 36 dos 60 cuidadores de crianças (60.0%), usando o Caderno de SMI.

O Caderno de SMI de Mongólia inclui páginas azuis, nas quais os cuidadores são aconselhados a verificar o status de desenvolvimento específico da idade de seus filhos e, assim, selecionar “SIM” ou “AINDA NÃO” para perguntas relacionadas a marcos do desenvolvimento infantil. Por exemplo, a pergunta “Seu filho consegue andar?” está na página para crianças de 18 meses. A duração é de 10 à 15 minutos para que os cuidadores concluam o registo dos dados sobre o desenvolvimento infantil na lista de verificação.

Além de 60 cuidadores entrevistados nas clínicas da família, 20 cuidadores foram entrevistados por meio de visitas domiciliares. Dos 80 cuidadores, 78 (97.5%) responderam que sempre levam o Caderno de SMI às clínicas da família. Sessenta e cinco dos 78 (83.3%) declararam que o Caderno de SMI foi útil para acompanhar o desenvolvimento de seus filhos e nas consultas para imunização. Quarenta e um cuidadores (52.5%) preencheram dados em colunas de registo das páginas azuis antes de sua visita às unidades sanitárias. Cinco deles (6.0%) descobriram que seus filhos apresentaram um atraso no progresso do desenvolvimento.

Consulta de puericultura no Distrito de Bayangol, Ulaanbaatar

No distrito de Bayangol, o Caderno de SMI tem sido usado para rastrear o atraso no desenvolvimento infantil durante a primeira infância. No distrito, a consulta de puericultura de 18 meses é realizado rotineiramente desde Maio de 2017. O Caderno de SMI desempenha um papel importante nas consultas periódicas, porque o auto-registo pelos cuidadores informa efectivamente aos profissionais de saúde sobre o estado de desenvolvimento das crianças, observável apenas em casa. Das 377 crianças que participaram das consultas de 18 meses

em Maio de 2017 no distrito de Bayangol, 11 (2.9%) e 42 (11.1%) apresentaram atraso em suas habilidades motoras e linguísticas, respectivamente. Enquanto alguns dos que apresentaram atraso no desenvolvimento foram encaminhados para exames detalhadas, outros foram orientados a participar do Programa de Desenvolvimento Mãe-Filho, um programa especializado de intervenção precoce.

Como existem poucas informações disponíveis sobre o desenvolvimento da primeira infância em Mongólia, o monitoramento sistemático do crescimento e desenvolvimento precoce das crianças usando o Caderno de SMI fornece uma oportunidade inestimável de identificação precoce e intervenção precoce para atrasos no desenvolvimento.

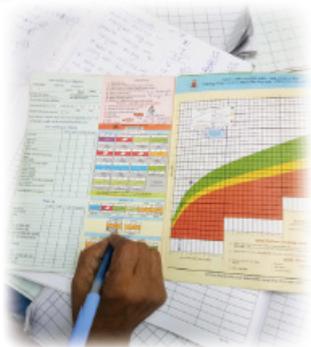
Conclusão

Em Mongólia, o Caderno de SMI serve como um “ponto de entrada” para a identificação precoce do atraso no desenvolvimento infantil, que de outra forma poderia ser negligenciado. Assim, ajuda os cuidadores e profissionais de saúde a iniciar mais cedo ou atempada as intervenções necessárias.

Soyogereel Gochoo, Tetsuya Ishii, Projecto da Jica para Fortalecer as Habilidades dos Professores em Tratamentos Justos de Crianças com Disabilidade (START, sigla em inglês), Ulaanbaatar

Leituras adicionais

1. Mori R, et al. The Maternal and Child Health (MCH) Handbook in Mongolia: A Cluster Randomized, Controlled Trial. PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0119772 April 8, 2015 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119772>.
2. Mori R, Empowering families by MCH Handbook: Lessons learnt in Mongolia <http://www.mchhandbook.com/download/COUNTRY%20RE>.
3. The 6th International Conference on Maternal and Child Health (MCH) Handbook: Tokyo, Japan, November 8 to 10, 2008: Conference Proceedings https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/14054/ProcMCH_day2-1.pdf.



Um trabalhador de saúde transcrevendo os dados de saúde de uma criança em um CPMC

da curva de crescimento infantil em nenhum dos CPMCs.

Registro de dados esporádico

O registro preciso dos resultados das utilizações dos serviços de cuidados de saúde é propício não apenas para melhorar e manter um sistema de serviço de saúde eficaz, mas também para desenvolver políticas e planejamento de saúde baseados em evidências. Além disso, o CPMC é definitivamente um daqueles registros de saúde críticos que podem ser usados por profissionais de saúde e pelas mães. No entanto, o nosso estudo descobriu que o registro de dados nos CPMCs era inadequado e esporádico. Enquanto os dados sobre consultas pré-natais foram registrados de

forma adequada, aqueles sobre cuidados pós-parto foram mal registrados.

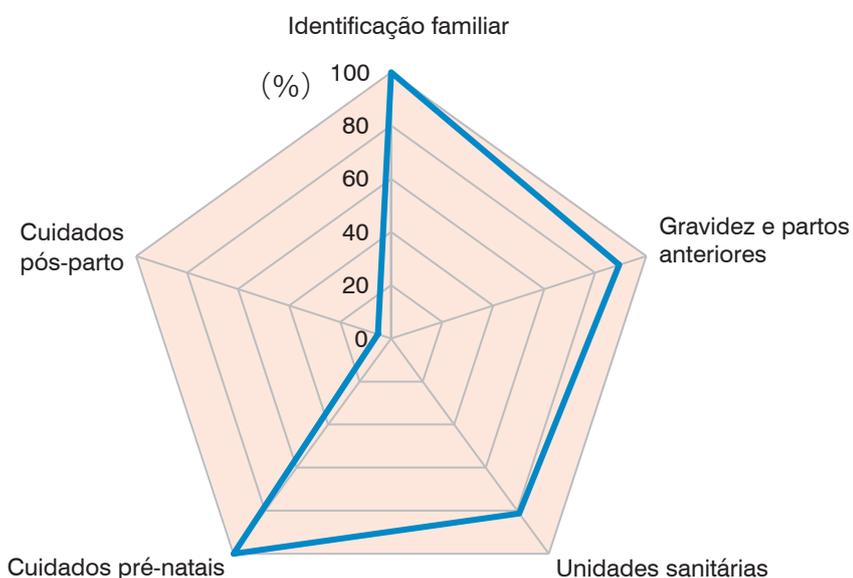
Este estudo identificou que o CPMC foi usado de forma mais adequada durante a gravidez do que na fase pós-parto. Esta conclusão está de acordo com resultados de estudos anteriores. Por exemplo, a Pesquisa Nacional de Saúde da Família IV reportou que 98.1% das gestantes foram registradas e receberam CPMCs na zona rural da Bengala Ocidental, semelhante à descoberta do nosso estudo. Por outro lado, existem várias discrepâncias entre o nosso estudo e os outros. Por exemplo, a 4ª Pesquisa de Domicílios e Instalações de Nível Distrital reportou que 60.6% das mães que vivem na zona rural da Bengala Ocidental receberam cuidados pós-parto de profissionais de saúde, enquanto nosso estudo descobriu que poucas mães tiveram seus dados do pós-parto registrados nos CPMCs. Também houve discrepâncias entre os itens de registro. Formação apropriado sobre o uso do CPMC para profissionais de saúde deve ser organizada e realizada. Sessões de educação em saúde devem ser realizadas para as mães, usando o CPMC como material de ensino e aprendizagem.

▼ Tabela 1. Número de colunas de registro preenchidas no CPMC

Categoria de dados/informações	Número total de colunas de entrada	Faixa de número de colunas de entrada onde os dados foram registrados	Valor mediano de colunas de entrada onde os dados foram registrados
Identificação familiar	8	6-8	8
Gravidez e partos anteriores	19	16-19	17
Unidades sanitárias	16	10-13	13
Consultas pré-natais	33	30-33	33
Cuidados pós-parto	38	0-2	0
Totaltotal	114	56-70	68

Conclusão

Este estudo descobriu que o nível de registro de dados nos CPMCs não é consistente, mas sim esporádico. Enquanto alguns tipos de dados (por exemplo, consultas pré-natais) foram registrados adequadamente, outros não foram (por exemplo, cuidados pós-parto). Mais oportunidades de formação e educação sobre saúde devem ser proporcionadas aos profissionais de saúde e às mães, respectivamente.



▲ Figura 1. Proporções de colunas de registro concluídas no CPMC

Subhadip Bag

Faculdade de Medicina e Hospital, Kolkata

Leituras adicionais

1. Bag S et al. Evaluation of mother and child protection card entries in a rural area of West Bengal. *Int J Community Med Public Health*. 2017 Jul; 4(7): 2604-2607.
2. National Family Health Survey IV, 2015-16: State Factsheet-Rural West Bengal.
3. District Level Household and Facility Survey 4, 2012-13: State Factsheet -Rural West Bengal.



INDONÉSIA: Eficácia do uso adequado do Caderno de SMI na prática contínua dos cuidados da SMNI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Indonésia, 2009

Antecedentes

Para melhorar a utilização dos serviços de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), o Ministério da Saúde da Indonésia, em colaboração com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), desenvolveu o Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI), um registo integrado conservado em casa para cuidados essenciais de SMNI. Espera-se que o Caderno de SMI não facilite apenas oportunamente, mas também a utilização contínua dos serviços de SMNI. Uma vez tendo sido recebido por uma gestante em sua primeira consulta pré-natal (CPN), o Caderno de SMI é levado a várias unidades sanitárias onde os serviços de SMNI estão disponíveis e usado como referência de registo conservado em casa durante a gravidez e a criação dos filhos. O Caderno de SMI permite que os profissionais de saúde documentem e monitorem os resultados dos serviços e incentivem a tomada de decisão clínica baseada em evidências. Além disso, ajuda os seus utentes a entenderem as mensagens que levam para casa. Este estudo estimou a eficácia do uso adequado do Caderno de SMI na utilização dos principais serviços de SMNI e na prática de cuidados de SMNI em casa na área rural de Java, Indonésia.

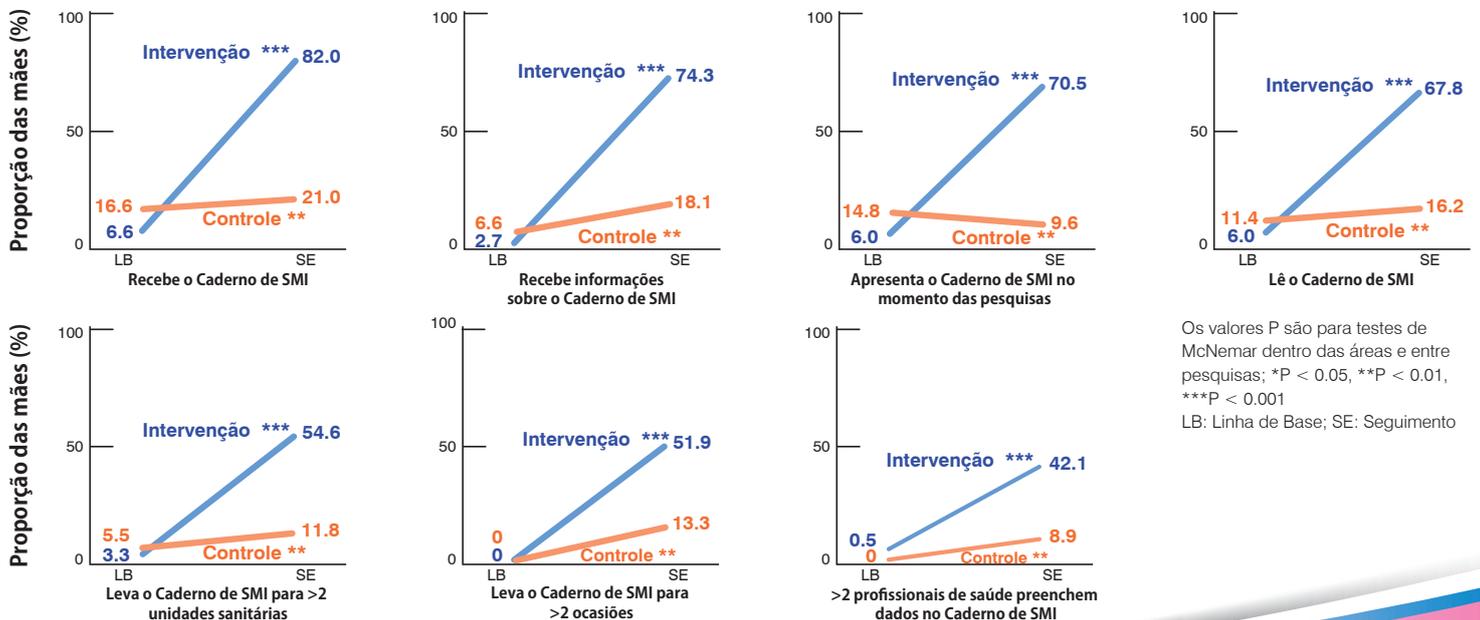
Áreas de estudos e principais intervenções

Realizamos um ensaio randomizado controlado em cluster baseado em unidades sanitárias, com um acompanhamento de dois anos. As mulheres que estavam grávidas em 2007 foram contactadas novamente em 2009. O estudo foi realizado no distrito

de Garut, um dos 27 distritos da província de Java Ocidental, com 3,066.88 km² de dimensão territorial. Havia dois hospitais e 62 centros de saúde (CSs) atendendo 2.3 milhões de pessoas residem em 424 aldeias. Devido à topologia montanhosa, as áreas do norte, oeste e leste do distrito apresentam várias áreas de difícil acesso. Em 2005, o Gabinete Nacional de Estatística classificou 35% das famílias do distrito como pobres. O parto assistido por profissionais de saúde era menos comum no distrito (52.4%) do que a média provincial (71.4%). Quatro elementos de intervenção foram projectados como o pacote de “uso adequado” implementável mesmo com recursos adicionais limitados: (i) fornecimento do Caderno de SMI as gestantes na primeira visita do CPN; (ii) registo de dados de saúde nos Cadernos de SMI pelos prestadores de serviços de saúde; (iii) realização de educação/orientação em saúde por profissionais de saúde usando o Caderno de SMI; e (iv) sensibilização das mães sobre os cuidados com a SMNI usando o Caderno de SMI.

Uso adequado do Caderno de SMI nas áreas de intervenção

Das 647 gestantes inscritas na pesquisa de linha de base (LB), 454 (70.2%) foram re-contactadas com sucesso na pesquisa de seguimento (SE). A proporção dos portadores do Caderno de SMI na área de intervenção aumentou significativamente entre a LB e SE (P < 0.001), enquanto que na área de controle diminuiu bastante (P = 0.644). A Figura 1 indica que no geral, o uso do Caderno de SMI na área de intervenção foi significativamente maior na SE do que na LB. A maioria



Os valores P são para testes de McNemar dentro das áreas e entre pesquisas; *P < 0.05, **P < 0.01, ***P < 0.001
LB: Linha de Base; SE: Seguimento

▲ Figura 1. Mudança no uso do Caderno de SMI nas áreas de intervenção e controle entre as pesquisas



Páginas para registo dos consultas pré-natais no Caderno de SMI, distrito de Garut, 2008 (Foto da JICA / Kenshiro Imamura)

das mães na área de intervenção já haviam recebido o Caderno de SMI (82.0%), junto com explicação dos profissionais de saúde (74.3%).

Em 42.1% dos Cadernos de SMI distribuídos na área de intervenção, os dados de saúde foram registados não exclusivamente por um profissional de saúde, mas por dois ou mais. Verificou-se que 67.8% das mães e seus familiares já haviam lido o Caderno de SMI. O Caderno de SMI foi levado para duas ou mais unidades sanitárias (54.6%) em diferentes ocasiões e em diferentes estágios de SMNI (51.9%). Os voluntários de saúde comunitária desempenharam um papel importante no apoio as mães para a aderirem as orientações relacionadas à saúde descritas no Caderno de SMI.

Utilizações de serviços observadas na área de intervenção

As mães da área de intervenção utilizaram os serviços de SMNI mais variada e consecutivos do que aquelas da área de controle. Verificou-se no SE que a proporção das mães que receberam duas injeções de toxóide tetânico (TT) durante a gravidez na área de intervenção (76.0%) foi significativamente maior do que da área de controle (59.8%) ($P < 0.01$). Da mesma forma, no SE, as proporções das mães da área de intervenção que utilizaram os seguintes serviços foram significativamente maiores do que na área de controle: (i) ≥ 6 visitas de CPN (intervenção 54.6%; controle 40.6%; $P < 0.05$) e (ii) administração de suplemento da vitamina A para crianças (intervenção 87.4%; controle 75.6%; $P < 0.01$). A proporção daquelas que concluíram os cuidados contínuos de SMNI (ou seja, utilização de todos os quatro serviços principais de SMNI, incluindo (i) duas doses de injeções de TT; (ii) ≥ 6 visitas de CPN; (iii) parto assistido por profissionais de saúde; e (iv) a administração de suplemento da vitamina A para crianças na área de intervenção (19.7%) foi significativamente superior do que da área de controle (8.5%) (OR 2.47, IC 95% 1.29- 4.70) (Figura 2).

Cuidado domiciliar observada na área de intervenção

A alimentação adequada foi praticada por uma proporção significativamente maior das mães da área

de intervenção do que da área de controle no SE em: (i) amamentação contínua (intervenção 91.3%; controle 82.7%; $P < 0.01$) e (ii) introdução de alimentação complementar (intervenção 61.7%; controle 27.3%; $P < 0.001$). Cuidado domiciliar de SMNI para crianças doentes (ou seja, tosse) foi praticado por uma proporção significativamente maior das mães da área de intervenção (80.0%) do que da área de controle (53.3%) ($P < 0.01$). As seguintes mudanças positivas de comportamento foram observadas entre uma proporção significativamente maior dos esposos da área de intervenção do que da área de controle: (i) preparação financeira para o próximo parto (intervenção 59.6%; controle 43.9%; $P < 0.01$); (ii) manutenção dos bebês aquecidos (intervenção 35.5%; controle 26.6%; $P < 0.05$) e (iii) estímulo ao desenvolvimento infantil (intervenção 42.6%; controle 31.7%; $P < 0.05$).

Discussão

É muito provável que o uso adequado do Caderno de SMI promova a utilização de vários serviços durante todo o espectro de SMNI, desde a gravidez até a infância. Uma série de intervenções para o uso adequado do Caderno de SMI incentivar as mães a praticarem alimentação e cuidados mais adequados para os seus filhos em casa e os esposos a participarem dos cuidados da criação dos seus filhos. Observe que este é o primeiro estudo que tentou estimar prospectivamente a eficácia do uso adequado do Caderno de SMI para garantir os cuidados contínuos de SMNI, comparando o seu uso adequado entre as áreas de intervenção e de controle.

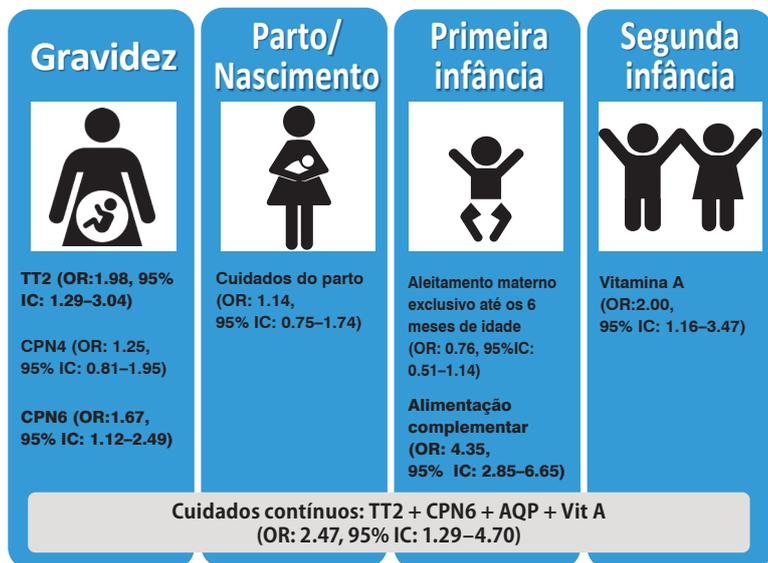
Conclusão

O estudo confirmou que os cuidados contínuos de SMNI baseados nas unidades sanitárias e baseados nos domicílios foram melhores praticados quando o Caderno de SMI foi utilizado adequadamente através do: (i) fornecimento do Caderno de SMI a gestantes na primeira visita de CPN; (ii) registo de dados de saúde por mais de dois profissionais de saúde; (iii) realização de educação/orientação em saúde por provedores de saúde usando o Caderno de SMI; (iv) sensibilização das mulheres/mães sobre os cuidados com a SMNI usando o Caderno de SMI; e (v) leitura e levar o Caderno de SMI para mais de duas unidades sanitárias em diferentes estágios pelas mulheres/mães.

Keiko Osaki¹, Kirana Pritasari²

¹ Agência de Cooperação Internacional do Japão

² Ministério da Saúde, Jakarta

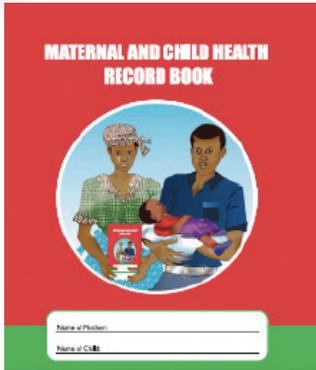


OR, razão de possibilidades-abreviatura em inglês de Odds Ratio; IC, intervalo de confiança; TT2, duas doses de injeção de toxóide tetânico; CPN4, mais de quatro visitas de CPN; CPN6, mais de seis visitas de CPN; AQP, assistente qualificada do parto; Vit A, suplementação de vitamina A para a criança

▲ Figura 2. Efeitos do uso do Caderno de SMI nas utilizações de serviço



GANA: Testando vantagens comparativas de um novo Livro de Registos combinado de SMI com os livros de registos separados existentes



Livro de Registos de Saúde Materno-Infantil, Gana, 2018

Antecedentes

Nas últimas décadas, o sistema de saúde do Gana tem usado dois registos conservados em casa separados para a saúde materno e infantil, ou seja, Registos de Saúde Materno (RSM) e Registos de Saúde Infantil (RSI). Os resultados do Projecto de Pesquisa de Implementação para Assegurar o Acesso aos Cuidados Regulares das Mães e dos Bebês do Gana (2012-16) destacaram a importância de vincular o RSM e o RSI e educar as mães na promoção dos Cuidados Contínuos (CC). Em resposta à recomendação, o Ministério da Saúde (MS) e o Serviço de Saúde do Gana desenvolveram o Livro de Registos de Saúde Materno-Infantil (LR SMI), um registo integrado conservado em casa para mãe e criança, com apoio técnico da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA). Antes da sua expansão a nível nacional, foi feito um teste piloto do LR SMI nas unidades sanitárias selecionadas em três regiões (Axante, Central e Alto Ocidental) durante o período de junho de 2017 a fevereiro de 2018. O estudo teve como objetivo examinar as vantagens comparativas esperadas do LR SMI sobre RSM e RSI.

Análise DED com base em dados do painel

Este estudo quase-experimental foi desenhado como um estudo de diferença em diferença (DED). Um

par de districtos com indicadores socioeconômicos similares foi selecionado em cada uma das três regiões piloto para garantir a homogeneidade entre elas. As unidades sanitárias de intervenção e de controle foram selecionadas aleatoriamente nos respectivos districtos. Um total de 1,200 mulheres foram selecionadas a partir de seis estratos, ou seja, consulta pré-natal (CPN1, CPN2, CPN3, CPN4), parto e cuidado pós-parto (CP). Destas, 318 mulheres (27%) foram incapazes de ser contactadas no momento da pesquisa de acompanhamento, principalmente devido à mudança dos seus districtos originais. Assim, o painel consistiu em 440 mulheres no grupo de intervenção e 442 mulheres no grupo de controle. Entrevistas estruturadas foram realizadas para as mulheres utilizando um questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) e satisfação com os serviços. O grupo de intervenção usou o LR SMI por seis meses, enquanto o grupo de controle usou o RSM e o RSI durante o mesmo período. Entrevistas estruturadas também foram realizadas para os profissionais de saúde (N = 120) nas unidades sanitárias de intervenção, após a intervenção. Antes da distribuição do LR SMI para as mulheres no grupo de intervenção, 60 profissionais de saúde que trabalhavam nas unidades sanitárias de intervenção participaram de uma orientação de dois dias sobre o conteúdo do LR SMI. Modelos de regressão linear com diferença em diferença (DED) foram usados para examinar o impacto do LR SMI.

As características dos entrevistados foram examinadas utilizando os dados da linha de base

A idade média das mulheres entre o grupo de intervenção (média = 26.63, dp = 6.09) e o grupo de controle (média = 26.71, dp = 6.49) e a paridade média entre o grupo de intervenção (média = 2.77, dp = 1.70) e o grupo de controle (média = 2.60, dp = 1.64) não produziram diferenças significativas. Embora a maioria das mulheres tenha concluído o ensino médio inferior, aproximadamente 30% das mulheres eram analfabetas em ambos os grupos. O estado civil foi diferente entre os dois grupos, ao mostrar uma proporção significativamente maior de mulheres separadas, divorciadas ou nunca casadas no grupo de controle (7.5%) do que no grupo de intervenção (2.1%) ($P < 0.001$) (Tabela1).

LR SMI como um promotor dos CC e melhor preparação para o parto e os riscos

Neste estudo, a conclusão dos CC foi definida como

▼ Tabela 1. Características das entrevistadas na pesquisa da linha de base

	Grupo Intervenção (n=440)	Grupo Controle (n=442)	Valor P
Idade (média em anos (DP))	26.63 (6.09)	26.71 (6.49)	
Paridade (média em anos (DP))	2.77 (1.70)	2.60 (1.64)	
Idade			
15 - 19	41 (9.3%)	56 (12.7%)	
20 - 34	347 (78.9%)	328 (74.2%)	
>34	52 (11.8%)	58(13.1%)	
Educação			
Nenhuma	74 (16.8%)	80 (18.1%)	
Primário	79 (18.0%)	67 (15.2%)	
Médio inferior	210 (47.4%)	208 (47.1%)	
Médio/Médio Técnico	48 (10.9%)	66 (14.9%)	
Superior e acima	29 (6.6%)	21 (4.8%)	
Alfabetização			
não sabe escrever nem ler	138 (31.4%)	113 (25.6%)	
Estado civil			***
Casada	339 (77.0%)	293 (66.3%)	
Coabitando	92 (20.9%)	116 (26.2%)	
Separada/Divorciada/Nunca casou	9 (2.1%)	33 (7.5%)	
Paridade			
Primeira gravidez	122 (27.7%)	143 (32.4%)	

*** $P < 0.001$



Mãe e filho receberam LR SMI em um centro de saúde na Região de Axante

a utilização de todos os serviços principais : (i) ≥ 4 visitas de CPN; (ii) parto assistido por assistente qualificada do parto; e (iii) CP dentro de 48 horas após o parto, em duas semanas e seis semanas para a mãe e criança. A taxa de conclusão dos CC durante os últimos seis meses foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controle no momento do acompanhamento (Intervenção 76.8%, Controle 62.9%, $P < 0.001$).

As análises DED confirmaram que o conhecimento relacionado a SMI aumentou significativamente no grupo de intervenção do que no grupo de controle. A proporção de mulheres que identificaram correctamente mais de cinco sinais de perigo durante a gravidez aumentou significativamente no grupo de intervenção do que no grupo de controle (Intervenção de 25.7% a 60.5%, Controle de 27.1% a 33.5%, DED 28.4%, $P < 0.001$). Da mesma forma, a proporção de mulheres que identificaram correctamente mais de cinco sinais de perigo durante a infância (Intervenção de 17.7% a 55.0%, Controle de 17.0% a 29.6%, DED 24.7%, $P < 0.01$) e mulheres que sabiam mais de três coisas para prepararem-se para o parto (Intervenção de 45.9% a 78.2%, Controle de 49.1% a 63.1%, DED 18.3%, $P < 0.001$) aumentou significativamente no grupo de intervenção do que no grupo de controle.

Uma proporção significativamente maior de casais no grupo de intervenção discutiu o plano de parto (Intervenção de 71.5% a 83.6%, Controle de 68.6% a 64.3%, DED 16.4%, $P < 0.001$) e prepararam-se para o parto (Intervenção de 73.2% a 94.2%, Controle de 72.6% a 81.3%, DED 12.3%, $P < 0.01$). Uma proporção significativamente maior de mulheres foi incentivada pelos familiares a procurar os serviços de saúde (Intervenção de 77.3% a 94.7%, Controle de 82.8% a 87.3%, DED 12.9%, $P < 0.01$) (Tabela 2).

Satisfação entre as mulheres e os profissionais de saúde

Uma proporção significativamente maior de mulheres que usou o LR SMI e estava "muito satisfeita com os serviços nos últimos seis meses" no acompanhamento (Intervenção 77.9%, Controle 58.2%, $P < 0.001$). Como o estado civil pode ter confundido o nível de satisfação, foi necessária uma análise mais aprofundada para controlar o estado civil. Oitenta e seis por cento dos profissionais de saúde que usaram o LR SMI concordaram que o livro tornou o trabalho mais eficiente do que utilizando dois registos separados. E 97% perceberam que o LR SMI ajudou-lhes a fornecer melhores serviços de saúde, enquanto 73% consideraram que o seu trabalho tornou-se mais ocupado e complicado. Isso pode ter ocorrido porque os profissionais de saúde são obrigados a transcrever os dados de saúde do RSM e do RSI para o LR SMI durante o período de transição.

Conclusão

Os resultados do estudo confirmaram que o uso do LR SMI provavelmente promove os CC, aumentando a consciência e a preparação para os riscos relacionados a SMI e incentivando as mulheres a procurar os serviços essenciais. Além disso, o LR SMI também é altamente aceite por mulheres e profissionais de saúde, enquanto o dever extra para os profissionais de saúde durante o período de transição entre os dois registos separados para o registo conservado em casa integrado precisa ser cuidadosamente considerado para receber medidas de apoio. Com base nos resultados deste teste, o Ministério da Saúde do Gana lançou o LR SMI para ampliação em nível nacional, em março de 2018.

Akiko Hagiwara¹, Patrick K Aboagye², Mercy Abbey³, Abraham Hodgson³

¹ Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

² Divisão da Saúde da Família

Serviço de Saúde do Gana, Acra

³ Divisão de Pesquisa e Desenvolvimento,

Serviço de Saúde do Gana, Acra

▼ Tabela 2. Resumo da análise DED sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada a SMI

Indicador	Grupo Intervenção (N=440)			Grupo Controle (N=442)			Diferenças em diferenças (DED) %
	LB (%)	SE (%)	% Mudança da LB	LB (%)	SE (%)	% Mudança da LB	
Conhecimentos							
Conhece mais de 5 sinais de perigo durante a gravidez	25.7	60.5	34.8	27.1	33.5	6.4	28.4 ***
Conhece mais de 5 sinais de perigo para a criança	17.7	55.0	37.3	17.0	29.6	12.6	24.7 **
Sabe mais de três coisas para preparar-se para o parto	45.9	78.2	32.3	49.1	63.1	14.0	18.3 ***
Sabe quando é a próxima consulta	73.4	90.5	17.1	79.9	73.5	-6.4	23.5 ***
Sabe quanto tempo o aleitamento materno exclusivo deve ser praticado	73.0	94.5	21.5	80.1	86.0	5.9	15.6 ***
Atitudes							
Vontade de fazer mais perguntas ao profissional de saúde	91.4	96.4	5.0	84.2	88.4	4.2	0.8 *
Vontade de discutir o plano de parto com o parceiro	90.5	98.2	7.7	87.6	91.2	3.6	4.1
Práticas							
Discutiu os sinais de perigo da gravidez com o parceiro	77.9	81.8	3.9	79.0	85.1	6.1	-2.2 **
Discutiu os sinais de perigo para uma criança com o parceiro	62.0	90.6	28.6	55.4	66.8	11.4	17.2 ***
Discutiu o plano de parto com o parceiro	71.5	83.6	12.1	68.6	64.3	-4.3	16.4 ***
Preparou-se para o parto de acordo com o plano de parto	73.2	94.2	21.0	72.6	81.3	8.7	12.3 **
Realizou mais perguntas aos profissionais de saúde	75.9	90.3	14.4	68.1	80.6	12.5	1.9
O profissional de saúde explicou a data da próxima consulta	85.5	97.9	12.4	86.9	92.4	5.5	6.9 *
Incentivada pelo parceiro a procurar o serviço de saúde	88.9	96.1	7.2	86.4	89.2	2.8	4.4
Encorajadas pelos familiares a procurar serviço de saúde	77.3	94.7	17.4	82.8	87.3	4.5	12.9 **

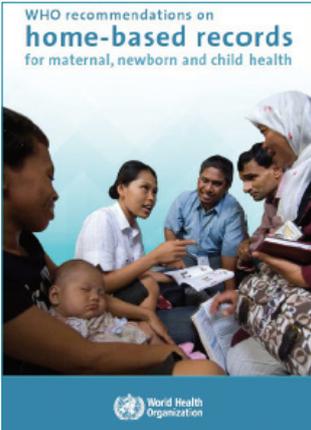
LB: Linha de Base; SE: Seguimento
* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$

Leituras adicionais

- Hodgson A et al. GHANA: The role of CoC Card as an icon for continuum of care. Technical Brief for Global Promotion of Maternal and Child Health Handbook. Vol 7. July 2016. Japan International Cooperation Agency, Tokyo.



Recomendações da OMS sobre os registos conservados em casa de saúde materna, neonatal e infantil



Directriz da OMS "Recomendações da OMS sobre os registos conservados em casa para saúde materna, neonatal e infantil", Genebra 2018

Antecedentes

Um registo conservado em casa é um documento de saúde usado para registar o histórico dos serviços de saúde que um indivíduo recebe. É mantido em casa, em papel ou formato electrónico, pelo indivíduo ou cuidador. O uso desses registos deve ser integrado ao sistema de informações de saúde e complementar os registos mantidos pelas unidades sanitárias. Os registos conservados em casa variam de anotações pré-natais ou somente cartões de vacinação, para cartões de vacinação mais ampliados, livros de saúde infantil ou livros integrados de saúde materno-infantil, que geralmente incluem mensagens de educação em saúde.

Alguma forma de registo conservado em casa é usada em pelo menos 163 países, embora variem bastante em termos de estrutura e informações registadas neles. Em alguns países, quase todos mantêm um registo conservado em casa, enquanto em outros a retenção e o uso são menores.

Embora os registos conservados em casa tenham sido amplamente implementados ao longo de décadas, as evidências dos seus benefícios não foram previamente revisados de maneira sistemática e resumidas. A OMS recentemente publicou uma directriz que aborda essa lacuna e fornece recomendações actualizadas baseadas em evidências sobre o uso dos registos conservados em casa para os resultados da SMNI.

Métodos

A directriz foi desenvolvida usando o processo padrão da OMS para o desenvolvimento de directrizes, supervisionada por um Grupo Director da OMS. Foram encomendadas revisões sistemáticas das evidências quantitativas e qualitativas e uma análise do quadro da literatura cinzenta e entrevistas com os principais informantes. A qualidade, a certeza e a confiança das evidências foram classificadas usando a *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) e as abordagens da Confiança

▼ Tabela 1. Recomendações sobre registos conservados em casa

RECOMENDAÇÃO 1. Recomenda-se o uso dos registos conservados em casa como complemento aos registos baseados em instalações para o atendimento das gestantes, mães, recém-nascidos e crianças, para melhorar o comportamento de busca de cuidados, de envolvimento masculino e o apoio no lar, de práticas de cuidados materno-infantis, de alimentação de bebês e crianças, e de comunicação entre os profissionais de saúde e mulheres/cuidadores. (Evidência de baixa certeza).

RECOMENDAÇÃO 2. Não houve evidências suficientes disponíveis para determinar se algum tipo específico, formato ou design de registo conservado em casa é mais eficaz. Os decisores de políticas devem envolver as partes interessadas para discutir as considerações importantes com relação ao tipo, conteúdo e implementação dos registos conservados em casa.

Comentários do Grupo de Desenvolvimento de Diretrizes

- ▶ Alguns dos estudos mostraram efeitos positivos nos seguintes resultados:
 - procura de cuidados de imunização de saúde materna
 - resultados relacionados a um ambiente doméstico de suporte para os cuidados de saúde materno-infantil (SMI)
 - alimentação infantil e outras práticas de cuidados da saúde infantil
 - crescimento e desenvolvimento infantil
 - continuidade dos cuidados em toda SMI e
 - comunicação com os provedores de saúde.
- ▶ Evidências qualitativas indicam que mulheres, cuidadores e prestadores de uma variedade de ambientes valorizam os registos conservados em casa.
- ▶ As limitações das evidências incluem:
 - Poucos estudos foram encontrados.
 - Metade dos estudos foram realizados em países de alta renda.
 - Alguns dos estudos estão desactualizados, tendo sido realizados antes de 2000.
 - Existe uma grande variação nos estudos (ou seja, diferentes tipos de registos conservados em casa em diferentes contextos e diferentes resultados foram avaliados).
 - Para muitos resultados, foram reportados efeitos não significativos ou não foram encontrados estudos sobre os registos conservados em casa.
- ▶ Existem alguns cenários em que os registos conservados em casa podem ser de maior valor; por exemplo, em ambientes remotos e frágeis, onde os sistemas de saúde são fracos ou onde os sistemas de informação de saúde estão ausentes ou ruins, e em locais onde os cuidadores podem usar múltiplas unidades sanitárias.



10ª Conferência Internacional sobre o Caderno de Saúde Materno-Infantil (Tóquio, novembro de 2016), onde foi reportado o progresso do processo de desenvolvimento das directrizes

na Evidência das Revisões da pesquisa qualitativa (CERQual). As reuniões do Grupo de Desenvolvimento de Directrizes (GDD), um grupo internacional de especialistas, foram realizadas em novembro de 2017 e abril de 2018 para discutir e revisar as evidências e desenvolver recomendações. O GDD analisou as evidências sobre os seguintes critérios: efeitos (impacto e possíveis danos), valor para as partes interessadas, recursos necessários, relação custo-benefício, equidade, aceitabilidade e viabilidade. O esboço da directriz foi revisto por revisores externos e pelo Comitê de Revisão das Directrizes da OMS. A directriz final foi publicada em setembro de 2018.

Considerações da implementação

A capacidade dos registos conservados em casa de contribuir para os resultados da SMNI depende da qualidade da implementação. As principais considerações da implementação para os países levarem em conta, listadas abaixo, aplicam-se aos níveis nacionais e subnacionais. Elas lidam com o conteúdo e o design dos registos conservados em casa, a importância de integrá-los aos serviços e sistemas de saúde, mantendo os custos baixos, e abordando efectivamente as necessidades dos profissionais de saúde, mulheres e cuidadores. O governo e os decisores de políticas devem discutir essas questões com os parceiros ao avançar. Os gestores de programa também precisam considerar esses pontos antes de prosseguir ou continuar com a implementação dos registos conservados em casa.

As principais partes interessadas devem estar envolvidas em todas as etapas do processo de implementação, a partir do conteúdo e a estrutura dos registos conservados em casa para a formação dos profissionais de saúde e a utilização pelos usuários finais. Cada etapa deve ser planeada e orçamentada para maximizar o impacto potencial dos resultados dos registos conservados em casa.

Design e conteúdo

Deve-se considerar cuidadosamente quais informações pessoais são necessárias para serem incluídas de modo a evitar estigma e discriminação. A privacidade precisa ser considerada, especialmente no caso de registos electrónicos conservados em casa, em relação a informações potencialmente sensíveis que os utentes podem desejar manter a confidencialidade, por exemplo, teste de VIH, estado ou tratamento. O design e o conteúdo dos registos conservados em casa precisam ser adaptados para o uso apropriado em contextos locais, considerando prioridades de saúde, serviços disponíveis e idioma. Para países com multifuncionais registos conservados em casa, os planeadores devem garantir que o conteúdo seja harmonizado para promover os cuidados contínuos. Onde os níveis de alfabetização são baixos, os registos conservados em casa devem incluir mais imagens e menos textos.

Formação

Os profissionais de saúde precisarão de formação inicial, actualização e supervisão para garantir que os registos sejam preenchidos correctamente e que os indivíduos e cuidadores sejam lembrados de manter os seus registos conservados em casa e levá-los todas as vezes que visitam às unidades sanitárias.

Sustentabilidade

O financiamento sustentável e os preços mais baixos devem ser assegurados para todos os custos dos registos conservados em casa, incluindo o papel durável e os serviços de impressão.

Planeamento

Forte propriedade e liderança do governo – incluindo planeamento, integração e orçamento – são essenciais para a definição de prioridades e a sustentabilidade dos registos conservados em casa. Redesigns regulares dos registos conservados em casa são importantes para manter as informações de saúde actualizadas. Cronogramas de redesigns devem ser definidos e respeitados, a fim de evitar atrasos e ruptura de estoque. Os planeadores do sistema de saúde devem garantir o fornecimento e disponibilidade contínua dos registos conservados em casa actualizados, que podem ser distribuídos através de cadeias de abastecimento e estruturas do sistema de saúde existente.

Educação em Saúde

Confiar exclusivamente nos registos conservados em casa para fornecer mensagens e informações sobre educação em saúde pode não melhorar as práticas e a procura dos cuidados. Estratégias de comunicação e promoção de saúde abrangentes são necessárias, em que os registos conservados em casa podem ser um componente.

Potencial dano

Embora a publicidade responsável possa gerar receitas valiosas, a publicidade nos registos conservados em casa pode apresentar potenciais conflitos de interesses e causar danos, por exemplo, anúncios de leite em pó ou de partidos políticos. O programa do país deve avaliar cuidadosamente os riscos e benefícios.

Lacunas de pesquisa

Em geral, são necessárias evidências mais robustas sobre a melhor forma de implementar os registos conservados em casa para garantir o impacto nos resultados da SMNI e dos serviços de saúde. Seria bom ter um consenso sobre os principais componentes da implementação dos registos conservados em casa e as principais medidas de resultados para avaliá-los. Pesquisa adicional é particularmente necessária sobre os benefícios do uso dos registos conservados em casa para registar informações sobre aspectos únicos da saúde, em comparação com os registos conservados em casa para múltiplos aspectos, e aqueles que também são projectados para fins de educação em saúde.

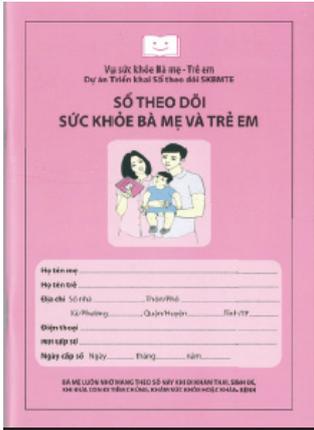
O desenvolvimento da directriz da OMS foi apoiado pela Agência de Cooperação Internacional do Japão.

Leituras adicionais

1. Aiga H, Pham HTK, Nguyen DC. Cost-savings through implementation of an integrated home-based record: A case study in Vietnam. *Public Health* 2018; 156: 124-131.
2. Aiga H, Nguyen DV, Nguyen DC, Nguyen TTT, Nguyen TPL. Fragmented implementations of maternal and child health home-based records in Vietnam: Need for an integration. *Glob Health Action* 2016; 9 (2): 29924.



VIETNAME: Redução de custos com o termino de implementações paralelas de vários registos conservados em casa para a saúde materna e infantil



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Vietnam, 2014

Introdução

No Vietname, havia um total de pelo menos 23 tipos de registos conservados em casa (RCCs) para saúde materno-infantil (SMI), em 2014. Desses, três já foram implementados à nível nacional: i) Caderno de Saúde Materno-Infantil (Caderno de SMI); ii) Caderno de Vacinação Infantil; e iii) Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil. O Caderno de Vacinação Infantil e o Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil incluem os itens registados exclusivamente sobre imunização infantil e monitoramento do crescimento infantil, respectivamente. O Caderno de SMI cobre todos os itens essenciais de registo incluídos nos outros dois RCCs. É provável que essa sobreposição de itens de registo entre os três RCCs tenha levado ao uso ineficiente dos recursos financeiros e humanos. Este Resumo Técnico tenta estimar a magnitude da economia de custos que se espera obter ao implementar exclusivamente o Caderno de SMI e cancelar os outros dois RCCs.

Estimando os custos anuais de operação dos RCCs

Foram colhidos dados secundários sobre os custos unitários das operações de RCC : (i) custos unitários de produção e distribuição dos três RCCs; (ii) unidades de tempo gastos registando os resultados dos serviços comuns de SMI entre o Caderno de SMI e outros dois RCCs; e (iii) unidade salarial baseado em escala salarial para enfermeiras/parteiras alocadas nos centros de saúde comunitários com a responsabilidade primária pelo

registo de dados nos RCCs. Contudo, foram colhidos dados secundários quantitativos como multiplicadores dessas custos unitários: (iv) número total de gestantes e recém-nascidos como receptoras/portadoras de RCC por ano; (v) número total de vacinas a serem administradas às crianças por ano; e (vi) número total de actividades de monitoramento de crescimento a serem realizadas junto às crianças por ano.

Foram estimados os custos operacionais recorrentes (ou seja, custos de produção, distribuição e oportunidade dos trabalhadores da saúde) sobrepostos entre três RCCs, aplicando a seguinte fórmula [1] para os respectivos RCCs:

$$C_{it} = \sum_j C_{ij} = C_{ip} + C_{io} = U_{ip} \cdot Q_{ip} + U_{io} \cdot Q_{io} \dots \dots \dots [1]$$

Onde, C_{it} : Custos anuais totais recorrentes da operação do RCC_i

C_{ip} : Custo total anual de produção e distribuição do RCC_i

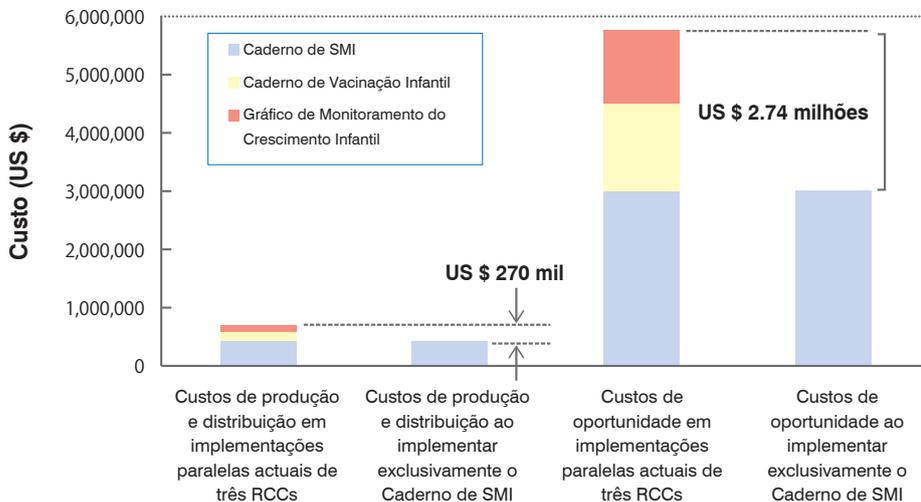
C_{io} : Custo total anual de oportunidades dos profissionais de saúde para registar dados no RCC_i

U_{ip} : Custo unitário de produção e distribuição do RCC_i, [USD/cópia]

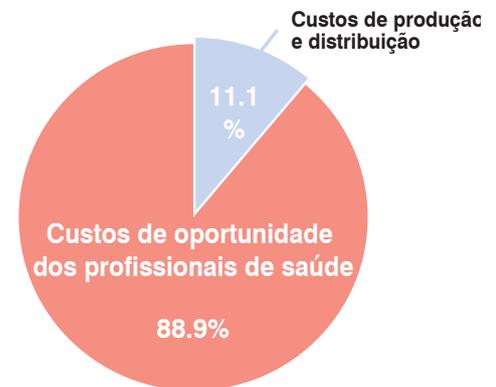
U_{io} : Custo unitário de oportunidade dos profissionais de saúde para registar dados no RCC_i, [USD/cópia]

Q_{ip} : Quantidade de cópias do RCC_i

Q_{io} : Quantidade de tempo gasto registando os dados no RCC_i pelos profissionais de saúde



▲ Figura 1. Economia de custos através da operação exclusiva do Caderno de SMI



▲ Figura 2. Percentagem dos custos de oportunidade dos profissionais de saúde na economia total de custos



Um jovem casal usando o Caderno de SMI (Foto: Visão Mundial, Vietname)

Economia de custos esperada

Ao implementar exclusivamente o Caderno de SMI e encerrar os outros dois RCCs, seria economizado um total de US \$ 3.01 milhões (= US \$ 2.74 milhões + US \$ 270 mil) por ano. (Figura 1). No entanto, a conversão dos custos de oportunidade economizados (US \$ 2.74 milhões) em orçamentos de outros itens de custo seria praticamente difícil, a menos que parte dos profissionais de saúde responsáveis pelo registo de dados nos RCCs fossem demitidos. Portanto, apenas o valor a ser economizado na produção e distribuição do RCC (US \$ 270 mil) pode ser convertido realisticamente em outros itens de custo, para um uso mais eficiente dos recursos financeiros.

Os custos de produção e distribuição representam apenas 11.1% do total de custos recorrentes dos RCCs (= US\$ 721 mil/US \$ 6.48 milhões), apesar de muitas vezes serem responsáveis pela maior proporção (Figura 2).

Conclusão

O valor estimado (US \$ 3.01 milhões por ano) indica economia de custo mínima esperada, porque representa a magnitude da economia exclusivamente em custos recorrentes. Podem ser esperadas economias de custo adicionais nos itens de custo de investimento. Isso ocorre, por exemplo, pois seria desnecessário formar profissionais de saúde nas operações dos outros dois RCCs e realizar monitoria e avaliação para os outros dois RCCs.

Enquanto o Caderno de SMI tem sido implementado pelo Departamento de Saúde Materna e Infantil, o Caderno

de Vacinação Infantil e o Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil têm sido implementados pelo Instituto Nacional de Higiene e Epidemiologia e Instituto Nacional de Nutrição, respectivamente. Portanto, a implementação exclusiva do Caderno de SMI não apenas levará à redução de custos, mas também promoverá a colaboração e coordenação entre departamentos no Ministério da Saúde.

A implementação exclusiva do Caderno de SMI contribuirá significativamente para o aumento dos cuidados contínuos para a SMI. Isso ocorre porque o Caderno de SMI, um RCC integrado, abrange todas as etapas da SMI: (i) consulta pré-natal; (ii) parto/nascimento; (iii) cuidado pós-parto; (iv) imunização infantil; (v) monitoramento do crescimento infantil; e (vi) desenvolvimento da primeira infância.

Hirotsugu Aiga

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

1. Aiga H, Pham HTK, Nguyen DC. Cost-savings through implementation of an integrated home-based record: A case study in Vietnam. *Public Health* 2018; **156**: 124-131.
2. Aiga H, Nguyen DV, Nguyen DC, Nguyen TTT, Nguyen TPL. Fragmented implementations of maternal and child health home-based records in Vietnam: Need for an integration. *Glob Health Action* 2016; **9** (2): 29924.

▼ Tabela 1. Economia de custos através da operação exclusiva do Caderno de SMI

	Custo unitário	Quantidade	Custo [US \$/ano]
C_{ip} : Custos da distribuição e produção do RCC			
(a) Caderno de SMI	0.31673 [US \$/cópia]	1,423,991 [cópia/ano]	451,021
(b) Caderno de Vacinação Infantil	0.09464 [US \$/cópia]	1,423,991 [cópia/ano]	134,767
(c) Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil	0.09464 [US \$/cópia]	1,423,991 [cópia/ano]	134,767
(b) + (c) Economia de custos através da operação exclusiva do Caderno de SMI			269,533
C_{io} : Custos de oportunidade dos profissionais de saúde para registrar dados no RCC			
Registo de resultados da imunização infantil			
(d) Caderno de SMI	4.15 [min/imunização infantil]	19,798,885 [imunização infantil/ano]	1,741,588
(e) Caderno de Vacinação Infantil	3.50 [min/imunização infantil]	19,798,885 [imunização infantil/ano]	1,468,809
(f) Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil	(n.a.)	(n.a.)	(n.a.)
Registo de resultados da imunização infantil			
(g) Caderno de SMI	4.25 [min/avaliação do crescimento infantil]	14,126,560 [avaliação do crescimento infantil/ano]	1,272,571
(h) Caderno de Vacinação Infantil	(n.a.)	(n.a.)	(n.a.)
(i) Gráfico de Monitoramento do Crescimento Infantil	4.25 [min/avaliação do crescimento infantil]	14,126,560 [avaliação do crescimento infantil/ano]	1,272,571
(e) + (i) Economia de custos através da operação exclusiva do Caderno de SMI			2,741,380
Economia total de custos ao operar exclusivamente o Caderno de SMI			3,010,913



BUTÃO: Desenvolvimento do registo eletrónico da SMI vinculado ao Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Butão, 2019

Antecedentes

O Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI), um registo conservado em casa integrado da SMI, é usado no Butão para registar os resultados das consultas pré-natais e pós-natais das mães, imunização, suplementação de vitamina A, desparasitação e monitoramento do crescimento de seus filhos. O UNICEF e a OMS têm apoiado técnica e financeiramente o Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento e na implementação do Caderno de SMI desde 2007. O Caderno de SMI substituiu os três diferentes registos conservados em casa implementados no passado: (i) Cartão de Registo do Pré-Natal; (ii) Cartão da Consulta Pós-parto e (iii) Cartão de Imunização e Gráfico do Crescimento Infantil.

O Caderno de SMI visa melhor garantir a continuidade dos cuidados de saúde materno-infantil, rastreando gestantes e crianças desde a gravidez, parto/nascimento e período pós-parto através da infância (<6 anos de idade). Para permitir que os profissionais de saúde rastreiem de forma abrangente a utilização de serviços por mães e crianças ao longo do tempo, um sistema de codificação para o número de registo da SMI exclusivo é incorporado ao Caderno. Um número único de registo da SMI é atribuído pelos profissionais de saúde quando uma gestante reporta sua gravidez ao centro de saúde domiciliar mais próximo na primeira consulta de pré-natal. Um centro de saúde domiciliar é a unidade sanitária mais acessível, onde as mães e seus filhos utilizam os serviços essenciais da SMI de maneira rotineira e regular. Quando uma mãe não tem a gravidez registada, seu filho recebe o Caderno de SMI na primeira visita a uma unidade sanitária para o cuidado da criança (por exemplo, imunização ou monitoramento do crescimento), junto com o número de identificação exclusivo.

Número de registo da SMI

Um número de registo da SMI é composto de combinações de letras e números, por exemplo "AA-BBB-xx-yyyy-0". Sua parte inicial "AA-BBB-xx-yyyy" significa um identificador exclusivo para a mãe, enquanto sua parte final "0" significa identificador exclusivo para a criança. As primeiras duas e três letras do número ("AA" e "BBB") representam os nomes do distrito e do centro de saúde domiciliar onde uma gestante vive e utiliza os serviços de saúde, respectivamente. O número subsequente de dois dígitos "xx" e o número de quatro dígitos "yyyy" representam o ano de registo e o número de série de uma mãe numa determinada unidade sanitária, respectivamente. Esse identificador exclusivo da mãe (AA-BBB-xx-yyyy) é atribuído a uma mulher para cada gravidez. O número de um dígito "0" da parte final do registo da SMI representa o número de crianças nascidas como resultado da gravidez. Assim, "0" significa que nenhuma criança nasceu ainda e uma mulher está grávida, ou houve aborto ou nado morto (Tabela 1). Então, quando uma criança é nascida viva, o "0" é substituído por "1", significando um mono-fetal. No caso de nascimento de gêmeos, é distribuído um Caderno de SMI adicional para a mãe (ou seja, Caderno de SMI com números de registo da SMI de "AA-BBB-xx-yyyy-1" e "AA-BBB-xx-yyyy-2"). Além do identificador da SMI exclusivo, outras informações (inclusive contactos de emergência) são registadas no Caderno de SMI, para garantir formas práticas de alcançar e acompanhar as mães e seus filhos.

Juntamente com o Caderno de SMI, é usado um registo da SMI em papel para manter os dados de saúde materno-infantil registados nas unidades sanitárias. Quando uma mãe e/ou criança registadas em seu centro de saúde domiciliar utilizam serviços numa unidade diferente, é necessário que esta unidade sanitária reporte ao centro de saúde domiciliar para actualização dos registos da

▼ Tabela 1. Exemplos de registo de gestantes

Data de evento	Unidade Sanitária	Número de CPNs	Número do registo da SMI	Número de telef. da gestante	Nome da gestante	Número de telef. da família da gestante	Nome da família da gestante
25 Jan 2019	CHU X	>8	TP-THI-18-0877-0	xxx-xxxx	XXXX XXX	xxx-xxxx	XXXX XXX
23 Jan 2019	CHU X	>8	TP-THI-18-0878-0	yyy-yyyy	YYYY YYY	yyy-yyyy	YYYY YYY
18 Jan 2019	CHU X	>8	TP-THI-18-0967-0	zzz-zzzz	ZZZZ ZZZ	zzz-zzzz	ZZZZ ZZZ

[Nota] As informações da utente são anónimas



Profissionais de saúde usando o Caderno de SMI ao prestar serviços de SMI

SMI. Esse procedimento ajuda a impedir que haja falhas no processo de acompanhamento das mães e seus filhos e ainda evita a duplicação de registros e relatórios. As unidades sanitárias são obrigadas a encaminhar relatórios mensais aos repartições/direcções distritais de saúde. Em seguida, esses dados são compilados nos níveis provincial e nacional para publicação do Boletim Anual de Saúde.

Estimativa da cobertura do Caderno de SMI

Desde sua introdução formal em 2007, um número adequado de Caderno de SMIs tem sido impresso no Butão. Também, o ano de publicação começou a ser impresso na parte superior da capa em 2017. O ano de publicação do Caderno de SMI é útil para rastrear as mães. No Boletim Anual de Saúde 2017, a cobertura do Caderno de SMI foi estimada em > 95%. O Caderno de SMI contém uma página de certificação de nascimento na qual a data de nascimento e os dados dos pais devem ser registrados. Esta página incentivou os pais a registrar o nascimento de seus filhos no sistema de registro civil local, que é operado pelo Ministério de Assuntos Internos e Culturais.

O Caderno de SMI facilita as interações entre os profissionais de saúde e cuidadores de maneira mais suave. Alguns profissionais de saúde afirmaram que ter em mãos um conjunto completo dos seguintes registros em caderno prático os ajudou a prestar serviços de saúde de maneira eficiente e oportuna: (i) consultas pré-natais; (ii) consultas pós-parto; (iii) cuidados infantis e práticas de alimentação; (iv) imunizações infantis; (v) monitoramento do crescimento; (vi) suplementação de vitamina A e (vii) desparasitação. No entanto, condução de avaliações qualitativas sobre a facilidade do uso do Caderno de SMI continuam sendo necessárias, particularmente em suas secções de aconselhamento.

Desenvolvimento de um registro eletrônico da SMI e rastreamento baseado na Web

A entrada manual de dados nos centros de saúde domiciliares não ajuda na prática da revisão regular em nível mais alto. Além disso, havia uma série de

questões operacionais: (i) subnotificação; (ii) relatórios duplicados; (iii) registro incompleto de dados e (iv) atraso nos relatórios. Para abordar as limitações da entrada manual de dados nos cadernos, o Ministério da Saúde e o Gabinete do Governo para os Serviços ao Cidadão iniciaram um sistema de rastreamento da SMI baseado na Web, em colaboração com o UNICEF e a OMS, em 2016. O sistema foi ampliado em nível nacional em 2017. O Caderno de SMI em papel foi convertido para o formato baseado na Web, vinculado ao Sistema Distrital de Informação em Saúde 2 (DHIS-2), para garantir o rastreamento de continuidade dos cuidados com a SMI. Foi realizado um sistema piloto de rastreamento baseado na web por um ano em nove unidades sanitárias no distrito de Punakha e, em seguida, ampliado nacionalmente em todos os hospitais, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de nível I e UBSs de nível II selecionadas com conexão à Internet. Actualmente, mais de 120 unidades sanitárias (> 40% de todas as unidades sanitárias do país) usam o DHIS-2 para visualização e análise de dados (Figura 1). O identificador exclusivo da mãe é um dos principais elementos que permitem rastrear os resultados da utilização do serviço.

O rastreamento da SMI baseado na Web, baseado no número de registro da SMI, consistindo em identificadores exclusivos da mãe e da criança, ajudaria a evitar relatórios duplicados e subnotificação das utilizações de serviços. Os dados recolhidos através do sistema de rastreamento da SMI baseado na Web podem ser agregados em níveis distrital e nacional.

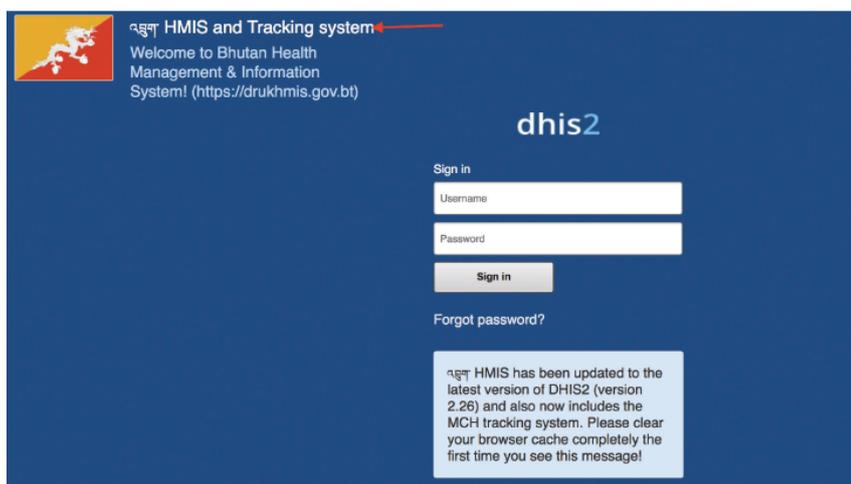
Desafios e passos a seguir

Desafios específicos incluem: (i) capacidade inadequada de registro e transcrição de dados dos profissionais de saúde; (ii) baixa literacia digital entre os profissionais de saúde; (iii) conectividade inadequada à Internet e (iv) falta de disponibilidade de computadores nas unidades sanitárias. Em 2018, o Caderno de SMI e o sistema de rastreamento da SMI baseado na Web foram revisados adicionando: (i) um gráfico de crescimento de peso por altura; (ii) cronograma actualizado de imunização e (iii) mensagens relacionadas à saúde. A capacitação de todos os profissionais de saúde responsáveis pela operação do Caderno de SMI revisado e do sistema de rastreamento da SMI baseado na web será uma das actividades prioritárias durante o período de 2019 à 2020

Pema Lethro¹, Tashi Tshomo¹,
Vandana Joshi², Chandrala Mongar²
¹ Ministério da Saúde, Timbu
² Fundo das Nações Unidas para as Crianças, Timbu

Leituras adicionais

1. MOH. *Annual Health Bulletin*. Timphu: MOH, 2017



▲ Figura 1. Recursos do sistema de rastreamento da SMI baseado na Web no DHIS-2



Seleção baseada em capacidade de registos conservados em casa ideais



Uma mãe levando o Caderno de Saúde Materno-Infantil para Posyandu, Indonésia

Antecedentes

Em setembro de 2018, a OMS lançou as Recomendações da OMS sobre Registos Conservados em Casa para a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, as diretrizes internacionais sobre registos conservados em casa (RCCs). As diretrizes reconfirmaram a eficácia dos RCCs no aumento da utilização de serviços relacionados à saúde materno-infantil (SMI). Os esforços da OMS para destacar novamente a importância dos RCCs fornecem à comunidade global de saúde uma oportunidade inestimável de rever o que são os RCCs e como devem ser projectados e implementados.

Tipologias de funções dos RCCs

Estudos anteriores sobre as operações de diferentes tipos de RCCs foram revisados para explorar diversidades e pontos comuns de suas funções esperadas. As funções esperadas dos RCCs foram categorizadas em três níveis (Tabela 1), ou seja, função de registo e armazenamento de dados (Nível-1), função de comunicação e mudança de comportamento (Nível-2) e função de monitoramento e referência (Nível-3). Foi reportado que ambos os tipos de usuários de RCC (ou seja, usuários de serviços, como mães e outros cuidadores, e prestadores de serviços, como profissionais de saúde) se beneficiam de todos esses três níveis de funções dos RCCs.

A categorização de uma variedade de funções do RCC nos faz pensar se e até que ponto os usuários de RCC são conhecedores e habilidosos o suficiente para fazer com que essas funções esperadas realmente aconteçam.

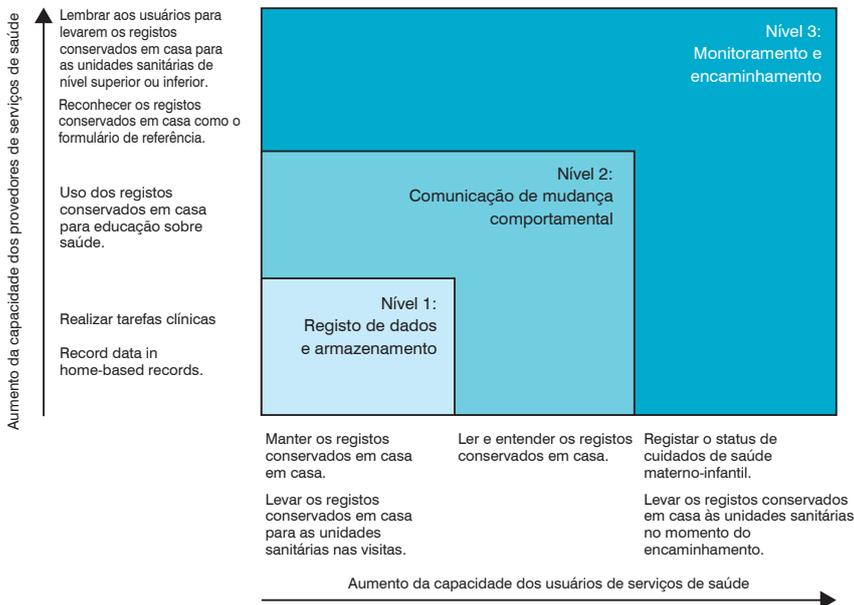
Mais importante ainda, quais são as capacidades que esses usuários de RCC precisam para realizar essas funções como esperado? Essa questão fundamental raramente tem sido levantada, apesar de sua importância. Assumimos que os respectivos níveis das funções do RCC exigem que os usuários do RCC estejam equipados com diferentes níveis de capacidade. A Figura 1 apresenta os requisitos hipotéticos das capacidades dos usuários de RCCs de acordo com três níveis de funções do RCC.

Estrutura conceitual da função-capacidade para os RCCs

Primeiro, para manter um RCC funcionando como ferramenta de registo e armazenamento de dados (Nível 1 na Tabela 1 e Figura 1), provavelmente é necessário que os usuários do RCC estejam equipados com capacidades mínimas. Os profissionais de saúde precisam ser capazes de registrar os resultados dos serviços de saúde nos RCCs. Mães e cuidadores precisam ser capazes de reter os RCCs em casa sem danificá-los, extraviá-los ou perdê-los e levá-los às unidades de serviço. O conteúdo dos RCCs não precisam ser totalmente compreendido pelas mães e cuidadores nesse nível de função do RCC. No entanto, não está claro até que ponto os RCCs estão realmente funcionando como ferramentas de registo e armazenamento de dados em ambientes de baixa alfabetização. A má retenção dos RCCs por mães e cuidadores precisa ser geralmente abordada, embora se reconheça boas práticas para retenção dos RCCs em alguns países. A perda dos RCCs foi reportado como a questão crítica por vários estudos anteriores.

Segundo, para manter um RCC funcionando como uma ferramenta de comunicação de mudança de comportamento (Nível 2 na Tabela 1 e Figura 1), seriam necessárias capacidades adicionais, além da alfabetização, entre mães e cuidadoras. Para permitir que um RCC desencadeie mudanças de comportamento por meio da autoaprendizagem e educação em pares, mães e cuidadores não devem poder apenas ler e entender os conteúdos das páginas de orientação, mas também praticá-los, quando necessário, com a ajuda de outros membros da família. Os profissionais de saúde não devem apenas ser alfabetizados, mas também tecnicamente qualificados o suficiente para traduzi-los para contextos locais de SMI. Portanto, o guia de operação do RCC deve estar prontamente disponível, para permitir que os profissionais de saúde assimilem os conteúdos dos RCCs para uma comunicação mais eficaz entre mães, cuidadoras e eles mesmos.

Terceiro, para manter um RCC funcionando como uma ferramenta de monitoramento e encaminhamento (Nível 3 na Tabela 1 e Figura 1), os profissionais de saúde em todos os níveis das unidades sanitárias (isto é,



▲ Figura 1. Progressão hipotética das capacidades dos usuários que permitem que os registos conservados em casa funcionem conforme projectado



Uma profissional de saúde que está registando num Caderno de Saúde Materno-Infantil, Palestina

primário, secundário e terciário) nos sectores público e privado precisam ser comumente equipados com conhecimentos e habilidades para o uso dos RCCs para tomarem decisões clínicas abrangentes apropriadas nos programas relacionados a SMI. Mães e cuidadores são obrigados a levar e apresentar um RCC para os profissionais de saúde em diferentes unidades para que os dados sejam referidos e actualizados, alavancando a mobilidade dos RCCs entre as unidades. Para permitir que os dados sobre o desenvolvimento infantil sejam registados nos RCCs, mães e cuidadores devem poder observar objectivamente as respostas comportamentais e cognitivas de seus filhos em relação aos marcos do desenvolvimento infantil descritos nos RCCs, em sua rotina diária.

Maneiras práticas de preencher a lacuna de capacidades

A Figura 1 ajuda os formuladores de políticas de saúde a identificar a discrepância entre as funções do RCC exigidas por um sistema de saúde e as funções do RCC realmente expectáveis com as capacidades dos usuários actuais. Quando um RCC projectado para uma função de nível inferior é empregado apesar da alta capacidade dos usuários, os formuladores de políticas de saúde podem ambiciosamente expandir as funções do RCC para um nível superior, em teoria. Por outro lado, quando um RCC projectado para função de nível superior é empregado, apesar das capacidades dos usuários serem mais baixas, eles devem admitir a necessidade de reduzir as funções do RCC ou considerar adicionar elementos suplementares ao RCC. Elementos suplementares típicos incluem maior facilidade de uso (por exemplo, formato de registos fáceis, emprego de ilustrações e adição de vales

e intervenções de apoio para aumentar as capacidades dos usuários de RCC (por exemplo, formação para os profissionais de saúde, reconhecimento por organizações de profissionais e supervisão de apoio).

Conclusão

Para acomodar as crescentes demandas das políticas e sistemas de saúde nacionais, os formuladores de políticas tendem a fazer planos ambiciosos para os RCCs. Como resultado, importantes funções do RCC permanecem subutilizadas, levando à perda de sua confiança como ferramenta de saúde pública e ao desperdício de recursos e de oportunidades de atendimento. Quanto mais funções um RCC estiver equipado, maior a capacidade exigida dos usuários do RCC. Ao projectar um RCC, as capacidades acima mencionadas de ambos os tipos de usuários do RCC devem ser avaliadas e consideradas. Um óptimo tipo de RCC e suas funções devem ser estrategicamente selecionados com base não apenas nas demandas do sistema de saúde, mas também nas capacidades dos usuários do RCC.

Keiko Osaki, Hirotugu Aiga

Agência de Cooperação Internacional do Japão, Tóquio

Leituras adicionais

- Osaki K, Aiga H. Adapting home-based records for maternal and child health to users' capacities. *Bull WHO*, April 2019.
- World Health Organization. *WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health*, Geneva 2018.

▼ Tabela 1. Características e funções dos RCCs para saúde materno-infantil

Caderno	Tipo de RCCs			
	Cartão de saúde materna	Cartão da vacinação infantil	Cartão do gráfico de crescimento	Caderno de Saúde Materno-Infantil
Características dos RCCs				
Tipo de registo	RCC autónomo para programa de saúde reprodutiva e materna	RCC autónomo para programas expandidos de imunização	RCC autónomo para programa de nutrição infantil	RCC integrado para todos os estágios da SMI
Estilo do documento	Cartão de uma página dobrável; ou caderneta de 20 a 30 páginas	Cartão de uma página dobrável	Cartão de uma página dobrável	Caderneta de 40 à 60 páginas
Beneficiário alvo	Gestantes e mães	Crianças	Crianças	Gestantes, mães e crianças
Funções dos RCCs por nível e usuário				
Nível 1: registo de dados e armazenamento	Para os beneficiários	Para os beneficiários Torna os dados pessoais disponíveis e acessíveis em casa, e em mobilidade.	Torna os dados pessoais disponíveis e acessíveis em casa, e em mobilidade.	Torna os dados pessoais em todas as etapas da SMI disponíveis e acessíveis em casa, e em mobilidade. Serve como documento para elegibilidade de serviços subsidiados e para avaliar o desempenho do atendimento.
	Para os PS	Serve como fonte de dados confiável para decisões clínicas apropriadas.	Serve como fonte de dados confiável para decisões clínicas e estatísticas de saúde. Economiza custos desnecessários de vacinação.	Auxilia os PS a detectar a desnutrição infantil e intervir. Aumenta a eficiência clínica para verificar registos e evitar cuidados SMI desnecessários. Serve como uma fonte confiável e abrangente dos dados de SMI individual para estatísticas de saúde.
Nível 2: comunicação de mudança comportamental	Para os beneficiários	Serve como fonte de conhecimento para promover o autogerenciamento pré e pós-parto e entre as gestações. Orienta as mulheres nas próximas consultas.	Orienta as mães sobre o momento das próximas vacinas.	Serve como fonte de conhecimento sobre sinais de perigo, serviços de saúde e cuidado domiciliar para SMI. Desencadeia mudanças positivas de comportamento entre os membros da família para garantir a SMI. Serve como guia nas próximas consultas de cuidados.
	Para os PS	Serve como material essencial para a educação sobre saúde.	Facilita a comunicação entre mães, cuidadores e profissionais de saúde na imunização passada/futura.	Facilita a orientação de PS para as mães/cuidadores sobre o que fazer e o que não fazer durante todas as etapas do cuidado SMI.
Nível 3: monitoramento e encaminhamento	Para os beneficiários	Promove o auto-monitoramento do estado de saúde materna antes e depois do parto e entre as gestações. Aumenta o autocontrole das mulheres sobre a gravidez. Empoderar as gestantes a reconhecerem os riscos e a auto-referirem-se para a unidade sanitária apropriada.	Promove o automonitoramento do status de vacinação das crianças por mães ou outros cuidadores, para uma melhor auto-planificação das próximas visitas de imunização infantil. Aumenta o senso de propriedade das mães ou de outros cuidadores sobre a saúde de seus filhos.	Promove o auto-monitoramento geral/contínuo do status da SMI pelas mães. Aumenta o autocontrole das mulheres/mães sobre a SMI, o que leva à satisfação e à tomada de decisões. Empoderar as mães a reconhecer riscos e a auto-referirem-se as unidades sanitárias relevantes. Promove o apego entre mães e filhos por meio do auto-monitoramento do desenvolvimento infantil.
	Para os PS	Serve para promover os cuidados contínuos. Empoderar os ACS a reconhecer riscos e encaminhar as mães necessitadas para uma unidades de nível superior. Serve como um formulário de referência.	Serve como uma fonte confiável de dados a serem partilhados entre as unidades sanitárias.	Serve para promover o cuidado contínuo. Empoderar os ACS a reconhecer riscos e encaminhar as mães necessitadas para uma unidade de nível superior. Serve como uma lista de verificação para aderir aos protocolos nacionais. Serve como um formulário de referência.

PS: profissionais de saúde; ACS: agentes comunitários de saúde



Impacto do Caderno de SMI em Angola para melhorar o cuidado contínuo e outros indicadores de SMI: protocolo de estudo para um ensaio randomizado controlado em cluster



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Angola, 2018

Porque é importante os cuidados contínuos?

Com a finalidade de melhorar a saúde materno-infantil, foi promovido um cuidado contínuo (CC) para mulheres e crianças, desde a gravidez até ao parto e a infância das crianças. O CC tem duas dimensões: primeiro, o tempo de atendimento e, segundo, o local de atendimento. O CC envolve o conceito de um sistema integrado de atenção que orienta e rastreia os indivíduos ao longo do tempo, por meio de uma ampla gama de serviços de saúde que envolvem todos os níveis de cuidado. O CC para mães, recém-nascidos e crianças constitui a base dos cuidados de saúde em muitos países de alta renda que têm os melhores indicadores de saúde materno-infantil. Em Angola, como em muitos outros países de baixa renda, existe uma falta de um sistema integrado para administrar a saúde de mulheres grávidas e crianças de forma contínua. Assim, o Ministério da Saúde de Angola mantém a parceria com a Agência de Cooperação Internacional do Japão para capacitar profissionais de saúde por meio de formações e implementação do Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) para melhorar a utilização dos serviços.

O Caderno de SMI em Angola

O Caderno de SMI é um registo integrado conservado em casa desenvolvido para registar num único documento todas as informações referentes aos serviços de saúde prestados à gestante e seu filho. O Caderno de SMI tem o potencial de apoiar os CC, que é a chave para fortalecer a saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), ligando as dimensões do CC. O Caderno de SMI Angolano é um registo integrado conservado em casa de 36 páginas concebido para educar e manter registos de saúde para cada gestante e sua criança, desde a gravidez até a primeira infância. Foi elaborado com base no caderno da consulta de pré-natal e no cartão de saúde da criança actualmente em uso, agregando material educativo. O Caderno de SMI contém um registo para fazer entradas nas informações pessoais de saúde da mãe e da criança durante o período de gestação, parto e pós-parto; peso durante e após a gravidez; prevenção e controle de doenças infecciosas; nutrição infantil; avaliação do desenvolvimento infantil de 0 à 59 meses; registos de vacinação e doenças e gráficos de crescimento para crianças. A adequação cultural e a aceitabilidade do Caderno de SMI entre gestantes e profissionais de saúde foram avaliadas anteriormente num pequeno estudo de coorte.

Necessidades de evidências sobre registos conservados em casa

Dada a sua concepção, o Caderno SMI Angolano tem potencial para responder à necessidade de uma

manutenção de registos mais integrado e apoiar nas melhorias dos CC em Angola. Independentemente disso, embora os benefícios potencialmente importantes da implementação de registos conservados em casa sejam conhecidos e destacados nas recomendações da OMS sobre os registos conservados em casa para SMNI, actualmente não há evidências suficientes para mostrar a supremacia do Caderno de SMI integrado sobre outras opções – tais como registos conservados em casa específicos do programa, incluindo cartões de vacinação infantil para programas de imunização infantil, gráficos de crescimento para programas de nutrição infantil e cartões de pré-natal para programas de saúde reprodutiva e materna. Portanto, o estudo de Angola foi concebido com o objetivo de estimar o impacto de um pacote de intervenção, incluindo a distribuição do Caderno de SMI e suas intervenções complementares às mulheres, sobre a utilização dos serviços prestados nas unidades sanitárias desde a gravidez até o período pós-natal e da primeira infância em comparação ao uso tradicional dos dois registos conservados em casa autônomos - o caderno da consulta pré-natal e o cartão de saúde infantil. Não obstante O Caderno de SMI tenha tido boa aceitação tanto pelas mães como pelos profissionais de saúde, foi realizada uma formação para se obter todos os benefícios do Caderno de SMI. Assim, a intervenção consistiu em três componentes básicos: i) distribuição do Caderno de SMI (entregue as gestantes em cada unidade sanitária nos pontos de distribuição do registo conservado em casa no grupo de intervenção), ii) formação dos prestadores de saúde no manuseio do Caderno de SMI, e iii) sensibilização e mobilização da comunidade de gestantes sobre o uso do Caderno de SMI. A intervenção foi conduzida as gestantes/ mães e profissionais de saúde no grupo de intervenção.

Métodos e técnicas do estudo

Este estudo foi um ensaio randomizado controlado em cluster com mais de 10,000 mulheres selecionadas envolvendo serviços públicos de saúde nos 10 municípios na província de Benguela, Angola. Todas as gestantes que compareceram nas unidades sanitárias e com gravidez confirmada no início do período experimental foram incluídas no estudo. As mulheres foram selecionadas de forma aleatória de acordo com o município onde se localizavam os serviços de saúde materna e/ou infantil. A intervenção foi conduzida as mulheres do grupo de intervenção, enquanto aquelas do grupo de controle continuaram a usar as duas ferramentas anteriores. Especificamente, o estudo teve como objetivo i) avaliar o impacto do Caderno de SMI na conclusão do CC, ii) avaliar a aceitação e utilização do Caderno de SMI pelas famílias e profissionais de saúde, e iii) avaliar o impacto da distribuição e utilização do



Inquiridores usando o Caderno de SMI para verificar se a gestante é elegível

Caderno de SMI numa ampla gama de cuidados para a saúde materno-infantil (Tabela 1). O CC completo foi definido pelo número mínimo de consultas pré-natais, partos institucionais, cuidados pós-parto para a mãe e o recém-nascido, vacinação da criança ao nascimento e até aos 3 meses de idade. O protocolo do estudo foi registado e uma descrição detalhada dos métodos de estudo foi publicada noutro documento.

Resultados esperados e expansão nacional

Espera-se que as conclusões deste estudo formem uma base para a revisão da versão na experiência actual do Caderno de SMI de Angola e forneçam uma estrutura para políticas que orientem a ampliação e distribuição do Caderno de SMI em todo o país. Estudos complementares com foco em inibidores e facilitadores da implementação do Caderno de SMI e relação custo-

benefício também estão em andamento para fornecer mais evidências.

Olukunmi O. Balogun, Kenji Takehara
Centro Nacional para Saúde e Desenvolvimento Infantil, Tóquio

Leitura adicional:

1. Kerber, K. J, et al. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007; **370**(9595): 1358-1369.
2. Balogun, O, et al. Impact of the Maternal and Child Health handbook in Angola for improving continuum of care and other maternal and child health indicators: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 2020; **21**(1): 1-16.
3. World Health Organization. *WHO Recommendation on home-based records for maternal, newborn and child health*. Geneva: WHO; 2018.

▼ Tabela 1. Lista de resultados e definição de indicadores de resultados

Resultado	Definição	Tipo	Indicadores
Resultado primário CC completo (baseado no comportamento materno)	Resultado composto dependente do tempo. Os CC completo é o número mínimo de CPN + parto institucionais + CPP para mãe e recém-nascido + vacinações de criança em dois momentos - no nascimento e aos 2-3 meses. Inclui mulheres que fazem CPN e outros serviços SMNI apenas. Os CC completo = 1 quando todos os indicadores = 1	Binário	Momento da primeira CPN; Nº de CPNs; Parto institucional; CPP da mãe; CPP da criança; Vacinas ao nascer e aos 2 meses de idade
Resultados secundários Taxa de utilização do serviço SMNI	Nº total de serviço SMI actual usado por pessoa por grupo comparado com um número mínimo esperado de utilização dos serviços. Estimar as médias para cada grupo.	Contínuo	Nº de CPNs; Parto institucional; CPP da mãe; CPP da criança; Vacinação
CC completo (baseado em serviço)	Resultado composto dependente do período. Resultado composto, incluindo ≥4 CPN + parto institucional + CPP da mãe e do recém-nascido + imunização infantil completa até 2-3 meses. CC completo = 1 quando todos os indicadores = 1	Binário	Período da primeira CPN; Nº de CPN; Parto institucional; CPP da mãe; CPP da criança; Vacinação
Mortalidade neonatal	Número de mortes nos primeiros 28 dias de vida em comparação com o número total de partos em cada grupo do estudo. MN = 1 quando todos os indicadores = 1	Binário	Nados vivos; Morte infantil; Data da morte
Uso do serviço de CPN	Número de mulheres que realizam ≥4 CPN em cada grupo, independentemente do momento da primeira CPN. CPN adequada = 1 se nº de serviços CPN = 1	Binário	Período da primeira CPN; CPN recebida; Nº de serviços de CPN
	Número de mulheres que fazem ≥8 CPN em cada grupo, independentemente do momento da primeira CPN. CPN adequada = 1 se nº de serviços de CPN = 1	Binário	Período da primeira CPN; CPN recebida; Nº de serviços de CPN
Parto institucional	Nº de partos institucional em cada grupo	Binário	Parto institucional
Consulta da puericultura	Presença de pelo menos uma entrada de registo conservado em casa da parte de puericultura	Binário	Qualquer registo do peso, Pólio 1, Pentavalente, Pneumo 1 ou Rotavirus 1
Taxa de morbilidade materna e detecção de complicações na gravidez	Número de casos de doenças específicas e complicações na gravidez diagnosticadas por um profissional de saúde em cada grupo. Morbilidade materna = 1 se houver qualquer indicador = 1	Binário	Pressão arterial alta; Pré-eclâmpsia, Aborto espontâneo, Nado morto, Hemorragia vaginal, Anemia, Malária, TB, VIH e Diabetes
Taxa de morbilidade infantil	Nº total de casos de doenças atendidos por um profissional de saúde. Morbilidade infantil = 1 se todos os indicadores = 1	Binário	Doença no mês anterior; Procurou tratamento; Tratamento por profissional de saúde
Mortalidade Infantil	Número de mortes de bebês <1 ano de idade em comparação com o número total de partos em cada grupo de estudo. MI = 1 quando se ambos os indicadores = 1	Binário	Nado Vivo; Morte infantil
Comportamento de saúde materna	Prevalência de comportamento de saúde materna entre os grupos em relação ao uso de tabaco, uso de álcool, PTV, prevenção da malária, uso de mosquiteiro tratado e planeamento familiar. A prevalência de cada indicador será comparada entre os grupos de intervenção e controle	Binário	Consumo actual de álcool, uso actual de tabaco, PTV; adesão ao planeamento familiar, mudança de conhecimento sobre uso de tabaco, mudança de conhecimento sobre consumo de álcool
Prevenção contra a Malaria		Binário	Possessão de mosquiteiro tratado, Uso de mosquiteiro tratado, Uso de profilaxia da malária
Depressão materna	Nº de casos de sintomas de depressão pós-natal maternos em cada grupo	Binário	Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo
Práticas de alimentação infantil	Práticas adequadas de alimentação infantil, incluindo Amamentação na primeira hora de vida, Amamentação materna exclusiva e ausência de alimentação pré-láctea. Adequadas se todos os indicadores = 1	Binário	Amamentação na primeira hora de vida; Alimentação pré-láctea; Amamentação actual
Vacinação infantil	Resultado composto para o nº de crianças totalmente vacinadas aos 3 meses em cada grupo de estudo. Vacinação = 1 se todos os indicadores = 1	Binário	Pólio 0; BCG; Hepatite B; Pólio 1; Pentavalente; Pneumo 1; Rotavirus 1

CC = Cuidado contínuo, CPN = Consulta pré-natal, CPP = Consulta pós-parto, SMNI = Saúde materna, neonatal e infantil, MN = Mortalidade neonatal, MI = Mortalidade infantil, PTV = Prevenção da transmissão vertical



ANGOLA: Uso do disco obstétrico para registo mais preciso da data provável do parto no Caderno de SMI



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Angola, 2020

Histórico

O Ministério da Saúde de Angola (MINSA) em colaboração com a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) começou a elaboração do Caderno de Saúde Materno-Infantil (SMI) em 2013. Duas ferramentas existentes na época e vários materiais educacionais foram integradas numa única ferramenta. Após vários testes piloto e revisões correspondentes, o Caderno de Saúde Materno-Infantil integrado em Angola foi oficialmente implementado em três províncias modelo desde 2017.

Embora a elaboração e a finalização da ferramenta integrada tenham sido um grande primeiro passo para a implementação do Caderno de Saúde Materno-Infantil, a capacitação dos profissionais de saúde foi igualmente um passo imperativo. Isso ocorre porque os profissionais de saúde desempenham um papel importante na implementação do Caderno de SMI, fornecendo cuidados de saúde e conhecimento a mães e crianças; e o registo das informações necessárias no Caderno de SMI. A formação, monitoria e supervisão (M&S) de profissionais de saúde foram os principais componentes da capacitação, e essas actividades foram avaliadas continuamente e as melhorias necessárias foram feitas nas três províncias modelo.

Desafios no cálculo da DPP

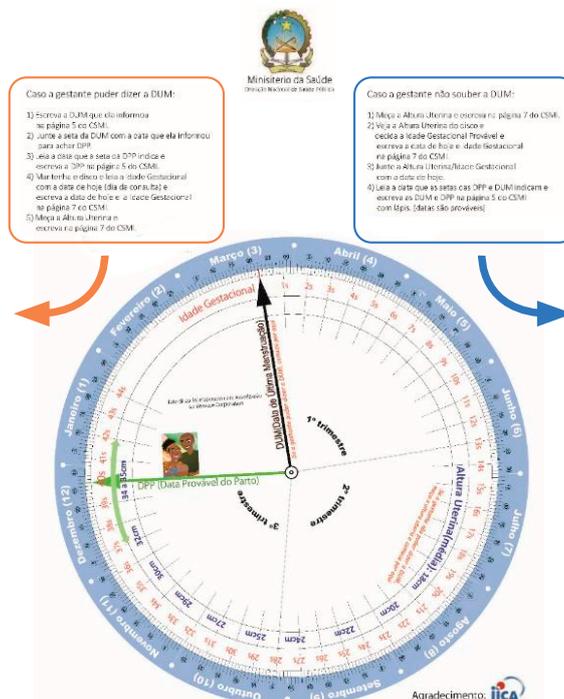
A formação dos profissionais de saúde em Angola foi concebida para fornecer conhecimento básico sobre os serviços de SMI, bem como preencher o Caderno de SMI. Nos estágios iniciais das formações, identificou-se que alguns profissionais de saúde tinham dificuldade em achar a data provável do parto (DPP) das gestantes, principalmente se a DPP for para o ano a seguir. No entanto, a prática na medição da altura uterina era bastante comum. Também foram encontrados muitos casos em que a altura uterina (em cm) foi considerado igual à idade gestacional (em semanas). Contudo, a M&S após a formação revelou que a parte de registo da DPP em muitos Caderno de SMI não estavam preenchidas e era deixada em branco. Para fazer face a esses desafios, as supervisoras do MINSA e os peritos da JICA decidiram desenvolver o disco obstétrico para ajudar os profissionais de saúde a determinar a DPP.

Desenvolvimento do disco obstétrico

Estimar a idade gestacional e a DPP com precisão é essencial para que os profissionais de saúde: (i) forneçam os cuidados de saúde necessários com base na idade gestacional (por exemplo, prevenção contra

Caso a gestante puder dizer a data da última menstruação (DUM)

- 1) Escreva a DUM que ela informou na página 5 do Caderno de SMI.
- 2) Junte a seta da DUM com a data que ela informou para achar a DPP.
- 3) Leia a data que a seta da DPP indica e escreva a DPP na página 5 do Caderno de SMI.
- 4) Mantenha o disco e leia a idade gestacional com a data de hoje (dia da consulta) e escreva a data de hoje e a idade gestacional na página 7 do Caderno de SMI.
- 5) Meça a altura uterina e escreva na página 7 do Caderno de SMI.



Caso a gestante não souber a DUM:

- 1) Meça a Altura Uterina e escreva na página 7 do Caderno de SMI.
- 2) Veja a Altura Uterina do disco e decida a Idade Gestacional Provável e escreva a data de hoje e a Idade Gestacional na página 7 do Caderno de SMI.
- 3) Junte a Altura Uterina/ Idade Gestacional com a data de hoje.
- 4) Leia a data que as setas das DPP e DUM indicam e escreva as DUM e DPP na página 5 do Caderno de SMI com lápis. (são datas prováveis)

▲ Figura 1. Disco obstétrico desenvolvido em Angola



Introdução do disco obstétrico na formação

a malária, desparasitante); (ii) educar as gestantes com base na idade gestacional (por exemplo, sinais de perigo em cada trimestre, quando começar a massagem nos seios); e (iii) ajudar as gestantes a se prepararem para o parto (por exemplo, garantir o transporte para a unidade sanitária, adquirir os artigos necessários para o recém-nascido). Portanto, o disco obstétrico foi desenvolvido para ajudar os profissionais de saúde a estimar a idade gestacional da gravidez e a DPP de forma rápida e precisa. O disco obstétrico foi testado em algumas formações após ser revisada para conter instruções que indicam como achar a DPP em dois cenários diferentes: quando as gestantes sabem a data de sua última menstruação e quando não sabem (Figura 1).

Acompanhamento por meio de M&S

Como é frequente, os profissionais de saúde sentem que compreendem tudo durante a formação, quando regressam às suas próprias unidades sanitárias no intuito de realizarem a CPN e disseminar os seus conhecimentos aos colegas, enfrentam muitos desafios. Assim, a M&S realiza-se imediatamente após a formação para avaliar a compreensão dos profissionais de saúde e, se necessário, para ajudá-los a preencher o Caderno de SMI correctamente durante a CPN, especialmente no que diz respeito a DPP. As supervisoras levaram bastante tempo para revisar como usar o disco obstétrico na M&S inicial. Além disso, elas forneceram conselhos sobre as CPNs reais, uma vez que muitos profissionais de saúde ainda não tinham compreendido completamente o procedimento de consulta usando as novas ferramentas (Caderno de SMI e o disco obstétrico). As supervisoras lembravam frequentemente aos profissionais de saúde sobre a demonstração da CPN durante a formação e reforçavam o momento certo para mandar uma gestante para a cama da consulta e medir a altura uterina, caso ela não soubesse a data de sua última menstruação. Para evitar que a mesma gestante se deite repetidamente na

cama e reduzir a carga sobre ela, é necessário seguir os procedimentos das consultas prescritas.

Como resultado, os profissionais de saúde experimentaram uma melhoria considerável na sua rotina laboral diária. Foi dado O feedback positivo pela maioria dos profissionais de saúde, como; *“O disco obstétrico tornou meu trabalho não apenas mais fácil, mas também muito mais rápido. Eu devia ter sabido disso muito antes (Profissional de saúde, Benguela).”* *“Agora que tenho este disco obstétrico, tenho total confiança de anotar a DPP no Caderno de SMI e ajudar as mulheres de forma adequada (Profissional de saúde, Huambo).”* As supervisoras municipais e provinciais também reconheceram que era muito mais fácil mostrar como determinar a DPP usando o disco obstétrico na formação e constataram melhorias no registo da DPP em muitas unidades de sanitárias (Tabela 1). Com base no uso experimental na província de Benguela, o disco obstétrico foi impresso e oficialmente apresentada nas outras províncias modelo.

Conclusão

Constatou-se que o uso do disco obstétrico promoveu rapidez e precisão na determinação e registo da DPP no Caderno de SMI pelos profissionais de saúde. Também ajudou os profissionais de saúde a ter oportunidade de aprender como medir a altura uterina com precisão. Isso certamente contribuiu para que os profissionais de saúde prestassem os serviços de CPN necessários com base na idade gestacional. Junto com os planos para expandir a implementação do Caderno de SMI em todo o país, a equipa do MINSA e da JICA também planificam criar um vídeo de curta-metragem demonstrando como usar o disco obstétrico para que os profissionais de saúde possam verificar a si próprios sem esperar que as equipas de M&S visitem suas unidades sanitárias. Doravante, pretende-se que num futuro próximo, tornar-se ainda mais fácil achar a DPP com o uso de aplicativos digitais. Até então, o disco obstétrico continuará a servir como uma boa ferramenta para apoiar os profissionais de saúde a fornecer melhores serviços de SMI em Angola.

Michiru Kurumata¹, Keiji Mochida²

¹ Samauma Consulting LLC., ² TA Networking Corp.

▼ Tabela 1. Comentários e observações representativas no uso sobre o disco obstétrico

Posição	Comentários e observações
Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Mais fácil e rápido para determinar a DPP Tenho mais confiança em anotar a DPP no Caderno de SMI.
Supervisoras municipais	<ul style="list-style-type: none"> Mais fácil mostrar aos profissionais de saúde como determinar a DPP na formação. Esta ferramenta ajudou muitos profissionais de saúde que não eram muito bons em cálculos. Teremos ainda de monitorizar e supervisionar de perto se este instrumento é devidamente utilizado em cada unidades sanitárias.
Supervisoras provinciais	<ul style="list-style-type: none"> A precisão da DPP foi altamente melhorada. Com a implementação do disco obstétrico, mais profissionais de saúde foram capazes de medir a altura uterina com precisão.
Supervisoras da MINSA	<ul style="list-style-type: none"> Graças ao disco obstétrico, a maneira como as supervisoras ensinam como determinar a DPP em diferentes cenários também padronizou, o que será uma vantagem para a fase de expansão nacional.

Leitura adicional:

- Balogun, O, et al. Impact of the Maternal and Child Health handbook in Angola for improving continuum of care and other maternal and child health indicators: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*. 200; **21**(1): 1-16.
- World Health Organization. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO; 2016.