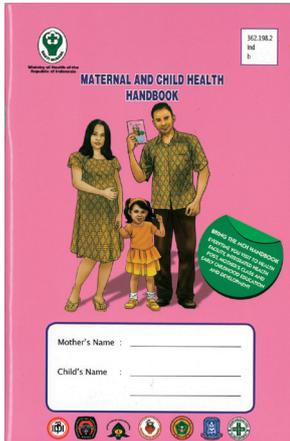




INDONÉSIA: Caderno de SMI na captação de serviços com base na Pesquisa Nacional de Saúde da Indonésia



Caderno de Saúde Materno-Infantil, Indonésia, 2016

Antecedentes

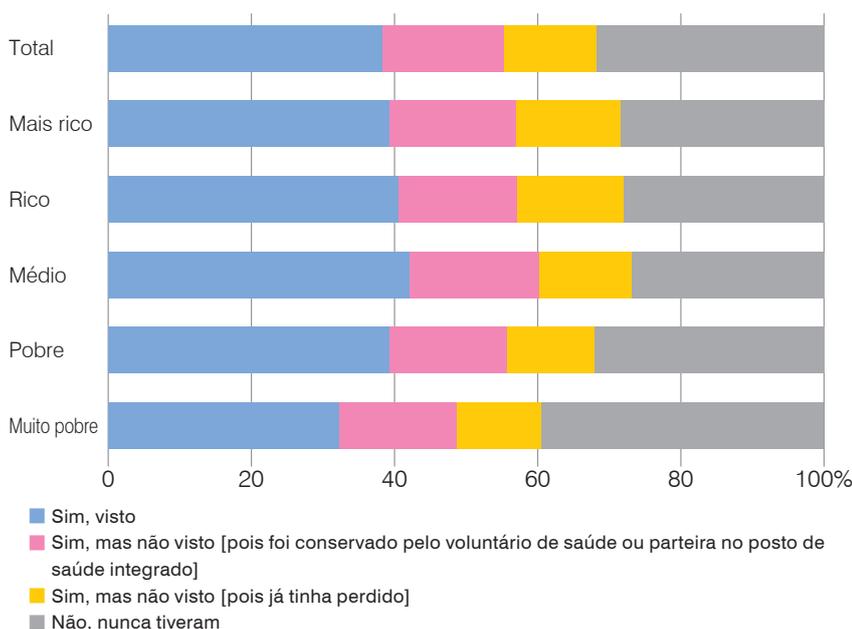
Existem aproximadamente 22 milhões de crianças menores de cinco anos de idade na Indonésia (de uma população total de 240 milhões). Tanto a taxa de mortalidade infantil (27 por 1,000 nascidos vivos em 2010) quanto a taxa de mortalidade materna (220 por 100,000 nascidos vivos em 2010) melhoraram nas décadas 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.