



## 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 chaves 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