



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.

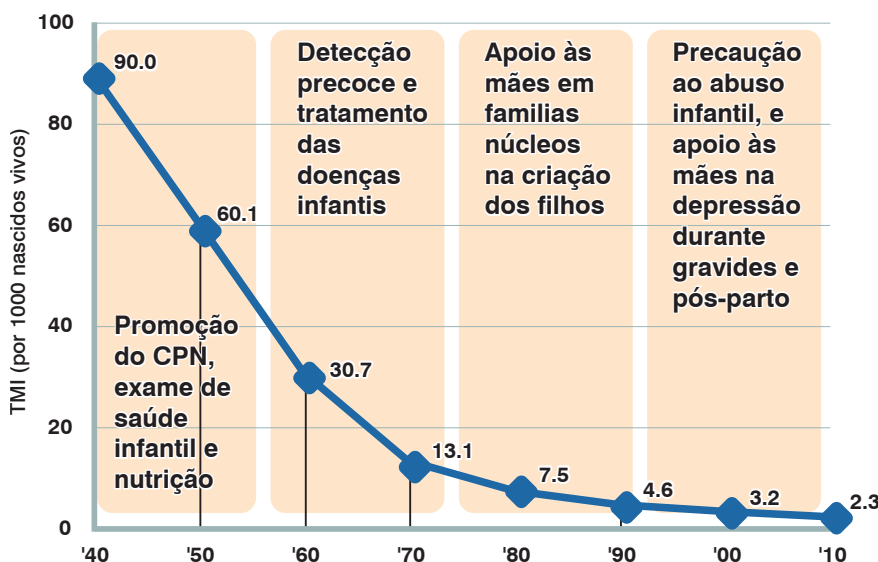
Durante o período de 1950 a 1970, a TMI e a taxa de mortalidade materna (TMM) diminuíram rapidamente. Durante décadas, a agenda principal da SMI foi a detecção precoce de doenças para tratamento e reabilitação de forma atempada. Os profissionais de saúde responsáveis pela SMI usavam rotineiramente o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