

MotherNewBorNet

MotherNewBornNews

MAIS PERTO DE CASA:

Gestão das Infecções dos Recém-nascidos pela Comunidade (GIRNC)

Todos os anos morrem mais de 4 milhões de recém-nascidos, o que representa mais de 40 por cento de todas as mortes de crianças. Mais de quatro quintos (86 por cento) destas mortes de recém-nascidos são causadas por três factores: infecções, asfixia e complicações de parto prematuro. Só as infecções — nomeadamente a septicemia, a pneumonia, a diarreia e o tétano — representam 36 por cento das ocorrências neonatais fatais, ou 1.4 milhões de mortes de recém-nascidos anualmente, e nos países com as taxas de mortalidade neonatal mais elevadas, as infecções causam cerca de 50 por cento da totalidade das mortes.

Quase todas estas mortes de recém-nascidos, ou 96 por cento, ocorrem nos países em desenvolvimento, e mais de metade ocorrem em casa, sem contactos com o sistema formal de saúde. Apenas um terço dos partos nos países menos desenvolvidos ocorrem com a ajuda de parteiras especializadas e ainda menos recebem cuidados pós-parto atempados. Na África Sub-Sahariana, por exemplo, onde um pouco menos de metade dos partos ocorrem em casa, só 10 por cento recebem qualquer tipo de assistência pós-parto dentro dos primeiros dois dias após o parto, que é o período mais crítico para um recém-nascido.

Os peritos coincidem quanto ao facto de quase todos os casos de infecção nos recém-nascidos poderem ser evitados ou tratados. É claro que a prevenção é o primeiro passo, embora não seja o alvo deste artigo. Porém, mesmo entre os recém-nascidos que adquirem infecções, calculou-se que quase três quartos (72 por cento) das mortes delas resultantes se poderiam evitar com 90 por cento de cobertura de tratamentos.

Esta *newsletter* irá identificar os obstáculos principais que se opõem ao tratamento normal e sediado em instalações de saúde nos países mais afectados, irá analisar as evidências existentes quanto à alternativa mais promissora — gestão das infecções pela comunidade (GIRNC – ou CBM) — e propor modelos de GPC que possam ser implementados em locais diversos e em diversos cenários de sistemas de saúde. Neste artigo iremos centrar-nos apenas em três infecções comuns dos recém-nascidos que são causadas por bactérias e que podem por conseguinte ser tratadas com antibióticos: septicemia, meningite e pneumonia. O tétano não será abordado.

O PADRÃO DE OURO — E OS SEUS OBSTÁCULOS

O tratamento com êxito das infecções dos recém-nascidos é coisa vulgar em muitos países. A OMS define o padrão de ouro como “antibióticos parentéricos em hospital durante 10-14 dias” e especifica o seguinte regime para as crianças com menos de dois meses: benzipenicilina parentérica ou ampicilina, juntamente com um aminoglicósido (gentamicina).

A grande experiência no terreno com recém-nascidos, que se tem obtido nos países em desenvolvimento, revelou que o grau de assistência pós-parto que está implicado nestas directivas da OMS, ou não está amplamente disponível, ou, mesmo que o esteja, não é procurado rotineiramente.

A gestão eficaz da septicemia e da pneumonia dos recém-nascidos exige a identificação a tempo da doença e o tratamento com antibióticos adequados. É urgente adoptar estratégias alternativas para que os trabalhadores comunitários de saúde identifiquem os sinais da septicemia e para que procedam a um tratamento com regimes de antibióticos simples e eficazes. A terapêutica do “Padrão de Ouro” para a septicemia dos recém-nascidos – aminoglicósido injectável e penicilina – não é uma opção que deva adoptar-se nos locais comunitários onde se prestam cuidados de saúde”

Como salvar as vidas dos recém-nascidos
“Modo de preencher as lacunas fundamentais
do conhecimento para estar à altura das
necessidades”

Os obstáculos ao diagnóstico e ao tratamento das infecções dos recém-nascidos nos países em desenvolvimento podem variar de local para local, mas em quase todos os países em desenvolvimento há três factores subjacentes comuns:

1. mais de metade de todos os partos ocorrem em casa;
2. dois terços de todos os recém-nascidos são resultado de partos sem a presença de uma parteira especializada; e
3. uma pequena percentagem de recém-nascidos recebe cuidados de saúde pós-natal dentro dos primeiros dias após o parto.

Em cada caso, se a mãe ou qualquer outro membro da família, não souber quais são os sintomas da infecção num recém-nascido, não é provável que a família procure tratamento. E mesmo nos casos em que os membros da família se apercebem dos perigos e ameaças que estão em causa, muitas vezes não procuram ajuda devido a várias razões:

- Devido a fragilidades do sistema de saúde—inexistência de instalações, falta de medicamentos, carências de pessoal qualificado, horas de funcionamento limitadas — poderá não haver tratamentos disponíveis.
- A família poderá não suportar os custos dos tratamentos devido a dificuldades financeiras (ou entender que não os pode suportar).
- A mãe (ou outros membros da família) não tem tempo para procurar os tratamentos e/ou outros tratamentos continuados. Num estudo a que se procedeu no Uganda, concluiu-se que apenas 28 por cento das famílias com crianças doentes actuaram depois de terem sido aconselhadas a dirigirem-se a um hospital, o que em grande medida se deveu a dificuldades de transportes ou a dificuldades económicas.
- O serviço de cuidados de saúde mais próximo fica demasiado longe.
- Não existem transportes, ou estes têm custos inoportáveis.
- Responsabilidades domésticas ou outras responsabilidades familiares podem impedir a mãe de procurar cuidados de saúde.
- Por razões culturais, a família pode procurar um curandeiro tradicional que pode não estar apto para reconhecer ou para tratar adequadamente as infecções dos recém-nascidos.

Nalguns locais, as pessoas possuem uma opinião desfavorável sobre a qualidade dos cuidados de saúde prestados nas instalações hospitalares ou nos serviços de saúde. Dadas estas circunstâncias, emergiu um consenso segundo o qual a melhor esperança para reduzir, nos locais com recursos insuficientes, as mortes dos recém-nascidos causadas por infecções reside em levar até mais perto do domicílio as opções de tratamento, ou seja, até à comunidade ou à aldeia. Com base nalguns programas praticados, há provas de que esta solução é viável e também eficaz.

EVIDÊNCIAS QUE VÊM SURGINDO

A secção seguinte desta *newsletter* resume as evidências recentemente publicadas, e também as não publicadas, que revelam que a gestão das infecções nos recém-nascidos, com base na comunidade, é simultaneamente eficaz e viável.

Algumas das primeiras evidências relativas à gestão pela comunidade das infecções dos recém-nascidos tiveram origem numa meta-análise feita a estudos de gestão pela comunidade de pneumonia infantil, em que também foram tratados recém-nascidos. Quando se organizaram em comum os dados dos sete estudos que se ocuparam do tratamento de recém-nascidos e que relataram os seus resultados, estes revelaram que a GIRNC da pneumonia teve como consequência uma significativa redução de 27 por cento na taxa de mortalidade neonatal por todas as causas, e uma redução ainda superior de 42 por cento na taxa de mortalidade neonatal devida a pneumonia. Os regimes de tratamento baseados na comunidade consistiram fundamentalmente em antibióticos orais: cotrimoxazol oral (em quatro estudos), seguido de penicilina injectável (um estudo), e penicilina injectável juntamente com amoxicilina oral e injectável, mais amoxicilina oral (um estudo) (Sazawal e Black, 2003). Com base nas conclusões destes estudos, a *Lancet Neonatal Survival Series* identificou que a gestão da pneumonia com base na comunidade é uma intervenção assente em factos comprovados que serve para salvar vidas de recém-nascidos (Darmstadt *et al.* 2005).

Outras evidências recentes revelam agora que a maior parte das infecções graves dos recém-nascidos, incluindo a septicemia e não apenas a pneumonia, pode igualmente ser tratada com êxito em instalações comunitárias e que esses tratamentos podem salvar as vidas dos recém-nascidos. Estas evidências têm origem em quatro projectos de investigação que implementaram tratamentos de infecções em recém-nascidos em instalações com fracos recursos: o programa SEARCH em Gadchiroli, Índia; o projecto Ankur em sete áreas de ONG também na Índia; Projahnmo no Distrito Sylhet do Bangladesh; e o Programa Inovador De Intervenção Neonatal de Morang (MINI) no Nepal. Os métodos e resultados destes programas estão resumidos abaixo.

Índia: O Programa SEARCH

Este programa SEARCH foi executado em 53 aldeias rurais, no distrito Gadchiroli de Maharashtra, “um distrito extremamente subdesenvolvido [onde]... as estradas, as comunicações, o ensino e os serviços de saúde são muito deficientes” (Bang *et al.* 1999). Neste distrito havia um paramédico e uma paramédica por cada 3 000 habitantes, e um centro de saúde para cuidados primários com dois médicos por cada 20 000 habitantes. A procura de cuidados de saúde para as doenças dos recém-nascidos era de longe a excepção e não a regra. A taxa de mortalidade neonatal era muito elevada no início do programa, ultrapassando 60 mortes de recém-nascidos por cada 1000 nados-vivos.

A intervenção consistiu num pacote de actividades de cuidados de saúde aos recém-nascidos a nível doméstico (HBNC) executado por trabalhadores comunitários de saúde (TCS) pagos pelo projecto, que foram seleccionados pelos chefes de aldeia para desempenharem este papel. Os TCS — aproximadamente 1 por cada 1 000 habitantes — identificaram as mulheres grávidas nas suas respectivas aldeias, procederam a visitas pré-parto para as aconselharem sobre comportamentos saudáveis durante a gravidez e a preparação para o parto, prestaram cuidados de saúde aos recém-nascidos durante o parto, em conjunto com as parteiras tradicionais (PT ou TBA – Traditional Birth Attendants), procederam a visitas pós-parto nos dias 1, 2, 3, 5, 7, 14, 21, e 28 para analisarem o estado de saúde do recém-nascido e da mãe, e prestaram tratamentos no lar a infecções dos recém-nascidos, por meio de cotrimoxazol oral adicionado de gentamicina oral duas vezes por dia. Se bem que as famílias fossem ensinadas a reconhecer e a procurar cuidados de saúde sempre que detectassem sinais de perigo nos recém-nascidos, os tratamentos das respectivas infecções dependia em grande medida da vigilância activa feita pelos trabalhadores de saúde comunitários durante as visitas domiciliárias pós-parto de rotina.

“Os cuidados de saúde para a maioria dos neonatos nos países em desenvolvimento são praticamente inexistentes. Porém, mesmo em populações com estatuto económico e nutritivo insuficiente e com acentuado analfabetismo feminino, a taxa de mortalidade infantil pode ser reduzida para cerca de metade através de educação sanitária e de cuidados de saúde neonatais no domicílio. Este modelo pode ser replicado noutros países em desenvolvimento, onde deverá passar a fazer parte dos cuidados de saúde primários e do método de gestão integrada de crianças doentes proposto pela OMS.”

Nas aldeias intervencionadas houve uma redução global altamente significativa da mortalidade neonatal que atingiu 62 por cento no terceiro ano (comparada com a do primeiro ano), com um declínio de 58 por cento nas mortes devidas a septicemia. Se bem que a incidência de infecções nos recém-nascidos tenha declinado com a melhoria da higiene devida a componentes preventivas, houve todavia uma redução notável dos casos fatais nos recém-nascidos com septicemia, presumivelmente devido à GPC com antibióticos. Durante o período de referência, os casos fatais devidos a septicemia diminuíram de 16,6 por cento para 2,8 por cento, após a GPC das infecções nos recém-nascidos pelos TCS. Os investigadores concluíram que os “cuidados

de saúde neonatais prestados em casa, incluindo a gestão das septicemias, são aceitáveis [e] viáveis e reduziram a mortalidade neonatal e infantil de cerca de 50 por cento entre a nossa população desnutrida, iletrada e rural. O nosso método poderia reduzir a mortalidade neonatal substancialmente nos países em desenvolvimento.” (Bang *et al.* 1999).

Índia: Ankur

O modelo SEARCH de cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos no domicílio (CSPD), incluindo o tratamento domiciliário das infecções, foi testado recentemente em diversas áreas servidas por ONG na Índia. O nome deste projecto, “Ankur,” significa “rebento ou broto” na língua local, querendo com isso referir o objectivo do projecto, que é demonstrar que aqueles cuidados poderão ser reproduzidos e expandidos para além do modelo SEARCH. Sete ONG diferentes participaram neste esforço. Nalguns casos, as ONG prestaram serviços de saúde pela primeira vez, e noutros casos houve ONG já com actividades de saúde que os alargaram para acrescentarem intervenções dedicadas aos recém-nascidos. As instalações das ONG que participaram no projecto eram de diversa natureza — rurais, tribais, e bairros de lata urbanos — mas todas eram típicas de áreas de baixos recursos na Índia e no Sul da Ásia.

O pacote de intervenções CSPD era essencialmente o mesmo que o aplicado nas áreas SEARCH, excepto no que se refere ao facto de neste haver menos visitas pós-natais. As trabalhadoras de saúde comunitárias eram mulheres locais, seleccionadas pelos chefes de aldeia, treinadas pelo modelo SEARCH para prestarem CSPD, e que eram supervisionadas por profissionais de saúde ligados a cada ONG. Os TCS identificaram as mulheres grávidas nas suas aldeias, praticaram visitas domiciliárias para prestarem aconselhamento pré-natal, prestaram assistência a partos em casa com PT a fim de prestarem cuidados de saúde imediatos aos recém-nascidos, e procederam a visitas pós-natais de rotina para controlarem a saúde da mãe e do recém-nascido. Ao abrigo da vigilância activa e da detecção de casos deste programa, os TCS trataram as infecções dos recém-nascidos no domicílio — quando não era possível serem eles referenciados para um hospital ou outro serviço de saúde — recorrendo ao mesmo regime de antibióticos do programa SEARCH: cotrimoxazol oral e gentamicina injectável.

Uma avaliação recente do projecto Ankur concluiu que a taxa de mortalidade neonatal global nas áreas abrangidas pelo projecto diminuiu de 51 por cento em relação ao período de referência, passados apenas dois anos desde o início das intervenções ao abrigo das CSPD. Além disso, a avaliação a que se procedeu assinalou que os CSPD, incluindo a identificação e a gestão domiciliária das infecções dos recém-nascidos, eram uma intervenção viável que as ONG podiam proporcionar.

Bangladesh: Projahnmo

O “*Project for Advancing the Health of Newborns and Mothers (Projahnmo)*” foi executado em três sub-districtos do distrito rural Sylhet, onde a taxa de mortalidade neonatal era superior a 45 por 1 000 nados-vivos no início da execução desse projecto. O distrito de Sylhet, conhecido pelas suas normas culturais fortemente conservadoras e tradicionais, possui indicadores de saúde que se situam entre os piores do Bangladesh. Aproximadamente 90 por cento dos partos ocorrem em casa, geralmente assistidos por um membro ou amigo da família, ou por uma PT. As opções para o tratamento das infecções dos recém-nascidos são limitadas, aparte as existentes num dos poucos hospitais de referência que, mesmo assim, ficam situados a grande distância da maior parte das famílias. O objectivo do estudo era analisar modelos de cuidados de saúde a recém-nascidos com base na comunidade. Pôs-se em prática um modelo de cuidados de saúde ao domicílio, recorrendo-se a TCS treinados e pagos para providenciarem um pacote de aconselhamento pré-natal, praticarem visitas pós-natais domiciliárias, identificação domiciliária de infecções graves nos recém-nascidos, e aplicação de antibióticos aos recém-nascidos doentes cujas famílias recusassem o seu envio para uma clínica. Este pacote domiciliário teve como resultado uma diminuição de 34 por cento da mortalidade neonatal (Baqui *et al.* 2008).

O modelo Projahnmo de cuidados de saúde ao domicílio, tal como os modelos SEARCH e Ankur, envolveu uma activa detecção de casos através de visitas domiciliárias pós-natais de rotina, a fim de se controlar a saúde da mãe e do bebé. Os trabalhadores comunitários de saúde foram treinados para avaliarem os recém-nascidos e para procederem a visitas domiciliárias pós-natais de rotina nos dias 1, 3, e 7 e para identificarem sinais e sintomas de doença nos recém-nascidos. Todos os recém-nascidos foram referenciados para profissionais qualificados de um serviço de saúde. Porém, se a família recusasse a referência e consentisse que o tratamento fosse feito em casa, o TCS administrava antibióticos injectáveis diariamente, durante dez dias seguidos. O regime de tratamento consistiu em penicilina com procaína intramuscular, juntamente com gentamicina intramuscular, uma vez por dia.

Apesar das recomendações para referência para um hospital ou outro serviço de saúde devido a possível infecção que poderia pôr a vida em risco, a maior parte das famílias recusaram procurar tratamentos nos serviços de saúde aconselhados. Para os recém-nascidos com sinais de possível doença muito grave, só cerca de um terço dos pais concordaram com a referência. A maior parte dos que a recusaram aceitou o tratamento domiciliário feito por TCS: duas injeções diárias de antibiótico, durante dez dias. A taxa de casos fatais nos recém-nascidos tratados com antibióticos pelos TCS foi de 4,4 por cento, que se verificou não ser diferente da dos que foram referenciados com êxito para um serviço de saúde para lá serem tratados (Baqui *et al.* 2007). Estes resultados proporcionam uma prova importante de que a identificação e o tratamento domiciliário das infecções dos recém-nascidos são viáveis e podem reduzir o número de mortes por assim se alcançarem esses recém-nascidos que, de outro modo, não teriam acesso aos tratamentos.

“Dado que o reconhecimento das infecções graves se manteve dependente em grande medida das visitas feitas pelos TCS, e que a assistência aos partos se manteve escassa, o apoio aos TCS quanto à prática das visitas pós-natais e a implementação de um sistema de comunicação eficaz com as famílias para que estas avisem aqueles TCS dos partos iminentes ou consumados é essencial a qualquer modelo de cuidados de saúde neonatais domiciliários.”

Projahnmo-I
Relatório Final

Nepal: MINI

Dadas as evidências proporcionadas pelo programa SEARCH de que a gestão domiciliária das infecções dos recém-nascidos era viável e eficaz, iniciou-se um projecto no Nepal para determinar se os quadros existentes de trabalhadores de saúde no sistema governamental poderiam prestar esta intervenção salvadora de vidas.

O objectivo da “*Morang Innovative Neonatal Intervention (MINI)*” foi determinar se as voluntárias da saúde com base na comunidade (VSBC) e os trabalhadores da saúde mais periféricos, pagos pelo governo, poderiam identificar e gerir devidamente as infecções neonatais — se seria viável, em resumo, prestar tratamentos adequados aos recém-nascidos, em instalações ou locais da comunidade, através das infra-estruturas governamentais de saúde existentes. (Não era seu objectivo medir o impacto destas actividades na mortalidade neonatal.)

As VSBC já identificavam e geriam as pneumonias infantis no distrito de Morang, tal como já o fazem na maioria dos distritos do Nepal. A MINI acrescentou a gestão das infecções dos recém-nascidos ao nível da comunidade, em grande medida pelo alargamento das actividades das VSBC de modo a incluírem os recém-nascidos. As VSBC foram treinadas para visitar os recém-nascidos, tanto quanto possível logo após o parto, e nos seus domicílios. Pesavam os recém-nascidos, procediam a uma avaliação do seu estado de saúde, e aconselhavam a família sobre os cuidados de saúde essenciais a prestar ao recém-nascido e sobre os sinais de perigo que lhes são peculiares. Se o recém-nascido desenvolvesse sinais de infecção a qualquer altura, durante os primeiros dois meses de vida, os seus tratadores eram instruídos para chamarem as VSBC que avaliariam a situação do bebé. Se as VSBC detectassem quaisquer sinais de perigo, obteriam autorização da família e iniciariam o tratamento com cotrimoxazol oral. De seguida entregariam à família um “formulário de chamada” utilizado para notificar e solicitar a presença no domicílio, de um profissional de saúde governamental com formação, para que este administrasse uma injeção de gentamicina diária durante sete dias. (O cotrimoxazol oral era administrado durante cinco dias.) Assim, as VSBC serviam para ligar a família aos profissionais de saúde governamentais, que prestariam o devido tratamento às infecções dos recém-nascidos.

A MINI foi inicialmente implementada em 21 aldeias intervencionadas e mais tarde foi alargada a todas as 65 aldeias do distrito, abrangendo uma população de mais de 700 000 habitantes. Os resultados da avaliação do programa revelaram que 80 por cento dos episódios esperados de possível infecção bacteriana grave nos recém-nascidos estavam a ser tratados, em comparação com apenas 5 por cento no início do programa. A taxa de cumprimento integral da gentamicina relativamente a recém-nascidos tratados foi de 93 por cento. No final da aplicação do programa MINI, a avaliação concluiu que os trabalhadores de saúde comunitários desejam e são capazes de gerir infecções neonatais, estão motivados para executarem tarefas adicionais a fim de salvarem as vidas dos recém-nascidos, e são por

“No Nepal, a gestão, com base na comunidade, das infecções neonatais, recorrendo às actuais infra-estruturas governamentais, é viável e necessária. Com a maioria dos bebés a nascerem ainda em casa, e a morrerem também em casa quando adoecem, são essenciais serviços que vão ao seu encontro e ao encontro das famílias.”

Jaganath Sharma
Relatório Final MINI

conseguite capazes de prestar tratamentos com altas taxas de cobertura de antibióticos adequados a cada infecção.

A evidência destes quatro estudos demonstra e/ou reforça diversas verdades importantes acerca de como tratar as infecções dos recém-nascidos em locais providos de baixos recursos:

- A vigilância activa através de visitas domiciliárias precoces pós-natais ajuda a identificar os recém-nascidos que necessitam de antibióticos para infecções de que se suspeite.
- Muitas vezes, as famílias não actuam quando se trata de casos de referenciação para serviços de saúde.
- Os trabalhadores de saúde comunitários ou de aldeia podem ser treinados com êxito para identificarem os sinais de infecções nos recém-nascidos e para administrarem antibióticos nos domicílios.
- Nos seus domicílios, as famílias aceitarão tratamentos com antibióticos.
- Os tratamentos feitos na comunidade ou em casa funcionam e salvam vidas.
- A gestão comunitária das infecções dos recém-nascidos pode ser executada utilizando-se as infra-estruturas de saúde existentes (pelo menos à escala representada por estes quatro programas).

Os resultados dos quatro programas acima descritos, são encorajadores. As conclusões a que se chegou demonstram que as intervenções comunitárias no sentido de combater as infecções neonatais não só são viáveis, como eficazes. No entanto, como todos estes estudos decorrem em países asiáticos, isso significa que é provável que os resultados obtidos noutros países em desenvolvimento, especialmente nos da África Sub-Sahariana, não irão ser necessariamente idênticos. Apesar de os estudos também não nos dizerem o que pode acontecer se essas intervenções forem levadas a cabo a uma escala mais alargada, os peritos de todo o mundo chegaram a um consenso quanto à necessidade de fazer com que estas intervenções, nomeadamente no combate à sepsis neonatal (ver abaixo), cheguem cada vez mais longe e abranjam cada vez mais populações.

OS PRÓXIMOS PASSOS: RECOMENDAÇÕES DA CONSULTA GLOBAL

Em 2007, uma consulta global aos métodos comunitários aplicados às infecções dos recém-nascidos foi promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) U.S. Agency for International Development (USAID), e pela Save the Children/Saving Newborn Lives (SC/SNL). A consulta procedeu a uma revisão das evidências proporcionadas por estudos recentes e fez recomendações destinadas a orientar investigações futuras, assim como a implementação dos programas.

Com base na sua revisão dos estudos realizados no Bangladesh, na Índia, no Nepal e no Paquistão, a consulta concluiu também que existem ainda dados insuficientes sobre a terapêutica antibiótica mais eficaz e viável ao nível da comunidade, para que possam ser feitas recomendações quanto a uma política global sobre um regime farmacológico óptimo a nível da comunidade. A consulta concluiu igualmente que, em áreas com acesso restrito ou sem qualquer acesso aos serviços de saúde, as intervenções domiciliárias e as baseadas na comunidade, que envolvessem extensões de saúde ou trabalhadores comunitários da saúde, têm um impacto substancial sobre a mortalidade neonatal. O acesso melhorado ao tratamento de eventuais casos de sepsis, tanto em casa como nos serviços de saúde de primeiro nível, perto de casa, melhora em geral as práticas de cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos e aumenta a identificação das doenças em casa. A consulta aconselhou que as futuras investigações continuassem a testar as terapêuticas antibióticas orais e intramusculares (IM) combinadas óptimas, capazes de ser viáveis em sistemas de saúde pouco sólidos (para serviços de primeiro nível e tratamentos comunitários), aceitáveis por parte das famílias, e caracterizadas por uma taxa de êxito terapêutico tão próxima quanto possível do actual regime padrão de gentamicina e penicilina injectável durante 7-10 dias.

Quanto aos programas em curso, a consulta recomendou igualmente que, sempre que possível, se aplicasse o regime normal de antibióticos, mas que quando o regime normal não fosse viável, recomendou que se recorresse a alternativas: uma combinação de gentamicina injectável e um antibiótico oral (amoxicilina ou cotrimoxazol), ou apenas um antibiótico oral se não for viável um antibiótico injectável. A escolha de um agente oral — amoxicilina ou cotrimoxazol — deverá ser determinada com base na experiência local com os programas, com os padrões de sensibilidade aos antibióticos, e com as taxas locais de êxito ou de fracasso com qualquer dos antibióticos orais.

Pontos de consenso sobre a eficácia das diferentes opções de intervenção na consulta global:

- Em áreas com acesso restrito ou sem qualquer acesso aos serviços de saúde, as intervenções domiciliárias e as baseadas na comunidade, que envolvem extensões de saúde ou trabalhadores comunitários da saúde, têm um impacto substancial sobre a mortalidade neonatal, incluindo sobre a mortalidade na primeira semana de vida. Esta conclusão baseia-se numa revisão de 6 estudos, realizada na Ásia Meridional – Bangladesh, Índia, Nepal e Paquistão.

- Observou-se um impacto positivo na redução da mortalidade neonatal, graças à aplicação de três tipos de pacotes de intervenção doméstica e comunitária:

- Mobilização comunitária como estratégia de prevenção (*Makwanpur/Nepal*)
- Mobilização comunitária e visitas domiciliárias durante a gravidez e o período neonatal, com vista a promover um conjunto óptimo de cuidados práticos e de prevenção neonatal, incluindo a profilaxia das doenças (*Shivgarh/Índia, Hala/Paquistão, Sylhet/Bangladesh*)
- Visitas domiciliárias durante a gravidez e o período neonatal, com vista a promover um conjunto óptimo de cuidados neonatais essenciais e o controlo da sepsis pelos trabalhadores comunitários da saúde (*SEARCH/Índia, ANKUR/Índia, Sylhet/Bangladesh*)

- Os estudos apresentados na consulta, comprovaram que a mortalidade neonatal podia ser reduzida através de uma melhoria dos cuidados prestados aos recém-nascidos e da identificação das doenças no domicílio. As visitas domiciliárias nos dois primeiros dias de vida são particularmente importantes, havendo mesmo uma sugestão de que as visitas no primeiro dia de vida podem ser cruciais.

- Um maior e melhor acesso ao tratamento dos eventuais casos de sepsis, quer a nível domiciliário, quer nos serviços de saúde de primeiro nível, na proximidade do domicílio, melhora a prática dos cuidados prestados aos recém-nascidos em geral e aumenta a possibilidade de identificação das doenças no domicílio.

<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/saving-newborn-lives/publications/Sepsis-Report-2007.pdf>

COMO CAMINHAR EM FRENTE: MÉTODOS PROGRAMÁTICOS SUGERIDOS

As diferentes instalações de cada país exigem métodos programáticos diferentes para que possam prestar tratamentos comunitários eficazes às infecções dos recém-nascidos. A fim de se poder conceber um programa o mais eficaz possível para a gestão daquelas infecções, devem tomar-se em consideração os seguintes factores:

1. os serviços de saúde disponíveis, desde as comunidades até aos hospitais de referência;
2. os comportamentos habituais de procura de cuidados de saúde e o respeito das famílias pelo tratamento recomendado para as doenças dos recém-nascidos;
3. os programas usuais para tratar doenças das crianças com menos de cinco anos, especialmente as que têm menos de dois meses de idade (e.g., gestão integrada das doenças dos recém-nascidos e das doenças infantis [GIDRNI]; gestão comunitária de casos);
4. oportunidades proporcionadas pelos programas para se alcançarem os recém-nascidos e suas famílias no início do período pós-natal; e
5. políticas nacionais que determinam a disponibilidade dos medicamentos destinados às doenças dos recém-nascidos, assim como a administração dos mesmos por prestadores de cuidados de saúde em serviços comunitários e em serviços de saúde de primeiro nível.

Com base numa avaliação destes cinco factores, pode adoptar-se uma gama ampla de métodos programáticos — todos eles com o objectivo de procederem a diagnósticos e a uma gestão eficaz das infecções dos recém-nascidos tão perto de casa quanto possível.

O primeiro factor a considerar é se será possível disponibilizar tratamentos aos recém-nascidos em serviços de saúde de primeiro nível e se as famílias procurariam utilizar estes cuidados de saúde postos à sua disposição. Em muitos países de baixos rendimentos, os serviços de saúde de primeiro nível, dispõem de

pouco pessoal e de pouco equipamento, o que significa existirem desafios fundamentais à gestão eficaz das infecções dos recém-nascidos nesses serviços. Onde existam a funcionar serviços de saúde de primeiro nível (como os de GIDI – Gestão Integrada de Doenças Infantis) para crianças, há importantes oportunidades de se acrescentar a gestão das infecções dos recém-nascidos aos cuidados de saúde que já estejam em prática. Nesta situação terão de se tomar em consideração outros factores. Será que as famílias procurarão ir aos serviços para lá receberem cuidados de saúde para os seus recém-nascidos, especialmente cuidados prestados a tempo, como antibióticos que possam tratar com êxito as infecções? Será que existem políticas já em vigor, ou terão essas políticas de ser modificadas para permitirem que o pessoal dos serviços de primeiro nível tratem os recém-nascidos com antibióticos injectáveis e/ou orais? Nalguns países, conseguir alcançar os recém-nascidos doentes num futuro breve exige que se façam esforços agora para se reforçarem os cuidados prestados nos serviços de primeiro nível e para garantir que as políticas em vigor incluam a gestão das infecções dos recém-nascidos nesses serviços. Contudo, em muitos países, o tratamento da maior parte das infecções dos recém-nascidos nos serviços de primeiro nível é uma meta ainda distante e não uma solução em que se possa confiar para salvar as suas vidas agora ou num futuro próximo.

As estratégias alternativas, como a gestão de casos comunitários, devem consistir em grande medida em utilizar os trabalhadores de saúde comunitários, para que levem as opções de tratamento para mais perto do domicílio dos recém-nascidos. A maior parte das vezes, os trabalhadores de saúde comunitários estão ligados a sistemas de saúde existentes, embora a rigidez dessas ligações varie consideravelmente de país para país. É provável que a concepção do método alternativo mais adequado para gerir as infecções dos recém-nascidos signifique que se tenha de redefinir os papéis dos trabalhadores comunitários de saúde. Nalguns países, estes papéis são principalmente preventivos, ajudando a garantir que as famílias saibam quais são os sinais de perigo nos recém-nascidos e tenham planos definidos para procurarem os tratamentos necessários de saúde em tempo útil, junto de trabalhadores de saúde qualificados. Nos casos em que seja comum haver atrasos na busca de tratamentos para os recém-nascidos doentes, os trabalhadores comunitários de saúde podem ser treinados para identificarem aqueles sinais e para os tratarem com a primeira dose de antibióticos (orais ou injectáveis) imediatamente antes de enviarem o recém-nascido doente para um hospital ou outro serviço de saúde oficial. Ao optarem por este método, os programadores deverão tomar em consideração factores como o do actual papel do trabalhador comunitário de saúde na prevenção e no tratamento das doenças infantis, as políticas do país relativamente aos tratamentos curativos aplicados por aqueles trabalhadores, os sistemas de supervisão existentes, e a logística de abastecimento de medicamentos e de equipamentos.

Para melhorar as práticas de referenciação e praticar uma gestão eficaz das infecções dos recém-nascidos, os trabalhadores comunitários de saúde deverão entrar precocemente em contacto com a família do recém-nascido logo após o parto, e devem ser treinados para reconhecerem os sinais de infecção. As evidências recentes, apresentadas acima, demonstram que ambas as práticas são viáveis. As visitas domiciliárias pós-natais feitas pelo trabalhador comunitário de saúde e realizadas logo na primeira semana após o parto, reforçam as práticas preventivas importantes e permitem que o recém-nascido doente seja identificado para referenciação ou gestão. As visitas domiciliárias pós-natais permitem que os trabalhadores comunitários de saúde aconselhem as famílias sobre como deverão identificar os sinais de perigo nos recém-nascidos e sobre como deverão procurar cuidados de saúde junto de profissionais de saúde qualificados. As visitas pós-natais também permitem que o recém-nascido seja examinado para se procurarem sinais de infecção, uma necessidade que é crítica em locais onde as barreiras culturais ou financeiras impedem as famílias de procurarem cuidados de saúde para o recém-nascido fora de casa.

Sinais de Infecção Grave nos Recém-Nascidos

1. História de dificuldades de alimentação
2. Movimento apenas quando estimulados
3. Temperatura abaixo de 35,5 °C
4. Temperatura acima de 37,5 °C
5. Ritmo respiratório > 60
6. Grave tiragem do tórax
7. História de convulsões

Simini 2008

Como poderão os trabalhadores comunitários de saúde reconhecer os recém-nascidos doentes que necessitam de tratamento com antibióticos? Actualmente existe um algoritmo simples para identificar as infecções dos recém-nascidos. Um estudo recentemente publicado determinou um conjunto de sete sinais clínicos facilmente identificáveis que indicam com segurança quais são os recém-nascidos que necessitam de antibióticos (Vide caixa.) Embora este estudo tenha envolvido em grande medida profissionais de saúde não médicos em clínicas, os sinais são suficientemente simples para serem reconhecidos e utilizados pelos trabalhadores de saúde comunitários para tomarem decisões de referenciação e de tratamento. Se bem que seja necessária mais investigação para validar a utilização deste algoritmo por aqueles trabalhadores, apesar disso os programas deverão usar o algoritmo, ou uma versão adaptada, para se identificarem as infecções dos recém-nascidos em instalações de saúde da comunidade.

Cuidados Pós-Natais Recomendados para os Recém-nascidos

Calendário recomendado para as visitas: recomenda-se um total de três visitas domiciliares para a prestação de cuidados de saúde aos recém-nascidos:

1. logo que possível, após o parto (dentro das primeiras 24 horas)
2. no terceiro dia após o parto
3. no sétimo dia após o parto (depois da primeira semana de vida)

Cuidados de saúde pós-natais essenciais a todos os recém-nascidos:

- Promover e apoiar a amamentação precoce (dentro da 1ª hora após o parto).
- Ajudar a manter o recém-nascido quente; promover cuidados pele-a-pele.
- Promover os cuidados higiénicos a prestar ao cordão umbilical e à pele.
- Aconselhar sobre o reconhecimento rápido dos sinais de perigo e sobre o modo de procurar cuidados de saúde por parte da família (sinais: falta de apetite, actividade reduzida, dificuldades respiratórias, febre ou sensação de frio, tremores ou convulsões).
- Promover o registo do nascimento e a vacinação atempada.
- Identificar e apoiar os recém-nascidos que necessitem de cuidados de saúde adicionais (por exemplo: crianças com peso reduzido à nascença, os recém-nascidos que apresentem sinais de infecção, aqueles cujas mães estejam infectadas como o VIH). Se possível, tratar as infecções em casa.

Providenciar a referência para tratamento das infecções graves dos recém-nascidos, ou prestar tratamentos em casa ou nos serviços comunitários, nos casos em que não seja possível a referência.

MEDIDAS A TOMAR PARA MELHORAR A GESTÃO DAS INFECÇÕES DOS RECÉM-NASCIDOS

Para se melhorar o acesso das comunidades aos tratamentos de infecções graves nos recém-nascidos, os programas podem tomar agora as seguintes medidas:

- Realizar análises de situação para identificarem as opções de tratamento e as políticas em vigor para o tratamento das infecções dos recém-nascidos nos serviços de saúde de primeiro nível e nos serviços comunitários.
- Proceder a investigações na área da formação para compreender quais são as formas praticadas de procura de cuidados de saúde para as doenças dos recém-nascidos e para identificar se as actuais opções de tratamento ou os métodos alternativos são aceitáveis pelas famílias.
- Conceber e testar programas destinados aos trabalhadores comunitários de saúde, para melhoria da procura dos cuidados de saúde; e para identificar, referenciar, e/ou gerir as infecções dos recém-nascidos utilizando plataformas programáticas como a GIDIRNI, a gestão comunitária de casos, e os cuidados de saúde pós-natais com base na comunidade.
- Defender a alteração de políticas, na medida em que isso seja necessário, para assegurar a melhoria das competências dos trabalhadores de saúde e a disponibilidade e utilização de antibióticos orais ou injectáveis nos recém-nascidos nos serviços de primeiro nível ou nos serviços comunitários.
- Defender a alteração de políticas, na medida em que isso seja necessário, para garantir visitas pós-natais dentro do espaço das primeiras 24 horas e aos terceiro e sétimo dia de vida.

CONCLUSÃO

Se bem que possamos estar ainda na fase de descoberta da gestão comunitária das infecções dos recém-nascidos — a aprender mais acerca do que funciona e do que não funciona, a incitar o recurso às melhores práticas — as evidências de que estes programas salvam vidas são fortes e cada vez em maior número. O desafio agora é continuar a refinar a concepção e a implementação destes esforços e encontrar meios de os praticar à escala necessária.

REFERÊNCIAS

- Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, e Deshmukh MD. "Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *The Lancet* 1999; 354:1955-1961.
- Baqi AH, Arifeen SE, Darmstadt GL, Ahmed S, Williams EK, Seraji HR, Mannan I, Rahman SM, Shah R, Saha SK, Syed U, Winch PJ, Santosham M, e Black RE for the Projahnmo Study Group. "Impact of a package of community-based newborn care interventions implemented through two service delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial." *Lancet* 2008; 371 (9628):1936–44.
- Baqi, AH, Mannan I, Arifeen SE, Habibur M, Seraji R, Rahman SM, Winch PJ, Darmstadt GL e "Bangladesh PROJAHNMO Study Group". "Home-based management of newborn infections—Lessons from Sylhet: Implications for Program." *Scaling up High Impact FP/MNCH Best Practices; Achieving the Millennium Development in Asia and Near East, Technical Meeting, Bangkok. September 2007.*
- Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, e De Bernis L. "Evidence-based, cost effective interventions: how many newborn babies can we save?" *Lancet* 2005;365 (9463):977-988.
- Sazawal S e Black RE. "Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials." *Lancet Infect Dis* 2003; 3(9):547-56.
- Simini F for the Young Infants Clinical Signs Study Group. "Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study." *Lancet*, 2008; 371, 135-42.

AGRADECIMENTOS

Os autores desejam agradecer a todos os revisores pelo seu "par de olhos" extra: Nabeela Ali, Neal Brandes, Steve Hodgins, Lily Kak, Neena Khadka, Malay K Mridha, Vijay Singh e Aysha Twose. Tomámos na devida consideração as suas cuidadosas — e múltiplas — leituras do documento. Com a sua profunda compreensão da audiência, os revisores conseguiram proporcionar-nos conselhos valiosos acerca do conteúdo deste artigo, como, por exemplo, a que temas deveríamos dedicar as nossas prioridades e concentrar o nosso foco, assim como, no que diz respeito à execução propriamente dita, as sugestões valiosas que nos apresentaram sobre onde reduzir a dimensão de alguns dos desenvolvimentos e onde expandir a dimensão de outros.

MotherNewborNews is published half-yearly by MotherNewBorNet. Correspondence regarding further information should be addressed to: Coordinator, MotherNewborNet. Public Health Sciences Division, ICDDR,B, Mohakhali, Dhaka-1212. Bangladesh. E-mail: mothernewbornet@icddr.org; Telephone: +880-2-9885155; Fax: +880-2-8826050; web: www.icddr.org/MotherNewBorNet

Autores que deram o seu contributo:
Steve Wall, Charlotte Storti, Pat Daly e Joseph deGraft-Johnson

Reviewers: Nabeela Ali, Neal Brandes, Steve Hodgins, Lily Kak, Neena Khadka, Malay K Mridha, Vijay Singh and Aysha Twose

Editor: Malay K Mridha



MotherNewBorNet