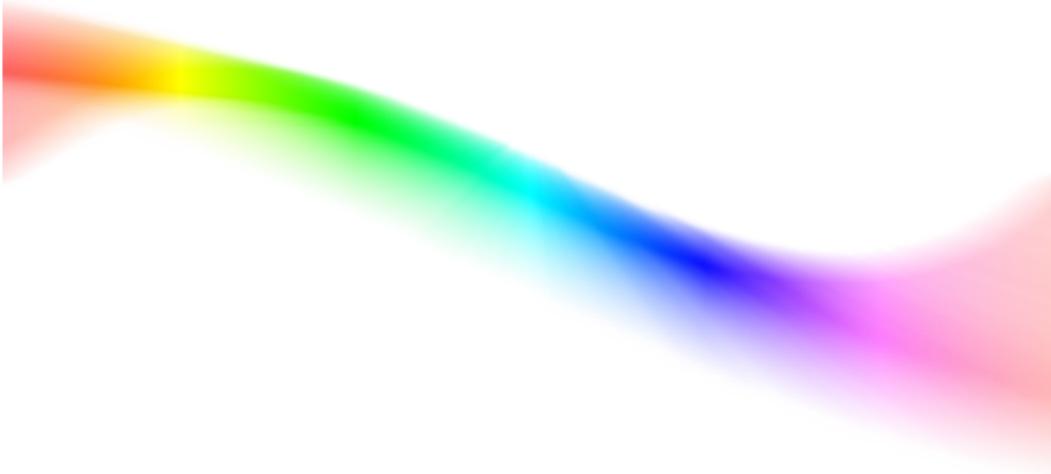




Manual do Spectrum

Sistema de Modelos de Políticas do Spectrum



Uma ferramenta de análise desenvolvida para suportar as decisões políticas em matéria de saúde pública e de investigação que acompanham



Manual do Spectrum

Sistema de Modelos de Políticas do Spectrum

Autores Técnicos

Avenir Health

*Lori Bollinger
Willyanne DeCormier
Plosky
Carel Pretorius
Rachel Sanders
Emily Sonneveldt
John Stover*

Bill & Melinda Gates Foundation

John Ross

Johns Hopkins

*Adrienne Clermont
Neff Walker*

Desenvolvedores de Software

*Shiva Bagheri Marani
Kendall Hecht
Robert McKinnon
Thomas Podkowiak
Mark Roman
Jill Schein
Jared Schmidt
Elric Werst*

Desenvolvido por Avenir Health com apoio de:

*USAID | Health Policy Plus
Bill & Melinda Gates Foundation
Johns Hopkins
United States Fund for UNICEF
UNAIDS
World Health Organization
UNICEF
GWHA
United Nations Population Fund*

Table of Contents

Foreword	0
Part I Módulos do Spectrum	5
1 LiST	5
O que é LiST?	5
Análise padrão do LiST	5
Editores de entrada do LiST	7
Configuração do LiST	7
Gerenciar intervenção	9
Estado de saúde, mortalidade e estado econômico	10
Estado de saúde infantil de base	10
Estado de saúde materna de base	12
Distribuições do estado nutricional	14
Patógenos	15
Mortalidade infantil de base	16
Mortalidade materna de base	17
Aborto	18
Natimorto	18
Estado domiciliar	19
Cobertura	20
Periconcepcional	21
Gravidez	23
Parto	30
Amamentação	37
Desnutrição crônica	42
Preventivo	42
Vacinas	48
Curativo	54
Desnutrição aguda	61
Riscos de fertilidade	62
Eficácia	62
Eficácia de intervenções (maternais)	63
Eficácia de intervenções (natimortos)	63
Eficácia de intervenções (<1 mês)	64
Eficácia de intervenções (1-59 meses)	64
Eficácia de intervenções sobre incidência	64
Eficácia de vacinas (abordagem de coorte)	64
Eficácia em rebanho de vacinas	65
Eficácia de intervenções de nutrição	65
Impacto da subnutrição sobre a mortalidade	66
Entradas de custos	67
Introduction	67
Configuration	67
Staff baseline data	68
Intervention costing (target population, population in need, coverage, and delivery channels)	69
Treatment inputs	71
Other - recurrent and capital costs	73
Delivery channels	73
Program costs	73

Metodologia	74
Análise AIM-LiST	76
Análise FamPlan-LiST	78

Part II Ferramentas 80

1 Gerador de cenário para LiST.....	80
2 Ferramenta de Equidade para LiST.....	82
3 Oportunidades Perdidas para LiST.....	83
4 Projeção subnacional para LiST.....	85

Index 91

1 Módulos do Spectrum

1.1 LiST

1.1.1 O que é LiST?

A Ferramenta Vidas Salvas (LiST, do inglês Lives Saved Tool) é uma aplicação de base computacional para modelar o impacto de intervenções de saúde materna e infantil. O LiST é incluído como um módulo dentro do Spectrum, um sistema de modelagem de políticas composto de vários componentes de software. Para estimar resultados maternos, infantis e de parto em uma projeção, o LiST modela a alteração de cobertura para uma ampla gama de intervenções de saúde materna e infantil no decorrer do tempo combinadas com entradas de dados dos módulos do Spectrum: 1) **DemProj**, o módulo demográfico, fornece informações demográficas para a projeção; 2) **AIM** (Módulo de Impacto da AIDS) incorpora o impacto do HIV/AIDS e tendências no tratamento de HIV/AIDS; e 3) **FamPlan** incorpora determinantes de fertilidade na projeção.

O LiST é baseado no trabalho do Grupo de Estudo de Sobrevivência Infantil de Bellagio, do Grupo de Referência de Epidemiologia e Saúde Infantil (CHERG) e do Grupo de Orientação de Desenvolvimento Infantil Internacional. Seu trabalho tem buscado especificar melhor o encargo global de doença para recém-nascidos e crianças com menos de cinco anos de idade, tanto por região como por causa, e identificar e avaliar as intervenções que serão as mais efetivas no aumento do potencial de sobrevivência e desenvolvimento infantil. Este trabalho foi publicado na série de saúde global de *The Lancet* sobre sobrevivência infantil, sobrevivência neonatal, sobrevivência materna e nutrição de bebês e crianças pequenas.

O LiST permite edição detalhada de entradas de projeção como: cobertura de intervenção por ano, estado de saúde base, taxas de mortalidade infantil e materna, informações de natimortos ou abortos, dados de estado econômico, eficácia de intervenções e o impacto da subnutrição sobre a mortalidade. Podem ser criadas projeções subnacionais para o LiST fazendo modificações em componentes relacionados no LiST, bem como no DemProj, AIM e FamPlan.

O módulo LiST é um trabalho em andamento que está continuamente se adaptando para atender as necessidades de usuários em países, instituições e organizações parceiras. O LiST tem sido usado para fins de planejamento global, planejamento de projetos e avaliação de projetos. Além de atualizações para indicadores de nutrição e intervenções, agora são incluídos os componentes para saúde materna e natimortos e possibilidade de vincular a um módulo de custos externo.

Visite www.livessavedtool.org para mais informações e recursos. Você pode também ver o seguinte vídeo de treinamento: [Introduction to the Lives Saved Tool](#) (26 minutos).

1.1.2 Análise padrão do LiST

Visão Geral de Análise Básica

1. Crie ou edite uma projeção para que contenha todos os dados de base apropriados. Você pode fazer isso clicando em "[Configuração](#)" e "[Estado de saúde, mortalidade e estado econômico](#)". Salve isto com um nome que indique que é sua projeção de base. Essa projeção será seu cenário "fazer nada" ou contrafactual, para que você possa comparar sua projeção de expansão com essa referência.

2. Abra a projeção de base e use "Salvar como" para salvar um segundo arquivo, renomeando-o como a expansão de interesse. Edite os valores de cobertura em "[Cobertura](#)" para criar a expansão conforme desejado. Salve essas alterações. Verifique os resultados observando as "Mortes adicionais evitadas em crianças com menos de cinco anos de idade por intervenção relativa ao ano de impacto" para garantir que somente as intervenções que você expandiu apresentem mudanças (excluindo as intervenções de HIV) e que o primeiro ano ("ano de impacto") tenha 0 mortes evitadas. Corrija conforme necessário. Quando terminar, salve as alterações e feche a projeção.
3. Repita o passo 2 quantas vezes forem necessárias para criar todas as comparações de interesse.
4. Abra a projeção de base e projeções adicionais de interesse de modo que seus resultados possam ser exibidos simultaneamente para fácil comparação. Elas só abrirão se os anos e módulos da configuração forem idênticos para todas as projeções.
5. Exiba os resultados e clique com o botão direito para escolher "copiar todas" para copiar as tabelas relevantes para o Excel. Os números também podem ser exportados copiando e colando no Word, Excel ou PowerPoint.

Passos Detalhados para Análise Básica

1. Clique em "Nova projeção" ou "Abrir projeção" para criar ou editar uma projeção. Para uma nova projeção, você precisará definir o seguinte: nome do arquivo da projeção, primeiro ano e ano final para a projeção, módulos ativos (selecione LiST e quaisquer outros de interesse) e o país ou região global de interesse.
2. Clique na guia "Módulos" na barra de ferramentas superior e clique em "LiST" nas opções SMNI. Aparecerá uma barra de ferramentas horizontal diretamente abaixo das guias do menu.
3. Selecione "[Configuração](#)" da barra de ferramentas horizontal, o primeiro item da esquerda.
4. O "Ano base de cobertura" é definido por padrão para o primeiro ano da projeção. Mude se necessário. Observe que se você selecionar um ano base que esteja no futuro, LiST usará os dados mais recentes disponíveis.
5. O "Primeiro ano do programa de intervenção" se refere ao ano base a partir do qual você está calculando o impacto de uma alteração de cobertura específica (i.e., para um programa introduzir vacina rotavirus iniciando em 2012, o primeiro ano do programa de intervenção seria 2011).

NOTA: É sempre boa ideia salvar suas alterações conforme avança para evitar perda de dados. Lembre-se de "Salvar como" quando começar a trabalhar em uma nova projeção para que possa retornar à sua projeção original, se necessário.

6. Selecione "[Estado de saúde, mortalidade e estado econômico](#)" da barra de ferramentas horizontal, o segundo item da esquerda. Faça quaisquer modificações necessárias nos dados de base padrão.
 7. Selecione "[Cobertura](#)" da barra de ferramentas horizontal, o terceiro item da esquerda.
-

8. Edite os valores de cobertura do ano base ao primeiro ano de intervenção. Para alterar os valores de cobertura de forma independente para itens que estão vinculados a outros valores de cobertura, veja qual caixa desmarcar na parte inferior do editor de cobertura. Isto desvinculará os itens.
9. Edite os valores de cobertura do primeiro ano de intervenção ao ano alvo/final. Uma maneira fácil de alterar esta cobertura é definir um nível de cobertura no ano alvo e, em seguida, destacar a linha do primeiro ano de intervenção ao ano alvo. Depois clique no botão "Interpolar" exibido na parte inferior da tela (ou pressione Ctrl+I) para criar uma tendência linear entre o primeiro e o último ano (ou clique com o botão direito e escolha "Interpolar" do menu pop-up para mais opções).
10. Clique no menu "Arquivo" e escolha "Salvar como". Agora você tem sua projeção "Cenário 1".
11. Se desejar criar cenários alternativos para comparar com o Cenário 1, você pode fazer isso usando "Salvar como" para renomear esta projeção e indicar que é uma comparação com o Cenário 1 (e.g., Senegal Cenário 2 - Vacinas).
12. Não altere a saúde, mortalidade ou estado econômico de base do Cenário 1, nem os níveis de cobertura da intervenção no ano base. De outro modo, o Cenário 2 não irá comparar com o Cenário 1 com precisão em termos do impacto de mudanças na cobertura da intervenção. Quando tiver terminado todas as alterações de cobertura, clique em OK. Certifique-se de salvar seu trabalho no Cenário 2.
13. Repita quantas vezes forem necessárias para criar comparações alternativas. Observação: quando estiver trabalhando com múltiplas projeções, certifique-se de estar editando o arquivo correto. O título da projeção que você estiver modificando ficará destacado em negrito com um * na parte inferior da tela.
14. Para exibir os resultados de suas projeções, abra as projeções de interesse e clique em "Resultados" para selecionar sua saída. Observação: qualquer projeção que você abrir primeiro exibirá primeiro as tabelas de resultados.
15. Aparecerá uma janela "Configurar" permitindo que você escolha o formato de tela para o indicador escolhido (e.g. tabela, gráfico de linha etc.). Selecione o primeiro ano e ano final conforme o ano de interesse na projeção. Somente intervenções do LiST modeladas pelo usuário devem contribuir com o(s) total(is) para quaisquer mortes evitadas (com exceção de PTV, Cotrimoxazol, e TARV do AIM). Se esse não for o caso, podem ter sido feitas alterações involuntárias que devem ser corrigidas. Além disso, o número de mortes evitadas no primeiro ano do programa de intervenção ("ano de impacto") deve ser 0. Faça quaisquer correções necessárias. Salve e feche a projeção.

1.1.3 Editores de entrada do LiST

1.1.3.1 Configuração do LiST

[Primeiro ano do programa de intervenção](#) [Use a abordagem de cobertura de coorte anual para inserir cobertura de vacinação](#) [Entrada direta de desnutrição crônica/desnutrição aguda](#) [Entrada direta de riscos de fertilidade](#) [Gerir intervenções](#)

1. Selecione o primeiro ano do programa de intervenção do menu suspenso. Este se refere ao ano base a partir do qual os impactos de alterações de cobertura são calculados (i.e., para

um programa introduzir vacina rotavirus iniciando em 2012, o primeiro ano do programa de intervenção seria 2011). Este é o primeiro ano para o qual o LiST mostrará resultados relacionados a "mortes adicionais evitadas relativas ao ano de impacto". Embora o Spectrum tecnicamente ancore uma projeção com base em dados do DemProj e AIM do ano especificado como o ano inicial para a projeção, selecionar o primeiro ano do programa de intervenção lhe permitirá estreitar os resultados da projeção. [Topo](#)

NOTA: Para assegurar que os dados de cobertura da intervenção para seu ano base sejam precisos, verifique as fontes de dados para o país da sua projeção (vá para "Resultados" - "Ferramentas" - "Resumo de Fontes") para ver se foi realizada uma pesquisa domiciliar (IDS ou MICS) nacionalmente representativa que precede seu ano base. Se não foi (i.e., os dados de base estão significativamente desatualizados) e você não puder substituir estes com os seus próprios dados, interprete seus resultados com cautela.

2. [Opcional] Você pode selecionar "**Usar a abordagem de cobertura de coorte anual para inserir cobertura de vacinação**" se desejar inserir a cobertura de vacinação diretamente pelo mecanismo pelo qual o programa de vacinação é realizado ou número de doses que uma criança recebe. Esta opção oferece maior detalhe para descrever ano a ano a cobertura do programa de vacinação de rotina e acompanhamento via campanhas de vacinação suplementares. [Topo](#)
3. [Opcional] Você pode selecionar "**Entrada direta de desnutrição crônica**" e/ou "**Entrada direta de desnutrição aguda**" se desejar inserir diretamente os valores de desnutrição crônica e/ou desnutrição aguda na Cobertura. Selecione esta opção se tiver dados específicos de desnutrição crônica/desnutrição aguda e quiser ver o impacto da alteração das distribuições de desnutrição crônica/aguda sobre a mortalidade.

Quando a entrada direta de desnutrição crônica/desnutrição aguda está ativa, o usuário deve inserir dados sobre desnutrição crônica/aguda na guia "Desnutrição crônica"/"Desnutrição aguda" do menu "Cobertura" (estas guias só ficam visíveis quando "entrada direta" está ativa). Nesta configuração, o LiST não calcula distribuições de desnutrição crônica/aguda a partir da alteração de cobertura da intervenção. Em vez disso, o impacto da mortalidade vem das distribuições de desnutrição crônica/aguda inseridas diretamente. Se uma intervenção só tiver impacto de mortalidade através do caminho da desnutrição crônica/aguda, o usuário não poderá editar esta intervenção quando entrada direta estiver ativa (a intervenção ficará na cor cinza). O usuário ainda poderá editar a cobertura de intervenções que afetam a mortalidade através de múltiplos caminhos que incluam desnutrição crônica/aguda. Estas intervenções continuarão a afetar a mortalidade através de outros caminhos. Por exemplo, quando entrada direta de desnutrição crônica está ativa, suplementação de zinco não afeta a distribuição, mas ainda tem impacto sobre a mortalidade por diarreia e pneumonia.

Se entrada direta estiver ativa e o usuário não inserir dados sobre a distribuição de desnutrição crônica/aguda, o impacto de mortalidade de intervenções que afetam a desnutrição crônica/aguda será subestimado.

Se a entrada direta estiver inativa, o LiST calcula a distribuição de desnutrição crônica/aguda com base na alteração na cobertura de intervenções que afetam a desnutrição crônica/aguda.

[Topo](#)

4. [Opcional] Você pode selecionar "Entrada direta de riscos de fertilidade" se desejar inserir valores de risco de fertilidade diretamente na guia Risco de Fertilidade em Cobertura. Isto fica

marcado automaticamente se o módulo planejamento familiar (FamPlan) não estiver selecionado. [Topo](#)

5. [Opcional] Finalmente, se desejar criar uma intervenção personalizada atualmente não incluída no LiST, clique no botão "**Gerir intervenções**" e siga as instruções fornecidas na caixa "[Gerir intervenções](#)". [Topo](#)

1.1.3.2 Gerenciar intervenção

[Criar intervenções personalizadas](#) [Vincular intervenções](#) [Exportar intervenções](#)

Este menu (no menu "[Configuração do LiST](#)") permite que os usuários criem análises personalizadas que incluem características que não fazem parte do modelo validado e padronizado. Estes incluem criar novas intervenções do zero, permitindo que as intervenções tenham efeitos não padrão, e copiar intervenções para outras projeções do LiST. Os resultados de quaisquer alterações neste menu são de inteira responsabilidade do usuário. A equipe do LiST é responsável pela funcionalidade, mas não os resultados em si.

Criar intervenções personalizadas

Nesta seção, os usuários podem criar uma intervenção que não faz parte do pacote LiST padrão.

1. Primeiro digite o nome desta intervenção. Não deve ser o mesmo de qualquer intervenção existente no Spectrum.
2. Selecione o tipo de período de intervenção no qual a intervenção deve ser realizada. Somente um pode ser selecionado, mesmo que a intervenção realmente atravessasse muitos períodos.
 - a. Se o período/tipo for Vacinas, o usuário também deve selecionar pelo menos uma causa de morte específica que esta intervenção pode afetar. Isto também criará o espaço para configurar efeitos rebanho/efeitos indiretos.

Uma vez que a intervenção tenha sido criada, o usuário deve também informar a cobertura da intervenção nas guias de cobertura principais, bem como a eficácia da intervenção nas guias de eficácia. Observe que estas intervenções personalizadas só podem afetar causas de morte. Não podem afetar resultados intermediários, como amamentação, desnutrição crônica ou desnutrição aguda.

[Topo](#)

Vincular intervenções

A função vincular cria um vínculo especial entre quaisquer intervenções existentes selecionadas (não intervenções personalizadas) e todas as causas de morte. Permite que o usuário especifique efeitos que não fazem parte do pacote LiST padrão. Não modifica as vinculações existentes. Para usar esta função, o usuário deve simplesmente marcar a caixa Ativo/Inativo para identificar quais intervenções existentes precisam de permissão para afetar causas de morte não padrão.

Uma vez que a intervenção tenha sido vinculada, o usuário precisa inserir a guia eficácia para causa de morte relevante. Nessa guia, selecione "Mostrar todas as opções de intervenção". A intervenção

selecionada aparecerá e o usuário pode inserir as informações individuais de eficácia e fração afetada. Será salvo quando a projeção for salva.

[Topo](#)

Exportar intervenções

Esta função permite que o usuário copie as informações em uma intervenção personalizada para uma projeção já existente. Isto copiará intervenções personalizadas selecionadas, bem como quaisquer vínculos criados com a função "Vincular intervenções". Identifique as projeções às quais você gostaria de adicionar estas informações. Atualmente, níveis de eficácia são copiados, mas frações afetadas não são.

[Topo](#)

1.1.3.3 Estado de saúde, mortalidade e estado econômico

Este agrupamento de editores fornece o que se pode chamar de "estado base" de uma mãe, neonatal ou criança nascida no país ou região que você está analisando. Fornece informações específicas sobre deficiências nutricionais, estado nutricional no nascimento, incidência de certas doenças, distribuições de desnutrição crônica e desnutrição aguda, distribuição de patógenos, taxas de mortalidade de base e causas próximas para morte, incidência de aborto, taxa de natimortalidade e detalhes econômicos domésticos.

1. Revise os valores padrão para todos os indicadores em cada guia. Esses dados podem ser modificados se houver fontes de dados mais adequados ou atualizados disponíveis.
2. Para alterar os dados, clique nessa caixa para destacar e digite para inserir os dados. Se tiver alterado o ano base do padrão, certifique-se de que os valores sejam apropriados para o ano de interesse.
3. Lembre-se de inserir um registro de quaisquer alterações que fizer nas fontes de dados e hipóteses. Para documentar isto, clique com o botão direito na tabela e selecione "Todas as fontes" ou "Fonte de dados (linha)".

1.1.3.3.1 Estado de saúde infantil de base

[Percentual de deficientes em vitamina A](#) [Percentual de deficientes em zinco](#) [Estado no nascimento](#) [Incidência de diarreia grave](#) [Incidência de pneumonia grave](#) [Incidência de meningite bacteriana](#)

Percentual de deficientes em vitamina A

- **Definição:** Deficiência em vitamina A se define como concentrações de vitamina A no soro de menos de 0.70 mol/L em crianças < 5 anos de idade.
- **Fonte de dados padrão:** Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.
- **Notas:** Estes valores são estimativas regionais de deficiência.

[Topo](#)

Percentual de deficientes em zinco

- **Definição:** Percentual da população com ingestão inadequada de zinco.
- **Fonte de dados padrão:** Wessells KR, Brown KH. Estimating the global prevalence of zinc deficiency: Results based on zinc availability in national food supplies and the prevalence of stunting. *PLoS One* 2012; 7(11): e50568.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510072/>. (Tabela suplementar S2.)
- **Notas:** Isto foi calculado com base em uma combinação da disponibilidade de alimento e necessidades biológicas. Veja o artigo para detalhes.

[Topo](#)

Estado no nascimento

- **Definição:** Porcentagem de crianças nascidas em uma de quatro categorias: Prematuro e pequeno para a idade gestacional (PIG), prematuro e adequado para a idade gestacional (AIG), tempo normal e PIG, e tempo normal e AIG. PIG se define como <10º percentil; prematuro se define como <37 semanas.
- **Fonte de dados padrão:** Lee AC, Katz J, Blencowe H, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e26-36.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103583>.
- **Notas:**

[Topo](#)

Incidência de diarreia grave

- **Definição:** Número de episódios de diarreia grave que se observaria por ano infantil.
- **Fonte de dados padrão:** Fischer Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *The Lancet* 2013; 381(9875): 1405-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582727>.
- **Notas:** As estimativas de IDS padrão não podem ser usadas, pois são tipicamente coletadas na temporada seca. Os valores são valores regionais.

[Topo](#)

Incidência de pneumonia grave

- **Definição:** Número de episódios de pneumonia grave que se observariam por ano infantil.
- **Fonte de dados padrão:** Rudan I, O'Brien KL, Nair H, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: Estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *Journal of Global Health* 2013; 3(1).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826505>. (Material suplementar online.)

- **Notas:**

[Topo](#)

Incidência de meningite bacteriana

- **Definição:** Número de episódios de meningite bacteriana que se observariam por ano infantil.
- **Fonte de dados padrão:** Calculados a partir das seguintes fontes:

Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of Haemophilus influenzae type B and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality: A systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564188>.

Veja também a tabela complementar da OMS referenciada no seguinte artigo: Watt JP, Wolfson LJ, O'Brien KL, et al. Burden of disease caused by Haemophilus influenzae type b in children younger than 5 years: Global estimates. *Lancet* 2009; 374(9693): 903-911. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748399>.

O'Brien KL, Wolfson LJ, Watt JP, et al. Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: Global estimates. *Lancet* 2009; 374(9693): 893-902. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748398>.

- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.3.2 Estado de saúde materna de base

[TPIg](#) [Percentual de mulheres expostas ao falciparum](#) [Percentual de mulheres grávidas com anemia](#)
[Percentual de anemia entre mulheres grávidas devido a deficiência de ferro](#) [Percentual de](#)
[mulheres não grávidas com anemia](#) [Percentual de anemia entre mulheres não grávidas devido a](#)
[deficiência de ferro](#)

TPIg (Tratamento preventivo intermitente de malária na gravidez)

- **Definição:** Isto será mercado por padrão se TPIg ou dormir sob um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) for recomendado pelo governo nacional durante a gravidez.
- **Fonte de dados padrão:** van Eijk AM, Hill J, Alegana VA, et al. Coverage of malaria protection in pregnant women in sub-Saharan Africa: a synthesis and analysis of national survey data. *Lancet Infect Dis* 2011; 11(3): 190-207. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3119932/>.
- **Notas:** Por padrão, TPIg só pode beneficiar populações em que o governo tenha recomendado que se use TPIg. O usuário pode marcar a caixa se desejar ver o benefício de TPIg em outras populações.

[Topo](#)

Percentual de mulheres expostas ao falciparum

- **Definição:** Percentual de mulheres expostas ao falciparum malaria durante a gravidez.
- **Fonte de dados padrão:** Guerra CA, Gikandi PW, Tatem AJ, et al. The limits and intensity of Plasmodium falciparum transmission: Implications for malaria control and elimination worldwide. *PLoS Medicine* 2008; 5(2): e38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18303939>.

- **Notas:**

[Topo](#)

Percentual de mulheres grávidas com anemia

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas com níveis de hemoglobina < 110 g/L.
- **Fonte de dados padrão:** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Dados não publicados dos autores.)

- **Notas:**

[Topo](#)

Percentual de anemia entre mulheres grávidas devido a deficiência de ferro

- **Definição:** Entre mulheres grávidas com níveis de hemoglobina < 110 g/L, a porcentagem em que a anemia é suscetível à suplementação de ferro.
- **Fonte de dados padrão:** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Dados não publicados dos autores.)

- **Notas:**

[Topo](#)

Percentual de mulheres não grávidas com anemia

- **Definição:** Percentual de mulheres não grávidas com idade de 15-49 com níveis de hemoglobina < 120 g/L.
- **Fonte de dados padrão:** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Dados não publicados dos autores.)

- **Notas:**

[Topo](#)

Percentual de anemia entre mulheres não grávidas devido a deficiência de ferro

- **Definição:** Entre mulheres não grávidas com idade de 15-49 com níveis de hemoglobina < 120 g/L, a porcentagem em que a anemia é suscetível à suplementação de ferro.
- **Fonte de dados padrão:** Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103581>. (Dados não publicados dos autores.)

- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.3.3 Distribuições do estado nutricional

[Distribuições de Desnutrição Crônica](#) [Distribuições de Desnutrição Aguda](#)

Distribuições de desnutrição crônica

- **Definição:** Distribuição do percentual de crianças que se inserem em uma de quatro categorias de pontuação Z para altura por idade: <-3Z (desnutrição crônica severa), -3 a -2Z (desnutrição crônica moderada), -2 a -1Z (desnutrição crônica leve) e >-1Z (não desnutrido).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados foram recalculados para consistência através países, usando base de dados de IDS e MICS. Isto também assegura que os valores reflitam os grupos etários de interesse exatos.
- **Notas:** Os dados desagregados não estão disponíveis para 0-1 e 1-5 meses. Os valores de 0-6 meses são aplicados a ambos os grupos etários.

[Topo](#)

Distribuições de desnutrição aguda

- **Definição:** Distribuição do percentual de crianças que se inserem em um de quatro categorias de pontuação Z para peso para altura: <-3Z (desnutrição aguda severa), -3 a -2Z (desnutrição aguda moderada), -2 a -1Z (desnutrição aguda leve), e >-1Z (não desnutrido).
 - **Fonte de dados padrão:** Os dados foram recalculados para consistência através países, usando base de dados de IDS e MICS. Isto também assegura que os valores reflitam os grupos etários de interesse exatos.
 - **Notas:** Os dados desagregados não estão disponíveis para 0-1 e 1-5 meses. Os valores de 0-6 meses são aplicados a ambos os grupos etários.
-

[Topo](#)

1.1.3.3.4 Patógenos

[Diarreia](#) [Pneumonia](#) [Meningite](#)

Esta guia do editor contém dados sobre distribuição de patógenos na ausência de intervenções efetivas.

Diarreia

- **Definição:** Proporção de casos incidentes de diarreia grave categorizada pelo patógeno causal. Proporção de mortes devido a diarreia categorizada pelo patógeno causal. Ambas as proporções se pressupõem anteriores à introdução da vacina rotavirus.
- **Fonte de dados padrão:** Fischer Walker CL, Rudan I, Liu L, et al. Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea. *The Lancet* 2013; 381(9875): 1405-16.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23582727>.
- **Notas:** Vacina B e Vacina C servem como reservas de espaço para futuro trabalho de análise de diarreia.

[Topo](#)

Pneumonia

- **Definição:** Proporção de casos incidentes de pneumonia aguda categorizada pelo patógeno causal. Proporção de mortes devido a pneumonia categorizada pelo patógeno causal. Ambas as proporções se pressupõem anteriores à introdução de vacina Hib e pneumocócica.
- **Fonte de dados padrão:** Rudan I, O'Brien KL, Nair H, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: Estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *Journal of Global Health* 2013; 3(1).
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23826505>. Consulte a documentação suplementar online.
- **Notas:** Observe que isto só se refere a casos graves, não todos os casos.

[Topo](#)

Meningite

- **Definição:** Proporção de casos incidentes de meningite categorizados pelo patógeno causal. Proporção de mortes devido a meningite categorizadas pelo patógeno causal. Ambas as proporções se pressupõem anteriores à introdução de vacina Hib e pneumocócica.
- **Fonte de dados padrão:** Davis S, Feikin D, Johnson HL. The effect of Haemophilus influenzae type B and pneumococcal conjugate vaccines on childhood meningitis mortality: A systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S21.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847464/>.
- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.3.5 Mortalidade infantil de base

[Taxa de mortalidade neonatal](#) [Taxa de mortalidade infantil](#) [Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos](#) [Percentual de mortes infantis por causa próxima](#)

Você pode escolher revisar e deixar os valores padrão para mortalidade infantil de base (taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos), ou pode clicar em qualquer lugar na tabela para começar a inserir dados. Pode também revisar as distribuições para mortes de crianças por causa próxima (neonatal e pós-neonatal) e ajustar conforme apropriado.

Taxa de mortalidade neonatal

- **Definição:** Número de mortes durante o período neonatal (primeiros 28 dias completos de vida) por 1000 nascidos vivos.
- **Fonte de dados padrão:** Estimativas desenvolvidas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notas:** Todos os valores podem ser substituídos com estimativas de IDS/MICS ou outras estimativas se forem mais apropriadas para a análise que será concluída.

[Topo](#)

Taxa de mortalidade infantil

- **Definição:** Número de mortes de crianças com menos de um ano de idade por 1000 nascidos vivos.
- **Fonte de dados padrão:** Estimativas desenvolvidas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notas:** Todos os valores podem ser substituídos com estimativas de IDS/MICS ou outras estimativas se forem mais apropriadas para a análise que será concluída.

[Topo](#)

Taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos

- **Definição:** Probabilidade de uma criança nascida em um ano ou período específico morrer antes da idade de cinco anos, se sujeita a taxas de mortalidade específicas da idade daquele período.
- **Fonte de dados padrão:** Estimativas desenvolvidas pelo Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativas sobre Mortalidade Infantil (<http://www.childmortality.org/>).
- **Notas:** Todos os valores podem ser substituídos com estimativas de IDS/MICS ou outras estimativas se forem mais apropriadas para a análise que será concluída.

[Topo](#)

Percentual de mortes de crianças por causa próxima

- **Definição:** A proporção de mortes de crianças com menos de cinco anos devido a uma de oito causas neonatal (diarreia, sepse, pneumonia, asfixia, prematuridade, tétano, anomalias congênicas e outras) e nove causas pós-neonatal (diarreia, pneumonia, meningite, sarampo, malária, coqueluche, AIDS, ferimento e outros).

- **Fonte de dados padrão:** Estimativas da OMS para os anos de 2000-2015.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_child_cod_2015/en/.

Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27839855>.

- **Notas:** Todas as causas de morte podem ser modificadas nesta tabela, exceto as mortes por HIV, que são trazidas do Módulo de Impacto do SIDA (AIM). Para modificá-las, você precisará abrir e editar no AIM. Observe também que a soma destas causas deve ser igual a 100%.

[Topo](#)

1.1.3.3.6 Mortalidade materna de base

[Taxa de mortalidade materna](#) [Percentual de mortes maternas por causa próxima](#)

Você pode escolher revisar e deixar os valores padrão para a taxa de mortalidade materna e o percentual de mortes maternas por causa próxima, ou pode clicar em qualquer lugar na tela do editor para começar a inserir dados.

Taxa de mortalidade materna

- **Definição:** A razão do número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos. Uma morte materna é a morte de uma mulher enquanto grávida ou dentro de 42 dias do término da gestação, independente da duração e local da gestação, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou sua gestão, mas não de causas acidentais ou incidentais.
- **Fonte de dados padrão:** OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo do Banco Mundial e a Divisão de População das Nações Unidas. Tendências em mortalidade materna: 1990 a 2015.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- **Notas:** Todos os valores podem ser substituídos por estimativas do IDS/MICS ou outras estimativas se forem mais apropriadas para a análise que precisa ser concluída.

[Topo](#)

Percentual de mortes maternas por causa próxima

- **Definição:** A proporção de mortes maternas devido a uma de nove causas (hemorragia anteparto, hemorragia intraparto, hemorragia pós-parto, problemas de hipertensão, sepse, aborto, embolia, outras causas diretas e causas indiretas).

- **Fonte de dados padrão:** Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014; 2(6): e323-33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>. Os dados são de tabelas não publicadas associadas a este artigo.

- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.3.7 Aborto

[Percentual de gestações que terminam com aborto espontâneo](#) [Taxa de incidência de aborto](#)

Revise o percentual padrão de gestações que terminam com aborto espontâneo e a taxa de incidência de aborto e faça quaisquer alterações necessárias. Se estiver com o FamPlan ativo, pode clicar em "Calcular taxa de aborto com base em resultados do FamPlan" se desejar que a taxa de aborto seja calculada a partir de dados de entrada do FamPlan, como mistura de método e determinantes de fertilidade próximos.

Percentual de gestações que terminam com aborto espontâneo

- **Definição:** O final espontâneo de uma gravidez em um estágio em que o embrião ou feto é incapaz de sobreviver de forma independente, geralmente definido em humanos como anterior a 20 semanas de gestação. Abortos espontâneos não são facilmente medidos e, portanto, assume-se que sejam em média 13% em todos os países.
- **Fonte de dados padrão:** Gold, R. Abortion and Women's Health: A Turning Point for America? New York and Washington, DC: The Alan Guttmacher Institute; 1990.

- **Notas:**

[Topo](#)

Taxa de incidência de aborto

- **Definição:** A incidência de aborto é expressa como uma taxa de abortos por 100 nascidos vivos.
- **Fonte de dados padrão:** Sedgh G, Bearak J, Singh S, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388: 16-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179755>. (Cálculos não publicados com base nas taxas de incidência de aborto no artigo.)
- **Notas:** Os valores são por sub-região.

[Topo](#)

1.1.3.3.8 Natimorto

[Taxa de natimortalidade](#) [Percentual de natimortos por causa próxima](#)

Revise a taxa de natimortalidade e percentual de natimortos por causa próxima e faça quaisquer alterações necessárias. Observe que a taxa de natimortalidade é expressa como natimortos por 1000 partos.

Taxa de natimortalidade

- **Definição:** Para comparações internacionais, a OMS considera natimortos como perdas de gestação com ou após 28 semanas de gestação ou um peso de nascimento de pelo menos 1000 gramas.
- **Fonte de dados padrão:** Estimativas da OMS para os anos 2000-2015. Data available at: <http://dx.doi.org/10.17037/DATA.25>.

Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Global Health* 2016; 4(2): e98-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26795602>.

- **Notas:**

[Topo](#)

Percentual de natimortos por causa próxima

- **Definição:** Natimortos não são categorizados por causa devido a uma falta de dados. Em vez disso, são categorizados por período, ou anteparto (antes do parto) ou intraparto (durante o parto).
- **Fonte de dados padrão:** Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; 387: 587-603. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26794078>. (Apêndice suplementar.)
- **Notas:** Os valores são por região.

[Topo](#)

1.1.3.3.9 Estado domiciliar

[Pobreza/segurança alimentar](#) [Tamanho médio de residências](#)

Revise os valores padrão para pobreza/segurança alimentar e tamanho médio de residências e faça quaisquer alterações necessárias.

Pobreza/segurança alimentar

- **Definição:** O percentual da população que vive com menos de US\$1,90/dia de acordo com a paridade do poder de compra (ajustado para dólares internacionais de 2011).
- **Fonte de dados padrão:** Banco Mundial, Development Research Group. Poverty headcount ratio at \$1.90 a day (PPP) (% of population). <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.DDAY>.

Onde não há taxas de nível nacional disponíveis, foram usadas as estimativas do [grupo do nível de renda do país](#) do Banco Mundial.

- **Notas:** Isto só é usado para determinar o percentual da população que pode se beneficiar da suplementação de energia balanceada (materna) ou educação e suplementação alimentar complementar.

[Topo](#)

Tamanho médio de residências

- **Definição:** O número médio de pessoas morando em uma residência.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Isto só é usado para estimar residências que necessitam de cálculos de custos.

[Topo](#)

1.1.3.4 Cobertura

Esta seção descreve os tipos de intervenções que estão disponíveis no *LIST* para modificação. Cada tipo é caracterizado ou pelo tempo em que a intervenção é feita (i.e., durante a gravidez) ou pelo modo de atividade (i.e., vacinas ou curativo). Todos os itens encontrados nas categorias de amamentação, preventivo, vacinas e curativo ocorrem após o parto. Selecione qualquer um dos tipos/períodos para mais informações sobre todas as informações que estão incluídas.

Para inserir dados de cobertura:

1. Clique na guia para a tela de edição em que você deseja trabalhar para trazer essa tela à frente.
 2. Revise os valores padrão listados para cada intervenção de saúde infantil para todos os anos exibidos.
 3. Edite os alvos de cobertura para anos futuros após o primeiro ano de intervenção manualmente se tiver dados que acredita ser mais precisos do que os listados. *Se desejar tornar esta primeira projeção um cenário "fazer nada" (ou um contrafactual teórico para suas alterações de cobertura pretendidas), onde a cobertura de intervenção por padrão fica constante a partir do primeiro ano de intervenção, não altere os valores padrão após o primeiro ano de intervenção. Clique em "Ok" e salve a projeção através da guia "Início" do menu do Spectrum. Em seguida, prossiga para a revisão dos valores de eficácia.*
 4. Edite os valores de cobertura do primeiro ano de intervenção ao ano alvo. **Ao alterar o alvo, você poderá projetar o impacto sobre a sobrevivência infantil em seu país.** Na maioria das vezes, usuários definem um alvo para o ano final da projeção (2015 no caso do ODM) e interpolam entre o ano base e o ano alvo.
 5. Uma maneira fácil de alterar esta cobertura é definir a cobertura no ano alvo e destacar do primeiro ano de intervenção ao ano alvo. Em seguida, clique com o botão direito e role para "interpolador". Há quatro opções diferentes de interpolar. Escolha a mais apropriada para seus dados. Use a função duplicar se desejar que várias caixas de dados adjacentes em uma linha tenham o mesmo valor.
-

1.1.3.4.1 Periconcepcional

[Uso de anticoncepcional](#) [Suplementação/fortificação com ácido fólico](#) [Suplementação/fortificação com ferro geral](#) [Serviços de aborto seguro](#) [Gestão de caso de pós-aborto](#) [Gestão de caso de gravidez ectópica](#)

Uso de anticoncepcional

- **Definição:** A cobertura e eficácia de intervenções de Planejamento Familiar são especificadas no módulo FamPlan.

[Topo](#)

Suplementação/fortificação com ácido fólico

- **Definição:** Percentual de mulheres de 15-49 que estão tomando suplementos de ácido fólico (5,0 mg de ácido fólico por dia) ou têm fortificação alimentar adequada por volta do período da gravidez.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Este não é o mesmo indicador de suplementação de ferro/folato durante a gravidez.

O tamanho do ferro usado por padrão no LiST é para a fortificação de alimentos básicos com ácido fólico. Se o usuário desejar modelar suplementação periconcepcional de ácido fólico, o tamanho do efeito deve ser modificado para 0,62. Ambos os valores são do mesmo documento de origem, citado diretamente abaixo.

- **Referência de tamanho de efeito:** Blencowe H, Cousens S, Modell B, et al. Folic acid to reduce neonatal mortality from neural tube disorders. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i110-i121. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845867/>.

Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. The effect of folic acid, protein energy and multiple micronutrient supplements in pregnancy on stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231910/>.

De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Fernandez-Gaxiola AC, et al. Effects and safety of periconceptual oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26662928>.

[Topo](#)

Suplementação/fortificação de ferro geral

- **Definição:** Percentual de mulheres 15-49 que estão tomando suplementos de ferro diariamente ou têm fortificação de alimento adequada por volta do período da gravidez.

- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Este não é o mesmo indicador de suplementação de ferro durante a gravidez.
- **Referência de tamanho de ferro:** Low MS, Speedy J, Styles CE, et al. Daily iron supplementation for improving anaemia, iron status and health in menstruating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27087396>.

[Topo](#)

Serviços de aborto seguro

- **Definição:** Entre mulheres que têm um aborto, o percentual que tem um aborto seguro (definido como via D&C, aspiração a vácuo ou aborto médico).
- **Fonte de dados padrão:** Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379(9816): 625-32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22264435>.
- **Notas:** Não há estimativas específicas do país disponíveis. Estão sendo usados dados regionais.
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Gestão de caso de pós-aborto

- **Definição:** Percentual de mulheres que tiveram um aborto que têm gestão de caso de pós-aborto adequada em um nível de Cuidados Obstétricos Básicos de Emergência (BEmOC).
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Gestão de caso de gravidez ectópica

- **Definição:** Percentual de mulheres com uma gravidez ectópica que recebem gestão de caso em um nível de Cuidados Obstétricos Básicos de Emergência (BEmOC).
-

- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013, 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

1.1.3.4.2 Gravidez

[Cuidados pré-natais](#) [TT - vacinação antitetânica](#) [TPIg - mulheres grávidas protegidas via tratamento preventivo intermitente de malária](#) [Detecção e tratamento de sífilis](#) [Suplementação de cálcio](#) [Suplementação de múltiplos micronutrientes](#) [Suplementação de ferro](#) [Suplementação balanceada de energia e proteínas](#) [Gestão de caso de problemas de hipertensão](#) [Gestão de caso de diabetes](#) [Gestão de caso de malária](#) [MgSO4- gestão de pré-eclâmpsia](#) [RCF - detecção e gestão de restrição do crescimento fetal](#) [PTV - Prevenção de transmissão de HIV de mãe para filho](#)

Cuidados pré-natais

- **Definição:** Percentual de mulheres que têm quatro ou mais consultas de cuidados pré-natais durante a gravidez (ANC 4+).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Isto não tem impacto direto e não é atualmente exibido no editor do LiST. É usado como um componente nas fórmulas de regressão usadas para determinar a cobertura de certas intervenções entregues como parte do ANC. Para mais detalhes sobre o cálculo da cobertura de intervenções de cuidados pré-natais no LiST, consulte esta [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangara and Chou, 2017](#), 2017

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

[Topo](#)

TT - vacinação antitetânica

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos que são protegidos no nascimento (PAN) de infecção com tétano. PAN é definido como o percentual de mulheres que receberam duas doses de vacina antitetânica durante esta gravidez ou alguma vez: receberam pelo menos 2 doses, a última dentro de 3 anos; receberam pelo menos três doses, a última dentro de 5 anos; receberam pelo menos 4 doses, a última dentro de 10 anos; ou receberam pelo menos cinco doses durante a vida. Também conhecido como TT2+.

- **Fonte de dados padrão:** OMS/UNICEF. Vigilância, avaliação e monitoramento de imunização. Indicador "Protegido ao nascer" (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoverag_epab.html). O dados mais recentes disponíveis são de 2013.
- **Notas:** Os dados padrão podem ser substituídos por dados de IDS/MICS ou outras fontes conforme apropriado.
- **Referência de tamanho de efeito:** Blencowe H, Lawn J, Vandelaer J, et al. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i102-i109. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845866/>.

[Topo](#)

TPIg - mulheres grávidas protegidas através de tratamento preventivo intermitente de malária

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas que recebem 2 ou mais doses de Sp/Fansidar durante a gravidez.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. Isto também inclui Pesquisas de Indicador de Malária.
- **Notas:** Por padrão, este indicador só pode ser modificado se o governo nacional recomendar TPIg. Isto pode ser alterado na guia "[Estado de saúde infantil base](#)" do menu "Estado de saúde, mortalidade e estado econômico".

O efeito só é aplicado à primeira e segunda gravidez entre as mulheres que estão expostas à malária..

Se não houver dados disponíveis sobre Sp/Fansidar para um determinado país, podem-se então usar dados sobre a porcentagem de mulheres grávidas que dormem sob um mosquito tratado com inseticida (MTI).

- **Referência de tamanho de efeito:** Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i88-i10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845865/>. (O tamanho de efeito para o uso de MTI é usado como um substituto para TPIg.)

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

Ishaque S, Yakoob MY, Imdad A, et al. Effectiveness of interventions to screen and manage infections during pregnancy on reducing stillbirths: A review. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231903/>. (O tamanho de efeito para o uso de MTI é usado como um substituto para TPIg.)

Radeva-Petrova D, Kayentao K, Ter Kuile FO, et al. Drugs for preventing malaria in pregnant

women in endemic areas: Any drug regimen versus placebo or no treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4498495/>.

[Topo](#)

Detecção e tratamento de sífilis

- **Definição:** Percentual de mulheres que fizeram exame de sífilis e receberam tratamento, se necessário.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Como representação, a cobertura é calculada usando uma fórmula de regressão baseada em componentes de cuidados pré-natais disponíveis em inquéritos DHS / MICS (por exemplo, época da primeira consulta de pré-natal, amostra de sangue colhida, amostra de urina tomada, cobertura de ANC4 +). Para mais detalhes sobre este cálculo, consulte a [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangara e Chou, 2017](#), 2017.

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notas:**

- **Referência de tamanho de efeito:** Blencowe H, Cousens S, Kamb M, et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501460>.

[Topo](#)

Suplementação de cálcio

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas que tomam 1g de cálcio diariamente.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** O tamanho do efeito é aplicado à porcentagem da população que vive abaixo de US \$ 1,90 por dia (uma representação para porcentagem de pessoas com insegurança alimentar). Esse é um valor específico do país encontrado na guia "Status de saúde, mortalidade e status econômico" em "Estatuto da família".
- **Referência de tamanho de efeito:** Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231912/>.

Ronsmans C, Campbell O. Quantifying the fall in mortality associated with interventions related to hypertensive diseases of pregnancy. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Imdad A, Jabeen A, Bhutta, ZA. Role of calcium supplementation during pregnancy in reducing risk of developing gestational hypertensive disorders: a meta-analysis of studies from developing countries. BMC Public Health 2011; 11(Suppl 3): S18.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231891/>.

[Topo](#)

Suplementação de múltiplos micronutrientes

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas que tomam suplemento de múltiplos micronutrientes diariamente. Um suplemento de múltiplos micronutrientes é definido como um suplemento que contém pelo menos ferro, folato e vitaminas/minerais adicionais.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e houver disponíveis.
- **Notas:** A soma de suplementação de múltiplos micronutrientes e suplementação de ferro não pode ser maior que 100%.
- **Referência de tamanho de efeito:** Smith ER, Shankar AH, Wu LSF, et al. Modifiers of the effect of maternal multiple micronutrient supplementation on stillbirth, birth outcomes, and infant mortality: a meta-analysis of individual patient data from 17 randomised trials in low-income and middle-income countries. Lancet Global Health 2017; 5(11): e1090-e1100.
[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30371-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30371-6/fulltext)

[Topo](#)

Suplementação de ferro

- **Definição:** Percentual de mulheres que tomam um suplemento de ferro diário, por pelo menos 90 dias.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** A soma de suplementação de ferro e suplementação de múltiplos micronutrientes não pode ser maior que 100%.
- **Referência de tamanho de efeito:** Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Garcia-Casal MN, et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26198451>

[Topo](#)

Suplementação de energia e proteínas balanceadas

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas que têm segurança alimentar e recebem suplementação de energia e proteínas balanceadas (BEP).
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** O tamanho do efeito é aplicado ao percentual da população vivendo com menos de US\$1,90/dia, usado como representação para insegurança alimentar (a guia "[Estado Domiciliar](#)" do menu "Estado de saúde, mortalidade e estado econômico).
- **Referência de tamanho de efeito:** Imdad A, Bhutta ZA. Effect of balanced protein energy supplementation during pregnancy on birth outcomes. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0031506/>.

Ota E, Hori H, Mori R, et al. Antenatal dietary education and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database Syst Rev* 2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26031211>.

- **Referência da fração afeitada:** Jackson BD, Walker N, Heidkamp R. Metrics for Identifying Food Security Status and the Population with Potential to Benefit from Nutrition Interventions in the Lives Saved Tool (LiST). *J Nutrition* 2017, 147(11S): 2147S-2155S. <https://doi.org/10.3945/jn.116.243808>.

[Topo](#)

Gestão de caso de problemas de hipertensão

- **Definição:** Percentual de mulheres que recebem detecção e gestão apropriada de hipertensão moderada a grave durante a gravidez.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Como representação, a cobertura é calculada usando uma fórmula de regressão baseada em componentes de cuidados pré-natais disponíveis em inquéritos DHS / MICS (por exemplo, época da primeira consulta de pré-natal, amostra de sangue colhida, amostra de urina tomada, cobertura de ANC4 +). Para mais detalhes sobre este cálculo, consulte a [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangara e Chou, 2017](#), 2017.

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Gestão de caso de diabetes

- **Definição:** Percentual de mulheres identificadas com diabetes e tratadas adequadamente, se necessário.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Como representação, a cobertura é calculada usando uma fórmula de regressão baseada em componentes de cuidados pré-natais disponíveis em inquéritos DHS / MICS (por exemplo, época da primeira consulta de pré-natal, amostra de sangue colhida, amostra de urina tomada, cobertura de ANC4 +). Para mais detalhes sobre este cálculo, consulte a [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangarara e Chou, 2017](#), 2017.

Kanyangarara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notas:** Atualmente isto só impacta natimortos.
- **Referência de tamanho de efeito:** Syed M, Javed H, Yakoob MY, et al. Effect of screening and management of diabetes during pregnancy on stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231893/>.

[Topo](#)

Gestão de caso de malária

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas sofrendo de malária que são tratadas de forma adequada.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Como representação, a cobertura é calculada usando uma fórmula de regressão baseada em componentes de cuidados pré-natais disponíveis em inquéritos DHS / MICS (por exemplo, época da primeira consulta de pré-natal, amostra de sangue colhida, amostra de urina tomada, cobertura de ANC4 +). Para mais detalhes sobre este cálculo, consulte a [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangarara e Chou, 2017](#), 2017.

Kanyangarara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notas:** A intervenção cobre todo o período entre a fecundação e seis semanas após o parto
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

MgSO₄- gestão de pré-eclâmpsia

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas com pré-eclâmpsia que são tratadas com sulfato de magnésio intravenoso (4-6g).

- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Como representação, a cobertura é calculada usando uma fórmula de regressão baseada em componentes de cuidados pré-natais disponíveis em inquéritos DHS / MICS (por exemplo, época da primeira consulta de pré-natal, amostra de sangue colhida, amostra de urina tomada, cobertura de ANC4 +). Para mais detalhes sobre este cálculo, consulte a [nota técnica LiST](#) e a publicação de [Kanyangara e Chou, 2017](#), 2017.

Kanyangara M and Chou V. Linking household surveys and health facility assessments to estimate intervention coverage for the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2017; 17(Suppl 4):780. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29143639>.

- **Notas:**

- **Referência de tamanho de efeito:** Ronsmans C, Campbell O. Quantifying the fall in mortality associated with interventions related to hypertensive diseases of pregnancy. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231912/>.

[Topo](#)

RCF - detecção e gestão de restrição do crescimento fetal

- **Definição:** Percentual de gestações identificadas com restrição de crescimento fetal (incluindo IMC, altura do fundo uterino, ultrassom e/ou Doppler) e tratadas com intervenção obstétrica apropriada, incluindo parto antecipado, se necessário.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Baseado em uma análise de Imdad e colegas, o impacto de detecção e gestão de restrição do crescimento fetal foi adicionado ao LiST. (Imdad A, Yakoob MY, Siddiqui S, et al. Screening and triage of intrauterine growth restriction (IUGR) in general population and high risk pregnancies: a systematic review with a focus on reduction of IUGR related stillbirths. *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3): S1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231882/>.) A análise descobriu que a detecção e gestão apropriada de RCIU (restrição do crescimento fetal) poderia reduzir natimortos em 20%. No entanto, esta análise depende de gestão correta, muitas vezes incluindo parto induzido e cesarianas, que podem não estar disponíveis em cenários com poucos recursos. Além disso, ao produzir partos antecipados, a gestão reduz os natimortos, mas a criança do parto resultante pode ser prematura e a gestão apropriada de bebês prematuros, principalmente aqueles muito prematuros, pode não estar disponível. Os usuários que escolherem expandir RCF devem estar cientes destas dificuldades e precisarão especificar a eficácia da intervenção.
- **Referência de tamanho de efeito:** O tamanho do efeito está atualmente definido em 0 (veja acima). Use o menu "[Eficácia](#)" para modificar, se necessário.

[Topo](#)

PTV - Prevenção de transmissão de HIV de mãe para filho

- **Definição:** A cobertura e eficácia de intervenções de PTV estão especificadas no módulo AIM.
- **Fonte de dados padrão:**
- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.4.3 Parto

[Atendimento qualificado durante o parto \(AQP\)](#) [Parto em unidade de saúde](#) [Parto não assistido](#) [Parto assistido em casa](#) [Cuidados essenciais](#) [BEmOC](#) [CEmOC](#) [Práticas de parto limpo](#) [Avaliação e estímulo imediatos](#) [Gestão do trabalho de parto](#) [Reanimação neonatal](#) [Corticosteroides pré-natal para parto prematuro](#) [Antibióticos para PPRoM](#) [MgSO₄ - Gestão de eclâmpsia](#) [GATFP - Gestão ativa da terceira fase do parto](#) [Indução do trabalho de parto para grávidas com mais 41 semanas](#)

Na guia "Parto", o LiST calcula automaticamente as distribuições de níveis de parto e níveis de cobertura de intervenções de parto, a menos que você desmarque "Permitir que o LiST calcule local e nível de parto" para alterar manualmente o nível e local de parto ou desmarcar "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenções" para inserir cobertura para intervenções de parto manualmente.

Observe que para editar a cobertura de intervenções de parto manualmente, você deve (após desmarcar "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenções") especificar quais das intervenções de parto estão disponíveis em qual nível de cuidados, antes de prosseguir para a guia para cada nível de parto para inserir valores de cobertura. A cobertura para cada intervenção pode ser inserida como porcentagem de todos os partos ou como a porcentagem daquele nível de parto especificamente. Se precisar retornar à caixa em que especifica a disponibilidade de intervenções de parto, você deve remarcar e depois desmarcar a caixa "Permitir que o LiST calcule coberturas da intervenção". Isto exigirá que você insira novamente todas as alterações feitas.

Atendimento qualificado durante o parto (AQP)

- **Definição:** Percentual de crianças nascidas com um assistente qualificado presente, incluindo médicos, enfermeiras ou parteiras, em um estabelecimento ou em casa. Um AQP em casa é definido como assistente qualificado que assiste o parto sem o benefício de recorrer a uma unidade de saúde em caso de emergência. Um AQP em uma unidade de saúde é definido como um assistente com qualificação médica que tem a habilidade e recursos necessários para monitorar o progresso do parto com um partograma e detectar complicações. Há episiotomia, se necessário. O controle de infecção é coberto com práticas de parto limpo.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Esta intervenção não tem efeito sozinha. É usada para calcular a cobertura de intervenções de parto em casa. Veja partos assistidos abaixo. O valor para AQP deve ser maior igual a Partos em Unidades de Saúde. (Sabemos que nem todo parto em uma unidade de saúde tem um assistente qualificado. Porém, na ausência de dados adicionais, escolhemos fazer essa

suposição.)

No EasyLiST, quando uma intervenção é selecionada, a outra também deve ser selecionada.

[Topo](#)

Parto em unidade de saúde

- **Definição:** Percentual de crianças nascidas em uma unidade de saúde.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Esta intervenção não tem efeito sozinha. É usada para calcular a cobertura estimada de todas as intervenções de cuidados no parto em combinação com atendimento qualificado durante o parto.

[Topo](#)

Parto não assistido

- **Definição:** Percentual de partos em casa sem atendimento qualificado.
- **Fonte dados padrão:** Isto é calculado subtraindo o percentual de partos com AQP de 100% de todos os partos.
- **Notas:** Este valor só pode ser modificado ajustando os outros valores de Parto em Unidade de Saúde. A soma dos cinco níveis de parto deve ser 100%. Pressupõe-se que não há recurso para complicações e que um parto sem assistência é o nível de cuidado mais alto disponível.

[Topo](#)

Parto assistido em casa

- **Definição:** Percentual de partos em casa com um assistente qualificado presente.
- **Fonte de dados padrão:** Se a caixa "Permitir que o LiST calcule local e nível de parto" estiver marcada, isto é automaticamente calculado como AQP menos Parto em Unidade de Saúde.
- **Notas:** Pressupõe-se que não há recurso a uma unidade de saúde para complicações e que o AQP em casa é o nível mais alto de cuidado disponível para as mulheres.

[Topo](#)

Cuidados essenciais

- **Definição:** Pressupõe-se que partos neste nível de cuidado são em unidades de saúde que incluem monitoração do progresso do parto com um partograma, detecção de complicações, controle de infecção através de um parto limpo e episiotomia se necessário. Para o recém-nascido, isto inclui práticas de cuidados de rotina, incluindo secagem imediata, contato corpo a corpo ou agasalho imediato para cuidados térmicos e corte limpo do cordão umbilical.

No LiST, a hipótese padrão é de que todas as unidades de saúde com Cuidados Essenciais oferecem práticas de parto limpo, avaliação imediata e estímulo do recém-nascido, gestão do trabalho de parto e reanimação neonatal. Isto pode ser modificado desmarcando a caixa com o rótulo "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenção" na guia "Parto".

- **Fonte de dados padrão:** A porcentagem de partos neste nível é calculada dos Partos em Unidade de Saúde (FacilDeliv) de acordo com a seguinte fórmula:
 - Se FacilDeliv for menor que 30%, partos com Cuidados essenciais são 90% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 30% e 50%, partos com Cuidados essenciais são 50% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 50% e 95%, partos com Cuidados essenciais são 25% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for 95% ou mais, partos com Cuidados especiais são 0% de FacilDeliv
- **Notas:** Pressupõe-se que não há recurso a uma unidade de BEmOC ou CEmOC para complicações e que Cuidados Essenciais é o nível mais alto de cuidado disponível para as mulheres.

[Topo](#)

BEmOC

- **Definição:** Pressupõe-se que partos neste nível de cuidado são em unidades de saúde que cumprem as orientações da OMS para Cuidados Obstétricos e de Recém-nascido Básicos de Emergência (BEmOC). Unidades com BEmOC devem ser capazes de realizar sete funções sinalizadoras: administrar antibióticos parenterais; administrar anticonvulsivos parenterais; administrar ocitócicos parenterais; remoção manual da placenta; remoção de produtos retidos (aspiração a vácuo manual); parto vaginal assistido (com extrator a vácuo ou fórceps); e reanimação neonatal com saco e máscara.

No LiST, a hipótese padrão é de que todas as unidades com BEmOC oferecem práticas de parto limpo, avaliação imediata e estímulo do recém-nascido, gestão do trabalho de parto, reanimação neonatal, antibióticos para pPRoM, gestão de eclâmpsia com MgSO4 e gestão ativa da terceira fase do parto (GATFP). Isto pode ser modificado desmarcando a caixa com o rótulo "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenção" na guia "Parto".

- **Fonte de dados padrão:** A porcentagem de partos neste nível é calculada dos Partos em Unidade de Saúde (FacilDeliv) de acordo com a seguinte fórmula:
 - Se FacilDeliv for menor que 30%, partos com BEmOC são 0% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 30% e 50%, partos com BEmOC são 30% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 50% e 95%, partos com BEmOC são 15% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for 95% ou mais, partos com BEmOC são 0% de FacilDeliv
- **Notas:** Pressupõe-se que não há recurso a unidade com CEmOC para complicações e que BEmOC é o nível de cuidado mais alto disponíveis para as mulheres.

[Topo](#)

CEmOC

- **Definição:** Pressupõe-se que partos neste nível de cuidado são em unidades de saúde que cumprem as orientações da OMS para Cuidados Obstétricos e de Recém-nascidos Abrangentes de Emergência (CEmOC). Unidades com CEmOC devem ser capazes de realizar as sete funções sinalizadoras de BEmOC mais cirurgia (e.g. cesariana) e transfusão de sangue.

No LiST, a hipótese padrão é de que todas as unidades com CEmOC oferecem práticas de parto limpo, avaliação imediata e estímulo do recém-nascido, gestão do trabalho de parto, reanimação neonatal, antibióticos para pPRoM, gestão de eclâmpsia com MgSO₄, gestão ativa da terceira fase do parto (GATFP) e indução do trabalho de parto para grávidas com mais de 41 semanas. Isto pode ser modificado desmarcando a caixa com o rótulo "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenção" na guia "Parto".

- **Fonte de dados padrão:** A porcentagem de partos neste nível é calculada dos Partos em Unidade de Saúde (FacilDeliv) de acordo com a seguinte fórmula:
 - Se FacilDeliv for menor que 30%, partos com CEmOC são 10% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 30% e 50%, partos com CEmOC são 20% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv for entre 50% e 95%, partos CEmOC são 60% de FacilDeliv
 - Se FacilDeliv são 95% ou mais, partos com CEmOC são 100% de FacilDeliv

- **Notas:**

[Topo](#)

Práticas de parto limpo

- **Definição:** Percentual de partos em que se realizam práticas de parto limpo, incluindo lavagem das mãos pelo assistente, limpeza do períneo materno, usando uma superfície de parto limpa, corte e amarração limpa do cordão umbilical e cuidados higiênicos do cordão umbilical e da pele imediatamente após o parto.
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% dos AQP em casa e 100% de partos institucionais estejam usando práticas de parto limpo.
- **Notas:** As hipóteses devem ser ajustadas com base em conhecimentos e dados locais. Uma escolha em potencial é usar um kit de parto limpo em casa para partos não assistidos como um indicador de práticas de parto limpo.
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que a eficácia desta intervenção se difere pelo nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, et al. Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S11.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231884/>.

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Avaliação e estímulo imediatos

- **Definição:** Percentual de partos em que o recém nascido é esfregado e seco imediatamente após o parto.
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% de AQP em casa e 100% de partos institucionais estejam usando avaliação e estímulo adequados e imediatos.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que é possível variar a eficácia desta intervenção por nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Lee AC, Cousens S, Mullany LC, et al. Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: A systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501429>.

[Topo](#)

Gestão do trabalho de parto

- **Definição:** Percentual de mulheres que recebem gestão do trabalho de parto de um assistente qualificado.
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% dos AQP em casa e 100% dos partos institucionais tenham acesso às instalações apropriadas para o dado nível de cuidado.
- **Notas:** A hipótese padrão é de que 100% dos AQP em casa e 100% dos partos institucionais são capazes de oferecer gestão do trabalho de parto. No entanto, pressupõe-se que a natureza dessa gestão do trabalho de parto se difere com base no local em que o parto ocorre (por causa da diferença na disponibilidade de materiais, equipamentos e qualificações dos assistentes em diferentes níveis de cuidados). Por este motivo, a intervenção "gestão do trabalho de parto" tem valores diferentes de eficácia em níveis diferentes de cuidados.
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que a eficácia desta intervenção se difere pelo nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Lee AC, Cousens S, Darmstadt GL, et al. Care during labor and birth for the prevention of intrapartum-related neonatal deaths: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501427>.

Yakoob MY, Ali MA, Ali MU, et al. The effect of providing skilled birth attendance and emergency obstetric care in preventing stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501458>.

(Tamanho do efeito da mortalidade materna de cálculos não publicados com base em: Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.)

[Topo](#)

Reanimação neonatal

- **Definição:** Percentual de partos com acesso à detecção de problemas respiratórios e reanimação (com um extrator de muco).
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% de partos institucionais tenham acesso a reanimação neonatal, se necessário.
- **Notas:** Não pressupomos que reanimação neonatal seja realizada em casa.
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que a eficácia desta intervenção se difere pelo nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Lee AC, Cousens S, Mullany LC, et al. Neonatal resuscitation and immediate newborn assessment and stimulation for the prevention of neonatal deaths: A systematic review, meta-analysis and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501429>.

[Topo](#)

Corticosteroides pré-natal para parto prematuro

- **Definição:** Percentual de mulheres com parto prematuro que recebem uma injeção intramuscular fosfato sódico de betametasona (6mg a cada 12 horas durante 2 dias).
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 0% dos partos recebem corticosteroides pré-natal. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Corticosteroides pré-natal (ACS) foram anteriormente incluídos no LiST como uma intervenção que poderia ser eficaz na redução de mortes devido à prematuridade em 2006, com base no trabalho para a série Neonatal da Lancet em 2005. (Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, et al. Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborns can we save and at what cost? *Lancet* 2005; 365: 988-97. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767001>.) (Mwansa-Kambafwile J, Cousens S, Hanset T, et al. Antenatal steroids in preterm labour for the prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i122-i133. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2845868/>.) Desde aquele tempo, houve um aumento da quantidade de informações que mostram que pode haver consequências negativas no uso de ACS, principalmente quando fornecido em sistemas de saúde mais fracos. (Althabe F, Belizan JM, McClure EM, et al. A population-based, multifaceted strategy to implement antenatal corticosteroid treatment versus standard care for the reduction of neonatal mortality due to preterm birth in low-income and middle-income countries: the ACT cluster-randomised trial. *Lancet* 2015; 385:629-39. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458726>.) (Azad A, Costello A. Extreme caution is needed before scale-up of antenatal corticosteroids to reduce preterm deaths in low-income settings. *Lancet Global Health* 2014; 2: e191-2. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X14700208>.) Decidimos que a melhor maneira de garantir que os usuários não apliquem de maneira inadequada o possível impacto de ACS sobre a mortalidade neonatal é deixar a intervenção no LiST, mas alterar a

eficácia padrão desta intervenção para zero. Assim, se os usuários quiserem modelar o impacto de ACS quando fornecido de forma eficaz em um sistema de saúde mais forte, podem fazer isso, mas precisarão especificar a eficácia da intervenção.

- **Referência de tamanho de efeito:** O tamanho do efeito é atualmente definido em 0 (veja a nota acima). Use o menu "[Eficácia](#)" para modificar, se necessário.

[Topo](#)

Antibióticos para pPRoM

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas com ruptura prematura das membranas (pPRoM) que não estão em trabalho de parto e recebem eritromicina oral (250mg, 4 vezes ao dia, por 7 dias).
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% de partos com BEmOC e 100% com CEmOC têm acesso a antibióticos para ruptura prematura de membranas, se necessário.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que é possível variar a eficácia desta intervenção por nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Cousens S, Blencowe H, Gravett M, et al. Antibiotics for pre-term pre-labour rupture of the membranes: Prevention of neonatal deaths due to complications of preterm birth and infection. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i34-i43.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348116>.

[Topo](#)

MgSO₄ - gestão de eclâmpsia

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas que recebem sulfato de magnésio para eclâmpsia durante o parto.
- **Fonte de dados padrão:** O pressuposto padrão é de que 100% de partos com BEmOC e 100% com CEmOC têm acesso a MgSO₄ para eclâmpsia, se necessário.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que é possível variar a eficácia desta intervenção por nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Ronsmans C, Campbell O. Quantifying the fall in mortality associated with interventions related to hypertensive diseases of pregnancy. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501459>.

Jabeen M, Yakoob MY, Imdad A, et al. Impact of interventions to prevent and manage preeclampsia and eclampsia on stillbirths. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501457>.

[Topo](#)

GATFP - Gestão Ativa da Terceira Fase do Parto

- **Definição:** Percentual de mulheres com a terceira fase do parto geridas ativamente. Gestão ativa da terceira fase do parto (GATFP) se define como tração controlada do cordão umbilical, massagem uterina e ocitócicos apropriados.
- **Fonte de dados padrão:** A hipótese padrão é de que 100% de partos com BEmOC e 100% com CEmOC têm gestão ativa adequada durante e após o parto.
- **Notas:** Observe que é possível variar a eficácia desta intervenção por nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Indução de partos para gestações com mais de 41 semanas

- **Definição:** Percentual de mulheres grávidas há 41 semanas ou mais que são tratadas com indução do trabalho de parto conforme apropriado.
- **Fonte de dados padrão:** As hipóteses padrão são de que 100% de partos CEmOC têm acesso a indução do trabalho de parto para gestações pós-termo se necessário.
- **Notas:** O impacto atual desta intervenção é apenas sobre natimortos.
- **Referência de tamanho de efeito:** Observe que é possível variar a eficácia desta intervenção por nível de parto (veja o menu [Eficácia](#)).

Hussain AA, Yakoob MY, Imdad A, et al. Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: A systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501456>.

[Topo](#)

1.1.3.4.4 Amamentação

[Amamentação exclusiva](#) [Amamentação predominante](#) [Amamentação parcial](#) [Qualquer amamentação](#) [Nenhuma amamentação](#) [Amamentação iniciada cedo](#) [Promoção da amamentação](#)

Na guia "Amamentação", dados podem ser inseridos por **prevalência da amamentação** ou **promoção da amamentação**. Se a prevalência estiver selecionada (padrão), as taxas de amamentação exclusiva, predominante e parcial poderão ser modificadas. Se promoção estiver selecionado, a cobertura de promoção da amamentação como uma intervenção poderá ser modificada e, com isso, as taxas de amamentação são calculadas automaticamente.

Amamentação exclusiva

- **Definição:** Percentual de crianças que recebem somente leite do peito como alimento (além de medicamentos, vacinas e vitaminas).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. Entretanto, foram recalculados das fontes de dados originais para refletir todo o período da idade de interesse.
- **Notas:** Isto se aplica a crianças de 0-1 mês e 1-5 meses de idade.

Se houver dados recalculados disponíveis, 0-2 meses podem ser usados para representar 0-1 meses, enquanto 4-5 meses podem ser usados para representar 1-5 meses.

- **Referências de efeito de tamanho:** Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST. http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Amamentação predominante

- **Definição:** Percentual de crianças que só recebem leite materno além de água e/ou outros líquidos além de leite, como sucos (além de medicamentos, vacinas e vitaminas).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. Entretanto, foram recalculados das fontes de dados originais para refletir todo o período da idade de interesse.
- **Notas:** Isto se aplica a crianças de 0-1 mês e 1-5 meses de idade.

Se houver dados recalculados disponíveis, 0-2 meses é usado para representar 0-1 meses, enquanto 4-5 meses são usados para representar 1-5 meses.

- **Referências de efeito de tamanho:** Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST.

http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Amamentação parcial

- **Definição:** Percentual de crianças que recebem leite materno além de alimentos complementares e/ou líquidos a base de leite (além de medicamentos, vacinas e vitaminas).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. Entretanto, foram recalculados das fontes de dados originais para refletir o exato período da idade de interesse.
- **Notas:** Isto se aplica a crianças de 0-1 mês e 1-5 meses de idade.

Se houver dados recalculados disponíveis, 0-2 meses é usado para representar 0-1 meses, enquanto 4-5 meses são usados para representar 1-5 meses.

- **Referências de efeito de tamanho:** Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST.

http://livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Qualquer amamentação

- **Definição:** O percentual de crianças que ainda recebem qualquer quantia leite materno.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. Entretanto, foram recalculados das fontes de dados originais para refletir o exato período da idade de interesse.
- **Notas:** Isto se aplica a crianças de 6-11 meses e 12-23 meses de idade. Não se pressupõe benefício de saúde agregado a crianças amamentadas após 24 meses de idade.
- **Referências de efeito de tamanho:** Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST.
http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Nenhuma amamentação

- **Definição:** O percentual de crianças que não recebem leite do peito.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Isto pode se aplicar a crianças de qualquer faixa etária de 0-23 meses. É calculado automaticamente como 100% menos a porcentagem de crianças nessa faixa etária com qualquer nível de amamentação.
- **Referências de efeito de tamanho:** Lamberti LM, Zakarija-Grkovic I, Fischer Walker CL, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S18. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564728>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>.

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST.
http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Amamentação iniciada cedo

- **Definição:** O percentual de crianças que começam a ser amamentadas dentro de 1 hora do nascimento.
 - **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
 - **Notas:**
 - **Referências de tamanho de efeito:** NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Global Health* 2016; 4(4): e266-75.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013313>.
-

LiST Technical Note: Breastfeeding effect sizes on mortality in LiST.

http://livesavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Breastfeeding-effect-sizes-on-mortality.pdf

[Topo](#)

Promoção da amamentação

- **Definição:** Porcentagem de crianças cujas mães recebem atividades com objetivo de promover a amamentação. A promoção da amamentação pode ser ou de um para um ou em reuniões em grupo. As atividades de promoção podem ocorrer dentro do sistema de saúde, no nível domiciliar/comunitário ou ambos.

As intervenções do sistema de saúde incluem a Iniciativa Hospital Amigo da Criança ("Baby-Friendly Hospital Initiative"), o estabelecimento de práticas de alojamento conjunto, apoio organizacional à amamentação, etc.

Intervenções no nível de casa / comunidade incluem aconselhamento individual por visita domiciliar ou por telefone, apoio domiciliar por pai ou avô, aconselhamento em grupo, reuniões em grupo, mobilização social, mídia de massa, mídias sociais, etc.

- **Fonte de dados padrão:** Normalmente, não há dados disponíveis para este indicador. O nível de promoção da amamentação é representado como sendo por padrão igual ao percentual de crianças de 1-5 meses que são exclusivamente amamentadas. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver dados disponíveis.
- **Notas:** Pressupõe-se que crianças de 1-5 meses de idade que são exclusivamente amamentadas não precisam deste comportamento.

A promoção da amamentação é aplicada à prevalência da amamentação como uma probabilidade aumentada de "amamentação na idade certa" (ou seja, amamentação exclusiva para crianças com menos de 6 meses e amamentação qualquer/continuada para crianças de 6-23 meses). Cada um dos três canais de promoção (sistema de saúde, domicílio/comunidade, ou ambos) tem um impacto diferente sobre a prevalência da amamentação.

- **Referência de tamanho de efeito:** Haroon S, Das JK, Salam RA, et al. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: A systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564836>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Material suplementar, página 16.)

Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica* 2015; 104(467): 114-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26183031>. (As razões de probabilidade no LiST são baseadas em reanálise de autores do artigo; publicação futura.)

[Topo](#)

1.1.3.4.5 Desnutrição crônica

Quando a opção "entrada direta de desnutrição crônica" está marcada no menu de [configuração do LiST](#), aparece a guia desnutrição crônica no menu Cobertura. Nesta guia, os usuários podem modificar taxas de desnutrição crônica através da opção "único indicador para desnutrição crônica" ou a opção "indicadores detalhados para desnutrição crônica".

O propósito do indicador único é agregar as duas categorias de desnutrição crônica inferiores (piores) para criar uma única porcentagem de crianças com desnutrição crônica. (Por exemplo, se 2% das crianças estiverem na categoria <-3 pontos Z e 5% das crianças estiverem na categoria -3 a -2 pontos Z, o indicador único exibirá "7% de crianças com desnutrição crônica.") Também agrega através de grupos etários, ponderando pelo número de meses em cada intervalo de idade (i.e., assume-se que <1 mês representa 1/60 de crianças, 1-5 meses representa 5/60 de crianças, etc.).

Quando a opção "indicador único" está selecionada, o primeiro ano (base) do indicador único ficará na cor cinza e o resto dos anos ficarão ativos. Na exibição detalhada, o primeiro ano ficará ativo (permitindo que os usuários editem dados de base se necessário), mas os anos seguintes ficarão na cor cinza. Quando a opção "exibição detalhada" está selecionada, o indicador único fica visível, mas ficará totalmente desativado e a exibição detalhada ficará totalmente ativa.

Observe que em uma população saudável (que se pressupõe ter uma distribuição normal de altura por idade), aproximadamente 2,275% da população ficará abaixo de -2 pontos z (i.e., mais de 2 desvios padrão abaixo da mediana). Consequentemente, não recomendamos definir o indicador único para desnutrição crônica a uma taxa abaixo de 2,275%, pois está abaixo do que é considerado normal para uma população saudável.

Distribuições de desnutrição crônica

- **Definição:** Distribuição do percentual de crianças que se inserem em uma de quatro categorias de pontuação Z para altura por idade: <-3Z (desnutrição crônica severa), -3 a -2Z (desnutrição crônica moderada), -2 a -1Z (desnutrição crônica leve) e >-1Z (não desnutrido).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados foram recalculados para consistência através de países, usando bases de dados de IDS e MICS. Isto também assegura que os valores reflitam os grupos etários de interesse exatos.
- **Notas:** Os dados desagregados não estão disponíveis para 0-1 e 1-5 meses. Os valores de 0-6 meses são aplicados a ambos os grupos etários.

1.1.3.4.6 Preventivo

[Práticas de parto limpo](#) [Clorexidina](#) [Alimentação complementar - somente educação](#)
[Alimentação complementar - educação e suplementação](#) [Suplementação de vitamina A](#)
[Suplementação de zinco](#) [Fonte de água melhorada](#) [Água encanada em casa](#) [Saneamento melhorado](#) [Lavagem das mãos com sabão](#) [Descarte higiênico de fezes de crianças](#) [MTI/IRS](#)

Práticas de cuidado pós-natal limpo

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos em que a mãe lava as mãos com frequência, a criança mora em um ambiente limpo e não ocorrem práticas prejudiciais.

- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente, não há dados de cobertura para este indicador. Como representação, assume-se que todos os recém-nascidos que recebem uma visita pós-natal dentro de 48 horas do parto subsequentemente receberão práticas adequadas de pós-natal limpo em casa. Os dados de cobertura para este indicador indireto são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, et al. Clean birth and postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: A systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S11. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231884/>.

[Topo](#)

Clorexidina

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos com clorexidina aplicada ao cordão umbilical após o parto.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Imdad A, Mullany LC, Baqui AH, et al. The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine on omphalitis and neonatal mortality in community settings in developing countries: A meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S15. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0061555/>.

[Topo](#)

Alimentação complementar - somente educação

- **Definição:** Percentual de mães aconselhadas intensivamente sobre a importância da amamentação continuada além de seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar. Como representação, é usado o percentual de crianças de 6-23 de meses que recebem todas as três práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (ABCP). As três práticas de ABCP se referem a amamentação continuada, quantidade adequada da dieta e diversidade adequada da dieta.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Isto se aplica à população com segurança alimentar. A representação é aqueles que vivem com mais de US\$1,90/dia. Esta representação pode ser modificada na guia [Estado Domiciliar](#) do menu "Estado de saúde, mortalidade e estado econômico".

O efeito combinado de ambos os indicadores de alimentação complementar aparecem em Resultados como "alimentação complementar adequada".

- **Referência de tamanho do efeito:**

Panjwani A and Heidkamp R. Complementary Feeding Interventions Have a Small but Significant Impact on Linear and Ponderal Growth of Children in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Nutr* 2017, 147(11S):2169S-2178S. <https://doi.org/10.3945/jn.116.243857>

Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501443>.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371: 417-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206226>.

[Topo](#)

Alimentação complementar - educação e suplementação

- **Definição:** Percentual de mães intensivamente aconselhadas sobre a importância da amamentação continuada além dos seis meses e práticas adequadas de alimentação complementar, e que recebem suplementação nutricional adequada. Como representação, é usado o percentual de crianças de 6-23 meses que recebem todas as três práticas de alimentação de bebês e crianças pequenas (ABCP). As três práticas de ABCP se referem a amamentação continuada, quantidade adequada da dieta e diversidade adequada da dieta.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Isto se aplica à população sem segurança alimentar. A representação é aqueles que vivem com menos de US\$1,25/dia. Esta representação pode ser modificada na guia Estado Domiciliar do menu "[Estado de saúde, mortalidade e estado econômico](#)".

Como padrão, os dois indicadores de cobertura de alimentação complementar são iguais (usando o mesmo indicador indireto de práticas de ABCP). O usuário deve inserir dados locais para diferenciar entre os dois indicadores (somente educação versus educação e suplementação) se possível e se houver disponíveis.

O efeito combinado de ambos os indicadores de alimentação complementar aparecem em Resultados como "alimentação complementar adequada".

- **Referência de tamanho do efeito:** Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Impact of maternal education about complementary feeding and provision of complementary foods on child growth in developing countries. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501443>.

Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008; 371: 417-40. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206226>.

[Topo](#)

Suplementação de vitamina A

- **Definição:** Percentual de crianças de 6-59 meses de idade recebendo suplementação de vitamina A durante os últimos meses.
- **Fonte de dados padrão:** UNICEF - Cobertura de vitamina A. <http://data.unicef.org/nutrition/vitamin-a>. Atualizado anualmente.
- **Notas:** O indicador completo não está tipicamente disponível em IDS/MICS ou outra pesquisa domiciliar. Porém, o percentual de crianças de 6-59 meses que recebem uma dose de Vitamina A nos últimos 6 meses pode ser usado, se necessário, destas fontes.
- **Referência de tamanho do efeito:** Imdad A, Yakoob MY, Sudfeld CR, et al. Impact of vitamin A supplementation on infant and childhood mortality. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501438>.

[Topo](#)

Suplementação de zinco

- **Definição:** Percentual de crianças de 12-59 meses de idade que recebem suplementos diários de 10mg de zinco.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Este não é o mesmo indicador que o tratamento para diarreia.
- **Referência de tamanho de efeito:** Yakoob MY, Theodoratou E, Jabeen A, et al. Preventive zinc supplementation in developing countries: impact on mortality and morbidity due to diarrhoea, pneumonia and malaria. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501441>.

Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>. (Material suplementar, página 18-19.)

[Topo](#)

Fonte de água melhorada

- **Definição:** Percentual de domicílios com acesso a uma fonte de água melhorada num raio de 30 minutos a pé.
- **Fonte de dados padrão:** Programa de Monitoramento Conjunto (JMP) da OMS/UNICEF para Suprimento de Água e Saneamento (<http://www.wssinfo.org/>). Há dados disponíveis para todos os países de 1996 a 2012.
- **Notas:** Supõe-se que as intervenções "fonte de água melhorada" e "saneamento melhorado" só são eficazes se usadas em combinação. Assim, o menor valor de cobertura entre essas duas

intervenções é limitante, pois representa a porcentagem máxima da população que poderia estar recebendo ambas as intervenções. O software aplicará automaticamente o efeito combinado das intervenções ao menor valor de cobertura entre as duas intervenções. O impacto combinado dessas intervenções aparecerá nos resultados com o rótulo "fonte de água melhorada e saneamento melhorado".

A conexão de água em casa é considerada um subconjunto da fonte de água melhorada. Como resultado, o valor deste indicador deve ser maior ou igual à conexão de água em casa.

- **Referência de tamanho de efeito:** Fisher-Walker et al., a aguardar publicação

[Topo](#)

Água encanada em casa

- **Definição:** Percentual de domicílios com encanamento de água, incluindo água encanada na casa ou no quintal.
- **Fonte de dados padrão:** Programa de Monitoramento Conjunto (JMP) da OMS/UNICEF para Suprimento de Água e Saneamento (<http://www.wssinfo.org/>). Há dados disponíveis para todos os países de 1996 a 2012.
- **Notas:** Este é um subconjunto de domicílios com acesso a uma fonte de água melhorada. Assim, o valor deste indicador têm que estar menos que o igual ao valor de "fonte de água melhorada". O modelo garante automaticamente que não haja contagem duplicada do impacto.
- **Referência de tamanho de efeito:** Cairncross S, Valdmanis V. Water supply, sanitation, and hygiene promotion. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. Disease control priorities in developing countries. Washington DC: The World Bank, 2006; p. 771-792. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>.

[Topo](#)

Saneamento melhorado

- **Definição:** Percentual de domicílios que usam uma instalação de saneamento melhorada (definido como descarga ou descarga para sistema de esgoto com tubulação, tanque séptico, ou latrina; latrina melhorada ventilada (VIP); latrina com laje; ou banheiro seco).
 - **Fonte de dados padrão:** Programa de Monitoramento Conjunto (JMP) da OMS/UNICEF para Suprimento de água e saneamento (<https://washdata.org/>). Há dados disponíveis para todos os países de 1996 a 2015.
 - **Notas:** Supõe-se que as intervenções "fonte de água melhorada" e "saneamento melhorado" só são eficazes se usadas em combinação. Assim, o menor valor de cobertura entre essas duas intervenções é limitante, pois representa a porcentagem máxima da população que poderia estar recebendo ambas as intervenções. O software aplicará automaticamente o efeito combinado das intervenções ao menor valor de cobertura entre as duas intervenções. O impacto combinado dessas intervenções aparecerá nos resultados com o rótulo "fonte de água melhorada e saneamento melhorado".
 - **Referência de tamanho de efeito:** Fisher-Walker et al., a aguardar publicação.
-

[Topo](#)

Lavagem das mãos com sabão

- **Definição:** Percentual de mães que usam práticas de lavagem adequada das mãos, incluindo lavar as mãos com sabão, cinza ou outros materiais e uso de água adequada após manusear fezes e antes de preparar alimentos.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos do IDS, do MICS e de outros inquéritos domiciliares representativos a nível nacional. Onde os dados específicos de cada país não estão disponíveis em pesquisas nacionais representativas, as estimativas de Curtis *et al.* 2009 são usados.

Curtis VA, Danguah LO, Aunger RV. Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: An eleven country review. *Health Education Research* 2009; 24(4): 655-73.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19286894>. A Tabela 3 deste artigo fornece dados para um pequeno conjunto de países (Gana, Quênia, Quirguistão, Madagascar, Peru, Senegal, Tanzânia e Uganda). Todos os outros países são definidos por padrão em 17%, a média global citada no artigo.

- **Notas:** Nem o comportamento de lavagem das mãos relatado nem a disponibilidade de materiais para lavagem das mãos em casa são indicadores adequados. São necessários dados observacionais.
- **Referência de tamanho de efeito:** Darvesh N, Das JK, Vaivada T, *et al.* Water, sanitation and hygiene interventions for acute childhood diarrhea: a systematic review to provide estimates for the Lives Saved Tool. *BMC Public Health* . 2017 Nov 7;17(Suppl 4):776. doi:10.1186/s12889-017-4746-1.

[Topo](#)

Descarte higiênico de fezes de crianças

- **Definição:** Percentual de fezes de crianças que são descartadas de forma segura e controlada. Fezes são consideradas controladas se 1) a criança sempre usa um vaso sanitário/latrina, 2) as fezes são jogadas no vaso sanitário ou 3) as fezes são enterradas no quintal.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Em alguns países, a utilização de fraldas descartáveis pode ser considerada descarte higiênico, mas isto é incluído em uma base de país a país conforme a IDS/MICS tiver escolhido.
- **Referência de tamanho de efeito:** Apresentado no encontro CHERG 2008.

[Topo](#)

MTI/IRS - domicílio com mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) ou protegido com pulverização residual intradomiciliar (IRS)

- **Definição:** Percentual de domicílios que possuem pelo menos um mosquiteiro tratado com inseticida (MTI) ou é protegido com pulverização residual intradomiciliar (IRS).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas nacionalmente representativas. Isto inclui Pesquisas de Indicador de Malária.
- **Notas:** Para tendências históricas onde não há dados sobre IRS disponíveis, são usados dados sobre o percentual de domicílios com um ou mais MTI. Isto é considerado um limite mínimo razoável. Pontos de dados onde esta substituição é usada são indicados nas notas das fontes. Assume-se que MTIs tenham sido introduzidos em 2000, de modo que uma tendência de "expansão" de zero em 1999 ao primeiro ponto de dados disponíveis para o país é automaticamente computada.

O indicador pode ser substituído por tendências em "crianças dormindo sob um MTI", mas a estimativa será conservadora. O tamanho de efeito padrão é baseado na posse do domicílio, não na utilização. Observe que qualquer mosquiteiro (tratado ou não tratado) não é um indicador adequado.

- **Referência de tamanho de efeito:** Eisele TP, Larsen D, Steketee RW. Protective efficacy of interventions for preventing malaria mortality in children in Plasmodium falciparum endemic areas. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i88-i101.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348132>.

[Topo](#)

1.1.3.4.7 Vacinas

[BCG](#) [Polio](#) [Pentavalente](#) [DTP](#) [Hib](#) [HepB](#) [Pneumocócia](#) [Rotavirus](#) [Sarampo](#)
[Meningocócica A](#) [Vacina contra diarreia patógeno B](#) [Vacina contra diarreia patógeno C](#) [Vacina contra malária](#) [Vacina D](#)

Vacinas dadas a crianças em seu primeiro ano de vida têm efeitos protetores até terem cinco anos de idade. Ao editar a cobertura de vacina, os usuários terão que especificar a cobertura nos quatro anos anteriores ao ano base de cobertura do módulo LiST. Isto permitirá que o modelo compute corretamente os efeitos protetores de vacinas para crianças em diferentes grupos etários em um dado ano.

Para cada vacina, o número de doses que é considerado "cobertura total" é exibido na guia "Vacinas". Para inserir a cobertura de doses incompletas e/ou vacinação suplementar, clique duas vezes na vacina relevante. Não há estimativas de eficácia padrão para vacinação suplementar (doses adicionais ou "revacinações"), embora haja estimativas de eficácia para dosagem abaixo do ideal. A soma de todas as doses deve ser menor ou igual a 100% das crianças.

Se uma campanha suplementar estiver sendo modelada, marque a caixa para "vacinação suplementar - campanha implementada" no ano relevante. Em seguida, insira dados sobre cobertura geográfica, grupos etários baixos e altos desejados e o número médio de doses por crianças. Selecione o botão radial no topo da página para inserir o número de doses fornecidas ou o percentual de população alvo alcançado e então insira os valores na parte inferior da página. Os valores padrão não estão disponíveis para esta seção do modelo.

BCG

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos que recebem pelo menos uma dose de BCG.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragebcg.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** BCG é incluído no LiST para indicar que é uma intervenção importante realizada durante os primeiros cinco anos de vida.
- **Referência de tamanho de efeito:** A hipótese atual é de que BCG não tenha um impacto mensurável sobre a mortalidade de crianças com menos de cinco anos.

[Topo](#)

Polio

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos que recebem pelo menos três doses de vacina contra polio.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragepol3.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** Vacinação contra polio é incluída no LiST para indicar que é uma intervenção importante realizada durante os primeiros cinco anos de vida.
- **Referência de tamanho de efeito:** A hipótese atual é de que a vacinação contra polio não tenha um impacto mensurável sobre a mortalidade de crianças de com menos de cinco anos.

[Topo](#)

Pentavalente

- **Definição:** Percentual de crianças de 12-23 meses que receberam 3 doses de vacina pentavalente.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** A alteração da cobertura da vacina pentavalente alterará automaticamente a cobertura de DTP, Hib e HepB. Veja as vacinas individuais para informações de efeito.

[Topo](#)

DTP

- **Definição:** Percentual de crianças de 12-23 meses que receberam 3 doses de vacina DTP.

- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** O efeito de DPT é apenas sobre mortalidade por coqueluche. Atualmente não há impacto sobre mortalidade por tétano ou difteria. O efeito rebanho padrão é 0. Observe que a [imunidade de grupo](#) pode ser ajustada se desejado.
- **Referência de tamanho de efeito:** Fulton TR, Phadke VK, Orenstein WA, et al. Protective Effect of Contemporary Pertussis Vaccines: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2016; 62(9): 1100-1100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26908803>.

[Topo](#)

Hib

- **Definição:** Percentual de crianças de sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam 3 doses de Hib.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehib3.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** O efeito rebanho padrão é 0. Observe que a [imunidade de grupo](#) pode ser ajustada.
- **Referência de tamanho de efeito:** Griffiths UK, Clark A, Gessner B, et al. Dose-specific efficacy of Haemophilus influenzae type b conjugate vaccines: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *Epidemiology and Infection* 2012; 140(8): 1343-1355. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22583474>.

[Topo](#)

HepB

- **Definição:** Percentual de bebês que recebem pelo menos três doses de vacina contra Hepatite B.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos com dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** Vacinação contra Hepatite B é incluída no LiST para indicar que é uma intervenção importante realizada durante os primeiros cinco anos de vida.
- **Referência de tamanho de efeito:** A hipótese atual é de que a vacinação contra hepatite B não tenha impacto mensurável sobre a mortalidade de crianças com menos de cinco anos.

[Topo](#)

Pneumocócica

- **Definição:** Percentual de crianças sobreviviram ao seu primeiro ano de vida que receberam 3 doses de vacina Pneumocócica.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragepcv3.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos com dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** O efeito rebanho padrão é 0. Observe que a [imunidade de grupo](#) pode ser ajustada.
- **Referência de tamanho de efeito:** Lucero MG, Dulalia VE, Nillos LT, et al. Pneumococcal conjugate vaccines for preventing vaccine-type invasive pneumococcal disease and pneumonia with consolidation on x-ray in children under two years of age. *Cochrane Database Syst Rev* 2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821336>.

[Topo](#)

Rotavirus

- **Definição:** Percentual de crianças quem sobreviviram ao seu primeiro ano de vida que receberam 2 ou 3 doses de vacina Rotavirus (de acordo com o programa do fabricante).
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragerota_la_st.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.
- **Notas:** O tamanho de efeito varia por região geográfica. O efeito rebanho padrão é 0. Observe que o [a imunidade de grupo](#) pode ser ajustada.
- **Referência de tamanho de efeito:** Fisher Walker CL, Black RE. Rotavirus vaccine and diarrhea mortality: Quantifying regional variation in effect size. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231889/>.

[Topo](#)

Sarampo

- **Definição:** Percentual de crianças quem sobreviviram ao seu primeiro ano de vida que receberam 1 dose de vacina contra sarampo.
- **Fonte de dados padrão:** Dados padrão da OMS/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragemcv.html), atualizados anualmente. Estes dados podem ser substituídos por dados de IDS/MICS, se necessário.

- **Notas:** ***O modelo padrão é apropriado para vacinas que já foram lançadas, mas não necessariamente para novas vacinas. O modelo pode não estimar necessariamente de forma correta o tempo para a eliminação da doença (nos extremos máximos de cobertura), mas modelará corretamente o controle da doença. Observe que o impacto da imunidade de grupo pode ser ajustado. O efeito rebanho padrão é 100% com cobertura de 95%. O efeito de campanhas suplementares e vacinação contra sarampo de segunda oportunidade também pode ser calculado.
- **Referência de tamanho de efeito:** Sudfeld CR, Navar AM, Halsey NA. Effectiveness of measles vaccination and vitamin A treatment. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i48-i55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348126>.

[Topo](#)

Meningocócica A

- **Definição:** Percentual de crianças que sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam um ciclo completo de vacina Meningocócica A (de acordo com o programa do fabricante).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados padrão do WHO/UNICEF (http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tscoveragemena.html), atualizado anualmente .
- **Notas:** Para padrão, assumimos que uma única dose é cobertura total. Isto é um lugar reservado para fins de pesquisa. Não há tamanho de efeito padrão. Para usar este indicador, o usuário deve inserir seus dados previstos. Este indicador não está disponível no modelo padrão.
- **Referência de tamanho de efeito:** Nenhuma.

[Topo](#)

Vacina contra Diarreia Patógeno B

- **Definição:** Percentual de crianças que sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam um ciclo completo de vacina Patógeno B.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** Para padrão, assumimos que uma única dose é cobertura completa. Isto é um lugar reservado para fins de pesquisa. Não há tamanho de efeito padrão. Para usar este indicador, o usuário deve inserir dados. Este indicador não está disponível no modelo padrão.
- **Referência de tamanho de efeito:** Nenhuma.

[Topo](#)

Vacina contra Diarreia Patógeno C

- **Definição:** Percentual de crianças que sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam um ciclo completo de vacina Patógeno C.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** Para padrão, assumimos que uma única dose é cobertura completa. Isto é um lugar reservado para fins de pesquisa. Não há tamanho de efeito padrão. Para usar este indicador, o usuário deve inserir dados. Este indicador não está disponível no modelo padrão.
- **Referência de tamanho de efeito:** Nenhuma.

[Topo](#)

Vacina contra Malária

- **Definição:** Percentual de crianças que sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam um ciclo completo de vacina contra malária.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** Para padrão, assumimos que uma única dose é cobertura total. Isto é um lugar reservado para fins de pesquisa. Não há tamanho de efeito padrão. Para usar este indicador, o usuário deve inserir dados. Este indicador não está disponível no modelo padrão.
- **Referência de tamanho de efeito:** Nenhuma.

[Topo](#)

Vacina D

- **Definição:** Percentual de crianças que sobreviveram ao seu primeiro ano de vida que receberam um ciclo completo de vacina D.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** Para padrão, assumimos que uma única dose é cobertura total. Isto é um lugar reservado para fins de pesquisa. Não há tamanho de efeito padrão. Para usar este indicador, o usuário deve inserir dados. Este indicador não está disponível no modelo padrão.
- **Referência de tamanho de efeito:** Nenhuma.

[Topo](#)

1.1.3.4.8 Curativo

[Gestão de casos sepse materna](#) [Gestão de casos de bebês prematuros](#) [Cuidados térmicos](#) [MMC - Método Mãe Canguru](#) [Cuidados com apoio total para bebês prematuros](#) [Gestão de casos de infecções neonatais graves](#) [Antibióticos orais](#) [Antibióticos injetáveis](#) [Cuidados com apoio total para sepse/pneumonia](#) [SRO](#) [Antibióticos - tratamento para disenteria](#) [Zinco - tratamento de diarreia](#) [Antibióticos orais para pneumonia](#) [Vitamina A - tratamento de sarampo](#) [Antimaláricos - Compostos de artemisinina para malária](#) [Alimentação terapêutica para desnutrição aguda severa](#) [Tratamento para desnutrição aguda moderada](#) [Cotrimoxazol](#) [TARV \(para crianças\)](#)

Gestão de caso de sepse materna

- **Definição:** Percentual de mães de parto recente com suspeita de sepse tratadas em um nível de Cuidados Obstétricos Básicos de Emergência (BEmOC).
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Pollard SL, Mathai M, Walker N. Estimating the impact of interventions on cause-specific maternal mortality: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Topo](#)

Gestão de casos de bebês prematuros

- **Definição:** Isto se refere à soma dos três níveis de gestão de bebês nascidos prematuros no período neonatal: cuidados térmicos, método mãe canguru e cuidados com apoio total para prematuridade. Veja abaixo para detalhes sobre cada intervenção.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** A soma dos valores de cobertura para os três níveis de cuidado deve ser menor ou igual a 100%.
- **Referência de tamanho de efeito:** Esta intervenção não tem um efeito direto, mas se refere à soma dos três indicadores listados abaixo.

[Topo](#)

Cuidados térmicos

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos cuja mãe retarda o banho do bebê e pratica contato pele a pele a fim de manter o controle térmico do bebê.
 - **Fonte de dados padrão:** Tipicamente, não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Como representação, assume-se que todos os bebês nascidos em uma unidade de
-

saúde receberão cuidados térmicos apropriados. (Veja [cobertura de intervenção de gravidez](#) para mais informações sobre locais do parto.)

- **Notas:** Isto só beneficia bebês prematuros.
- **Referência de tamanho do efeito:** Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384(9940): 347-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853604>. (Material suplementar, página 33.)

[Topo](#)

MMC - Método Mãe Canguru

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos que recebem cuidados pelo Método Mãe Canguru (MMC) com base em uma unidade de saúde. O cuidado pelo MMC se define como contato contínuo corpo a corpo entre uma mãe e seu recém-nascido, bem como amamentação frequente e exclusiva.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:** Isto só beneficia bebês prematuros. A fração afetada é o percentual de bebês prematuros que sobrevivem ao dia 3 (uma média de 58%).

Há dados inadequados para incluir MMC baseado na comunidade.

MMC tem um efeito no LiST sobre taxas de amamentação exclusiva (através do componente de promoção da amamentação do MMC). Isto aparecerá nos resultados do LiST em "alterações na amamentação" (em vez de ser atribuído diretamente ao MMC).

- **Referência de tamanho de efeito:** Lawn JE, Mwansa-Kambafwile J, Horta BL, et al. 'Kangaroo Mother Care' to prevent deaths due to preterm birth complications. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i44-i54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348117>.

Boundy EO, Dastjerdi R, Spiegelman D, et al. Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 137(1). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26702029>.

[Topo](#)

Cuidados com apoio total para bebês prematuros

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos prematuros que têm acesso e recebem todos os cuidados de apoio com base hospitalar, incluindo MMC, suporte alimentar/fluidos IV, prevenção/gestão de infecção, fornecimento de oxigênio, gestão de icterícia neonatal, CPAP/IPPV nasal (conforme necessário) e surfactantes para Síndrome do Desconforto Respiratório.

- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014; 384(9940): 347-70. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24853604>.

[Topo](#)

Gestão de caso de infecção neonatal grave

- **Definição:** Isto se refere à soma dos três níveis de gestão de caso para infecção grave no período neonatal: antibióticos orais, antibióticos injetáveis e cuidados de apoio total. Veja abaixo para detalhes sobre cada intervenção.
- **Fonte de dados padrão:** N/A
- **Notas:** A soma dos três níveis de cuidado deve ser menor ou igual a 100%.
- **Referência de tamanho de efeito:** Esta intervenção não tem um efeito direto, mas se refere à soma dos três indicadores listados abaixo.

[Topo](#)

Antibióticos orais

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos com suspeita de sepse/pneumonia tratados com antibióticos orais.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[Topo](#)

Antibióticos injetáveis

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos com suspeita de sepse/pneumonia tratados com antibióticos injetáveis.
 - **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Como representação, assume-se que todos os bebês nascidos em uma unidade de
-

saúde receberão antibióticos injetáveis se necessário. (Veja [cobertura de intervenção de gravidez](#) para mais informações sobre locais de parto.)

- **Notas:**

- **Referência de tamanho de efeito:** Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[Topo](#)

Cuidados de apoio total para sepse/pneumonia

- **Definição:** Percentual de recém-nascidos com suspeita de sepse/pneumonia tratados com cuidados de apoio total com base hospitalar, incluindo oxigênio, fluidos IV, antibióticos IV, transfusão de sangue, fototerapia etc., conforme necessário.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e se houver disponíveis.

- **Notas:**

- **Referência de tamanho de efeito:** Zaidi AK, Ganatra HA, Syed S, et al. Effect of case management on neonatal mortality due to sepsis and pneumonia. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501430>.

[Topo](#)

SRO - solução de reidratação oral

- **Definição:** Percentual de crianças de 0-59 meses com suspeita de diarreia tratadas com solução de reidratação oral (SRO), incluindo sachês ou soluções pré-misturadas. Este indicador não inclui solução caseira de sal e açúcar ou fluidos caseiros recomendados devido à falta de dados adequados.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Pressupõe-se que 90% da mortalidade por diarreia é suscetível a tratamento com SRO. Para alterar esta hipótese, visite o [menu Eficácia](#) para alterar a fração afetada.

Este é um indicador de tratamento de diarreia adequado. Isto não sugere que aumento de fluidos, alimentação contínua ou TRO não devam ser recomendados.

- **Referência de tamanho do efeito:** Munos M, Fischer Walker CL, Black RE. The effect of oral rehydration solution and recommended home fluids on diarrhea mortality. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i75-i87. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348131>.

[Topo](#)

Antibióticos - tratamento para disenteria

- **Definição:** Percentual de crianças de 0-59 meses com diarreia de sangue que recebem tratamento antibiótico adequado (incluindo ciprofloxacina, ceftriaxona e pivmecillinam).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:** Pressupõe-se que 7% da mortalidade por diarreia é devido a disenteria. Para alterar esta hipótese, visite a [menu Eficácia](#) para alterar a fração afetada.
- **Referência de tamanho de efeito:** Das JK Ali A, Salam RA, et al. Antibiotics for the treatment of Cholera, Shigella and Cryptosporidium in children. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S10. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24564492>.

[Topo](#)

Zinco - tratamento de diarreia

- **Definição:** Percentual de crianças de 0-59 meses com suspeita de diarreia tratadas com 20mg de zinco diariamente.
- **Fontes de dados disponíveis:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Fischer Walker CL, Black RE. Zinc for the treatment of diarrhoea: Effect on diarrhoea morbidity, mortality and incidence of future episodes. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i63-i69. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348128>.

[Topo](#)

Antibióticos orais para pneumonia

- **Definição:** Percentual de crianças com suspeita de pneumonia (sintomas de infecção respiratória aguda) para as quais se buscou aconselhamento ou tratamento de uma unidade ou profissional de saúde.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. A busca de cuidados para pneumonia é usada como representação para tratamento com antibióticos orais.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Theodoratou E, Al-Jilaihawi S, Woodward F, et al. The effect of case management on childhood pneumonia mortality in developing countries. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i155-i171. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348118>.

[Topo](#)

Vitamina A - tratamento de sarampo

- **Definição:** Percentual de crianças com sarampo tratadas com Vitamina A.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados de cobertura disponíveis para este indicador. ***Como representação, é usado o percentual de crianças de 6-59 meses que recebem duas doses de vitamina A em 12 meses (suplementação de vitamina A preventiva).
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Sudfeld CR, Navar AM, Halsey NA. Effectiveness of measles vaccination and vitamin A treatment. *International Journal of Epidemiology* 2010; 39(Suppl 1): i48-i55. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348126>.

[Topo](#)

Antimaláricos - Compostos de artemisinina para malária

- **Definição:** Percentual de crianças tratadas dentro de 48 horas do início da febre em áreas de epidemia de malária com um composto contendo artemisinina (terapia de combinação com base em artemisinina, ou ACT).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados de cobertura para este indicador são extraídos de IDS, MICS e outras pesquisas nacionalmente representativas. Isto inclui Pesquisas de Indicador de Malária.
- **Notas:** Dados históricos muitas vezes medem o tratamento com qualquer antimalárico em 48 horas, em vez de ACTs especificamente. Estes dados podem ser usados para criar uma tendência histórica, mas não há uma boa maneira de traduzir "qualquer antimalárico" em uma estimativa de cobertura de ACT devido a diferentes níveis de eficácia.
- **Referência de tamanho de efeito:** Thwing J, Eisele TP, Steketee RW. Protective efficacy of malaria case management for preventing malaria mortality in children: A systematic review for the Lives Saved Tool. *BMC Public Health* 2011; 11(Suppl 3): S14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21501431>.

[Topo](#)

Alimentação terapêutica para desnutrição aguda severa (DAS)

- **Definição:** Percentual de crianças com desnutrição aguda (<-3 pontos Z) recebendo alimentação terapêutica. Alimentação terapêutica é o tratamento ambulatorial que inclui suplementação com alimentos terapêuticos prontos para o uso (ATPU) e educação materna.
- **Fonte de dados padrão:** As estimativas de cobertura são calculados em base a: UNICEF Global SAM Management Update Tool (NutriDash): 2012 – 2016. Disponível em: www.acutemalnutrition.org. UNICEF-WHO-The World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates: 2012 – 2016. Disponível em: www.acutemalnutrition.org.

- **Notas:** Alimentação terapêutica só aplicada ao percentual de crianças com desnutrição aguda severa. Ela muda as crianças da categoria de desnutrição aguda severa para as categorias moderada (-3 a -2 pontos Z) e leve (-2 a -1 pontos Z).
- **Referência de tamanho de efeito:** Lenters LM, Wazny K, Webb P, et al. Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low- and middle-income settings: A systematic review, meta-analysis and Delphi process. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847503/>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Material suplementar, página 15.)

[Topo](#)

Tratamento para desnutrição aguda moderada (DAM)

- **Definição:** Percentual de crianças com desnutrição aguda moderada (-3 a -2 pontos Z) recebendo tratamento ambulatorial que inclui suplementação com alimentos suplementares prontos para o uso (ASPU) e educação materna.
- **Fonte de dados padrão:** Tipicamente não há dados disponíveis para este indicador. Atualmente definido em 0 para base. O usuário deve inserir dados locais se possível e houver disponíveis.
- **Nota:** Tratamento para DAM muda as crianças da categoria de desnutrição aguda moderada para a categoria leve (-2 a -1 ponto Z).
- **Referência de tamanho de efeito:** Lenters LM, Wazny K, Webb P, et al. Treatment of severe and moderate acute malnutrition in low- and middle-income settings: A systematic review, meta-analysis and Delphi process. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S23. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847503/>.

Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* 2013; 382(9890): 352-77. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746776>. (Material suplementar, página 15.)

[Topo](#)

Cotrimoxazol

- **Definição:** A cobertura e eficácia de intervenções de AIDS e HIV estão especificadas no módulo AIM.
- **Fonte de dados padrão:**
- **Notas:**

[Topo](#)

TARV (para crianças)

- **Definição:** A cobertura e eficácia de intervenções de AIDS e HIV estão especificadas no módulo AIM.
- **Fonte de dados padrão:**
- **Notas:**

[Topo](#)

1.1.3.4.9 Desnutrição aguda

Quando a opção "entrada direta de desnutrição aguda" está marcada no menu de [configuração do LiST](#), a guia de desnutrição aguda aparece no menu de Cobertura. Nesta guia, os usuários podem modificar as taxas de desnutrição aguda através da opção "indicador único para desnutrição aguda" ou a opção "indicadores detalhados para desnutrição aguda".

O objetivo do indicador único é agregar as duas categorias inferiores (piores) para criar uma única porcentagem de crianças com desnutrição aguda. (Por exemplo, se 2% das crianças estiverem na categoria <-3 pontos Z e 5% das crianças estiverem na categoria -3 a -2 pontos Z, o indicador único exibirá "7% das crianças com desnutrição aguda".) Também agrega através de grupos etários, ponderando pelo número de meses em cada intervalo de idade (i.e., pressupõe-se que < 1 mês representa $1/60$ das crianças, $1-5$ meses representa $5/60$ das crianças etc.).

Quando a opção "indicador único" está selecionada, o primeiro ano (base) do indicador único ficará na cor cinza e o resto dos anos ficarão ativos. Na exibição detalhada, o primeiro ano ficará ativo (permitindo que os usuários editem dados de base se necessário), mas os anos seguintes ficarão na cor cinza. Quando a opção "exibição detalhada" está selecionada, o indicador único fica visível, mas ficará totalmente desativado e a exibição detalhada ficará totalmente ativa.

Observe que em uma população saudável (que se pressupõe ter uma distribuição normal de altura por idade), aproximadamente 2,275 da população fica abaixo de -2 pontos Z (i.e., mais de 2 desvios padrão abaixo da mediana). Consequentemente, não recomendamos definir o indicador único para desnutrição aguda a uma taxa abaixo de 2,275, pois isto está abaixo do que é considerado normal para uma população saudável.

Distribuições de desnutrição aguda

- **Definição:** Distribuição do percentual de crianças que se inserem em uma de quatro categorias de pontuação Z para peso por altura: $<-3Z$ (desnutrição aguda severa), -3 a $-2Z$ (desnutrição aguda moderada), -2 a $-1Z$ (desnutrição aguda leve), e $>-1Z$ (não desnutrido).
- **Fonte de dados padrão:** Os dados foram recalculados para consistência através de países, usando bases de dados de IDS e MICS. Isto também assegura que os valores reflitam os grupos etários de interesse exatos.
- **Notas:** Os dados desagregados não estão disponíveis para 0-1 e 1-5 meses. Os valores de 0-6 meses são aplicados a ambos os grupos etários.

1.1.3.4.10 Riscos de fertilidade

[Idade materna e ordem de partos](#) [Intervalos de partos](#)

Idade materna e ordem de partos

- **Definição:** Distribuição de todos os partos, categorizados por idade materna e paridade do parto.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. A soma de todas as categorias deve totalizar 100%.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Kozuki N, Lee ACC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847520/>. (Os riscos relativos são de cálculos não publicados associados ao artigo.)

[Topo](#)

Intervalos de partos

- **Definição:** Distribuição de todos os partos, categorizados pelo número de meses entre os partos.
- **Fonte de dados padrão:** Os dados são retirados de IDS, MICS e outras pesquisas domiciliares nacionalmente representativas. A soma de todas as categorias deve totalizar 100%.
- **Notas:**
- **Referência de tamanho de efeito:** Kozuki N, Lee ACC, Silveira MF, et al. The associations of birth intervals with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847557/>. (Os riscos relativos são de cálculos não publicados associados ao artigo.)

[Topo](#)

1.1.3.5 Eficácia

1. Os agrupamentos do editor de eficácia mostram os valores padrão da eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. As referências para dados de eficácia são incluídas em cada intervenção na seção "[Cobertura](#)" do manual de Ajuda.
 2. Os primeiros quatro agrupamentos de editores (materno, natimorto, <1, 1-59 meses) têm telas de editor organizadas por causa de morte, que exibem os valores padrão por intervenção e agrupamento por idade se aplicável.
-

3. Você só pode ver as intervenções que afetam a causa de morte relevante (na guia selecionada), que é a apresentação padrão; ou pode escolher exibir a lista completa de intervenções (incluindo aquelas sem efeito padrão sobre a causa de morte relevante) marcando a caixa "Mostrar todos os itens".
4. Se desejar alterar os valores padrão para eficácia ou fração afetada, clique em qualquer lugar dentro do editor para torná-lo ativo e digite os dados. Porque os valores padrão são baseados em rigoroso estudo científico e é improvável que precisem de alteração, a célula para qualquer valor padrão que você alterar será destacada em **vermelho** para mostrar que o valor foi alterado do valor padrão.
5. Clique no botão "Exibir padrão" se desejar ver o valor para uma célula que foi digitada em comparação com o valor padrão. Se a qualquer momento você decidir que prefere reverter para os valores padrão sobre os dados que você digitou, clique no botão "Restaurar padrões" e os valores padrão para todos os indicadores no editor serão restaurados. O botão "Restaurar padrões" funciona separadamente para cada editor e só restaurará os valores no editor em que você estiver trabalhando.

1.1.3.5.1 Eficácia de intervenções (maternais)

O editor de eficácia para intervenções relacionadas a mortes maternas mostra os valores padrão para a eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por causa de morte e exibem os valores padrão por intervenção. Observe que cada guia contém uma tabela para "eficácia de intervenções (materna)", que inclui intervenções anteriores ao parto/nascimento (períodos periconcepcionais e de gravidez) e após o parto/nascimento, e uma tabela para "eficácia de atendimento materno", que inclui intervenções feitas durante o parto/nascimento.

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.2 Eficácia de intervenções (natimortos)

O editor de eficácia para intervenções relacionado a natimortos mostra os valores padrão para a eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por causa de morte e exibem os valores padrão por intervenção.

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.3 Eficácia de intervenções (<1 mês)

O editor de eficácia para intervenções relacionadas a mortes neonatais mostra os valores padrão para a eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e a fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por causa de morte e exibem os valores padrão por intervenção. Observe que cada guia contém uma tabela para "eficácia de intervenções (<1 mês)", que inclui intervenções anteriores ao parto/nascimento (períodos periconcepcional e de gravidez) e após o parto/nascimento, e uma tabela para "eficácia de atendimento neonatal", que inclui intervenções feitas durante o parto/nascimento.

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.4 Eficácia de intervenções (1-59 meses)

O editor de eficácia para intervenções relacionadas a mortes de crianças pós-neonatais mostra os valores padrão (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e a fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por causa de morte e exibem os valores padrão por intervenção e por agrupamento de idade (1-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses e 24-59 meses).

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.5 Eficácia de intervenções sobre incidência

O editor de eficácia para intervenções sobre incidência de doença mostra os valores padrão para a eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de saúde materna ou infantil. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por incidência de doença e agrupamento por idade e exibem os valores padrão por intervenção.

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.6 Eficácia de vacinas (abordagem de coorte)

O editor de eficácia para vacinas (abordagem de coorte) mostra os valores padrão para a eficácia (o percentual de mortes devido a uma causa específica que é reduzido pela intervenção) e fração afetada (o percentual de mortes devido a uma causa específica que pode ser impactado por uma intervenção específica) para cada intervenção de vacina. Veja a página de ajuda de "[Eficácia](#)" para mais informações.

As guias neste editor são organizadas por tipo de vacina e exibem os valores padrão por causa de morte, número de doses e idade afetada, se aplicável.

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.7 Eficácia em rebanho de vacinas

As guias neste editor são organizadas por tipo de vacina (este editor também inclui mosquiteiros) e exibem o efeito rebanho por coorte de idade, taxa de cobertura da vacina e doença afetada (as guias na parte inferior da tabela).

Declínios na mortalidade decorrentes de vacinas são modelados com base na eficácia da vacina específica para a criança que recebe a imunização e um efeito rebanho. O efeito rebanho é modelado com o percentual de crianças desprotegidas (a soma de população não vacinada e as falhas da vacina) que são protegidas pela redução da transmissão da doença que resulta de maiores taxas de imunização. Os parâmetros para efeito rebanho são inseridos como o percentual da população desprotegida que é protegida por faixas de vinte e cinco pontos percentuais, começando em 0 por cento de cobertura. Atualmente, os padrões para efeito rebanho são zero para todas as vacinas, exceto sarampo, em que se pressupõe que o efeito rebanho seja 1.00 quando a cobertura atinge 95 por cento, eliminando transmissão local da doença.

Observe que atualmente, devido à estrutura do programa LiST, o efeito rebanho não está sendo calculado corretamente quando a cobertura declina. Por isso fica desligado quando a cobertura de vacina específica declina.

1.1.3.5.8 Eficácia de intervenções de nutrição

Este editor mostra a eficácia de intervenções de nutrição, não diretamente sobre a mortalidade, mas sobre as variáveis imediatas de resultados de nascimentos (PIG/prematuro), taxas de desnutrição crônica, taxas de desnutrição aguda, anemia materna e promoção da amamentação.

Observe que as informações de eficácia podem ser exibidas como riscos relativos, razão de probabilidade ou taxas de recuperação dentro de diversas guias.

Fatores de Conversão do Baixo Peso ao Nascer

- **Definição:** Cálculo da porcentagem do total de nascimentos com baixo peso ao nascer (BPN), com base em proporções agrupadas específicas da região de BPN..
- **Notes:**
- **Effect size reference:** Kozuki N, Katz J, Clermont A, Walker N and the Child Health Epidemiology Reference Group SGA-Preterm Birth Working Group. New Option in the Lives Saved Tool (LiST) Allows for the Conversion of Prevalence of Small-for-Gestational-Age and Preterm Births to Prevalence of Low Birth Weight: A Delphi approach. *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S12. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847442/>.

[Top](#)

Veja as páginas de ajuda sobre Cobertura para informações sobre referências de tamanho de efeito.

1.1.3.5.9 Impacto da subnutrição sobre a mortalidade

[Impacto da desnutrição crônica sobre a mortalidade](#) [Impacto da desnutrição aguda sobre mortalidade](#) [Impacto dos resultados de partos sobre a mortalidade](#) [Impacto da amamentação sobre a mortalidade](#)

Construindo sobre as informações na "Eficácia de intervenções de nutrição", este editor calcula o impacto de taxas de desnutrição crônica, taxas de desnutrição aguda, resultados de partos (PIG/prematuro) e taxas de amamentação sobre a mortalidade infantil. As guias neste editor são organizadas por causa de morte e coorte de idade ou grupo de resultados de partos. Observe que as informações de eficácia são exibidas como riscos relativos.

Impacto da desnutrição crônica sobre a mortalidade

- **Referência de tamanho de efeito:** Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. *PLOS One* 2013; 8(5): e64636. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667136/>.

- **Notas:**

[Topo](#)

Impacto da desnutrição aguda sobre a mortalidade

- **Referência de tamanho de efeito:** Olofin I, McDonald CM, Ezzati M, et al. Associations of Suboptimal Growth with All-Cause and Cause-Specific Mortality in Children under Five Years: A Pooled Analysis of Ten Prospective Studies. *PLOS One* 2013; 8(5): e64636. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3667136/>.

- **Notas:**

[Topo](#)

Impacto dos resultados de partos sobre a mortalidade

- **Referência de efeito de tamanho:** Katz J, Lee AC, Kozuki N, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: A pooled country analysis. *Lancet* 2013; 382(9890): 417–25. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746775>.

- **Notas:** Este artigo indica o efeito geral sobre a mortalidade neonatal. Através de discussão com os autores, elaboramos algumas hipóteses sobre quais causas de morte estão provavelmente associadas ao período e estado da idade gestacional da criança. Como o efeito geral só é aplicado a um subconjunto de partos, isto subestimará o impacto total. O risco relativo associado à prematuridade é calculado com base na forte hipótese de que não há seleção em que partos prematuros sejam evitados.

[Topo](#)

Impacto da amamentação sobre a mortalidade

- **Referência de tamanho de efeito:** Black RE, Victora CG, Walker SP, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2013; 382(9890): 427-51. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23746772>. (Material suplementar - Tabela Web 17.)

NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Global Health* 2016; 4(4): e266-75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013313>.

- **Notas:**

[Topo](#)

Impacto da anemia na mortalidade

- **Referência de tamanho de efeito:** Murray-Kolb, L. Maternal Mortality, Child Mortality, Perinatal Mortality, Child Cognition, and Estimates of Prevalence of Anemia due to Iron Deficiency. CHERG.org 2010. <http://cherg.org/publications/iron-report.pdf>

Fração afetada: % de mulheres com anemia grave. Fonte: Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, et al. Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995-2011: a systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health* 2013; 1(1): e16-25.

- **Notes:** A relação entre anemia e mortalidade materna é explicada nesta Nota Técnica LiST: http://www.livessavedtool.org/images/documents/Technical_Notes/Anemia-and-Maternal-Mortality-in-LiST.pdf

[Top](#)

1.1.3.6 Entradas de custos

1.1.3.6.1 Introduction

O LiST Costing fornece um meio de estimar os recursos financeiros e humanos necessários para entregar um pacote de serviços.

Questões podem ser exploradas, tais como: quanto financiamento é necessário para atingir as metas do plano estratégico? Quais metas podem ser alcançadas com os recursos atuais? Qual é o impacto de padrões alternativos de alocação de recursos em termos de custos associados e metas atingidas do plano estratégico?

Utilizando o LiST Costing em conjunto com o módulo padrão LiST, os cenários podem ser desenvolvidos variando parâmetros como custos, taxas de cobertura de intervenções e / ou outros insumos, e podem ser avaliados com base no impacto sobre a mortalidade materna e infantil e morbidade e aos custos associados à entrega do pacote de serviços.

1.1.3.6.2 Configuration

Se o cálculo de custos do LiST estiver ativado, o usuário terá acesso a uma guia adicional na configuração do LiST chamada Moeda e Inflação ("Currency and Inflation"). Nesta guia, o usuário

pode definir a taxa de câmbio, designar em qual moeda deseja inserir os custos e inserir uma taxa de inflação.

Se o usuário deseja inserir os custos em dólares, precisará marcar a caixa para informar que deseja inserir os custos em dólares americanos em vez da moeda local. Os resultados podem ser produzidos em qualquer moeda, com base na seleção no editor de resultados. Eles serão calculados entre moedas com base na taxa de câmbio inserida na moeda e no editor de inflação.

Configuration **Currency and inflation**

Currency and exchange rate

Enter name of currency and exchange rate relative to the US Dollar. The default exchange rate ratio of the GDP of your country or region evaluated at current prices divided by the US dollar country's or region's GDP. The values of GDP are from the World Economic Outlook.

Currency

	2017	2018	2019	2020	2021
Exchange rate	24.52	24.52	24.52	24.52	24.52

Enter costs in USD instead of the currency specified above

Inflation rates

Inflation GDP deflator

Enter inflation rates (percent per year)

	2017	2018	2019	2020	2021
Domestic inflation rate		0.0	0.0	0.0	
USD inflation rate		0.0	0.0	0.0	

Costing outputs can be accessed either as nominal values or values adjusted for inflation via the output.

Ok Cancel  Help

1.1.3.6.3 Staff baseline data

Os dados da linha de base do pessoal são pré-preenchidos com suposições para salários, benefícios e utilização de tempo extraídos da [OMS CHOICE](#). Esses pontos de dados são usados para estimar um custo por minuto, que é combinado com informações dos editores de Insumos de Tratamento ("Treatment Inputs") para estimar os custos de mão de obra para entregar as várias intervenções. Os usuários são encorajados a revisar essas suposições se informações locais mais precisas estiverem disponíveis.

Os salários são assumidos como um salário anual para um pessoal de saúde em tempo integral, indicado em moeda local ou em dólares americanos, dependendo da seleção do usuário na Configuração do LiST. Os benefícios são calculados como uma porcentagem desses custos salariais, e entradas para dias por ano e tempo trabalhados por dia são usados para converter as suposições para o que uma pessoa em tempo integral pode fazer em um custo por minuto.

1.1.3.6.4 Intervention costing (target population, population in need, coverage, and delivery channels)

Os determinantes para os custos de intervenção são o **número de pessoas** que recebem a intervenção e a **quantidade de recursos necessários** para realizar a intervenção por pessoa.

Para calcular o número de pessoas que recebem os serviços, o cálculo de custos do LiST inclui campos de entrada de dados para o seguinte:

- População alvo
- População quem necessita

A cobertura é tirada do [menu de cobertura no LiST](#).

Todos os três acima devem ter dados inseridos para que a ferramenta possa estimar o número de pessoas que recebem a intervenção a cada ano. O padrão de cálculo é o seguinte:

$$\text{População alvo} * \text{população quem necessita} * \text{cobertura} = \text{número de serviços}$$

População alvo: Isto é definido como a população que poderia receber a intervenção. Há padrões globais disponíveis para cada intervenção.

Exemplos de populações alvo incluem:

- Mulheres grávidas
- Crianças com idade <1 meses
- Crianças com idade 0-59 meses
- Crianças com idade 1-59 meses
- População total

As populações-alvo, que representam grupos determinados por idade, são extraídas do módulo DemProj, assim como eventos demográficos, como gestações ou nascimentos. O usuário pode selecionar em uma lista suspensa de populações padrão ou especificar a população-alvo de cada intervenção, conforme mostrado abaixo:

Select a target population for each intervention

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Safe abortion services	Abortions			
Post abortion case management	Abortions			
Ectopic pregnancy case management	Pregnant women			
Blanket iron supplementation/fortification	Total population			
Pregnancy				
Routine				
TT - Tetanus toxoid vaccination	Pregnant women			
IPTp - Intermittent preventive treatment of malaria during pregnancy	Pregnant women			
Syphilis detection and treatment	Live births Live births and stillbirths Children < 1			
Nutritional				
Calcium supplementation	Abortions Children 0-59 months Children 1-59 months Children 6-59 months			
Micronutrient supplementation (iron and multiple micronutrients)	Pregnant women			
Iron supplementation in pregnancy	Pregnant women			

Enable searching

A segunda opção é selecionar uma população-alvo com base na idade e sexo. Para fazer isso, selecione população alvo personalizada no menu suspenso e insira as características necessárias (faixa etária e sexo).

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Case management of premature babies				
Thermal care	Live births			
KMC - Kangaroo mother care	Live births			
Full supportive care for prematurity	Live births			
Case management of neonatal sepsis/pneumonia				
Oral antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Injectable antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Full supportive care for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Diarrhea				
ORS - oral rehydration solution	Custom target population	Both sexes	0	80+
Antibiotics for treatment of dysentery	Children 0-59 months			
Zinc for treatment of diarrhea	Children 0-59 months			
Other infectious diseases				

A terceira opção é inserir a população-alvo diretamente, mas selecionando "Entrada direta" no menu suspenso. Quando um usuário fizer isso, ele terá a oportunidade de inserir uma população-alvo numérica de sua escolha clicando duas vezes no nome da intervenção.

Select a target population for each intervention

Intervention	Target population	Sex	Starting age	Ending age
Case management of premature babies				
Thermal care	Live births			
KMC - Kangaroo mother care	Live births			
Full supportive care for prematurity	Live births			
Case management of neonatal sepsis/pneumonia				
Oral antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Injectable antibiotics for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Full supportive care for neonatal sepsis/pneumonia	Live births			
Diarrhea				
ORS - oral rehydration solution	Direct entry			
Antibiotics for treatment of dysentery	Children 0-59 months			
Zinc for treatment of diarrhea				
Other infectious diseases				

Note

Double-click on the intervention name to enter target population data by year.

Ok

Select direct entry then double click on intervention name

População quem necessita: Esta seção é usada para identificar qual parte da população-alvo requer a intervenção, por ano. Para a maioria das intervenções de cuidados preventivos, a participação será de 100%. Por exemplo, o atendimento pré-natal será necessário para todas as mulheres grávidas. A população necessitada é determinada pela incidência e prevalência das condições, bem como pelas diretrizes de tratamento.

Em alguns casos, a população necessitada pode ser > 100%. Por exemplo, considere o manejo da diarreia com SRO. A população-alvo é de crianças de 0 a 59 meses. Se colocarmos 100% da população necessitada, isso significa que cada criança receberá, em média, a intervenção uma vez por ano. No entanto, em muitos contextos, a incidência de diarreia pode ser maior que 1,0. Por exemplo, se a incidência de diarreia em crianças é estimada em 3,5 episódios por ano, a população necessitada será de 350%. Se 1% de todos os casos de diarreia forem considerados graves, então a população com necessidade de tratamento de diarreia grave será de 3,5% (calculada como 350% x 1%).

Por outro exemplo, tome o tratamento da malária em mulheres grávidas. Aqui, a população-alvo é de mulheres grávidas e a população carente é a percentagem de mulheres grávidas que necessitarão de tratamento da malária por ano.

Informações detalhadas sobre as fontes para cada uma das premissas padrão são encontradas no Manual de Premissas de Intervenção (pendente).

1.1.3.6.5 Treatment inputs

As entradas de tratamento para cada intervenção especificam os medicamentos e suprimentos consumíveis necessários (por exemplo, luvas, seringas), tempo do provedor e número de dias de internação e visitas ambulatoriais necessárias para a provisão efetiva de uma intervenção. Estes são extraídos de pressupostos de intervenção desenvolvidos para o OneHealth Tool (<http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>) e documentados no Manual de Pressuposições de

Intervenção (pendente). Essas entradas foram desenvolvidas com base nas normas e diretrizes da OMS, quando disponíveis, com contribuições de especialistas, onde a orientação explícita não estava disponível. Os preços dos medicamentos e dos consumíveis são extraídos de fontes internacionais, como o [MSH Drug Price Indicator Guide](#), [UNICEF supply catalog](#), e o [Global Price Reporting Mechanism](#).

Os insumos e preços padrão de tratamento são fornecidos em nível global, sem variação para os diferentes países, mas esses insumos podem ser ajustados de acordo com o contexto do país. Os usuários podem alterar as quantidades supostas de medicamentos e suprimentos usados, a quantidade de tempo do provedor e o número de visitas, bem como o preço unitário de qualquer entrada. Em uma aplicação típica do país, as equipes dos países analisam todas as suposições de dados, especialmente os preços de entrada específicos de cada país, e alteram os dados padrão para refletir o contexto específico do país e suas normas ou práticas.

Veja os exemplos abaixo para vacinação com toxóide tetânico. Para cada intervenção, semelhante a este exemplo, os usuários podem revisar os insumos existentes para medicamentos e suprimentos, tempo do provedor por tipo e visitas a pacientes internados e ambulatoriais. Cada elemento pode ser editado, incluindo a adição de outros medicamentos e suprimentos, e alterar o custo unitário (clikando duas vezes na célula de custo unitário).

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Drugs and supplies								
Drug/Supply	Percent receiving this aspect of the treatment	Note	Number of units	Times per day	Days per case	Units per case	Unit cost (USD) (2017)	Cost per average case (USD) (2017)
Tetanus toxoid, injection	100.0		1.0	1	2	2	0.06	0.12
Syringe, needle + swab	100.0		1.0	1	2	2	0.05	0.10
Total cost								0.22

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Medical personnel					
Staff type	Percent treated by	Note	Minutes	Number of days/visits	Total minutes
Midwives	100.0			3	5.00
Total minutes					5.00

TT - Tetanus toxoid vaccination, clinic level

Outpatient visits and inpatient days				
	Percent receiving	Note	Units per case	Total visits
Outpatient visits	100.0		2	2.0
Total visits				2.0

1.1.3.6.6 Other - recurrent and capital costs

Os custos por consulta ambulatorial e dia de internação (OPVs / IPDs) foram calculados pela Organização Mundial de Saúde em nível nacional e estão disponíveis no [site OMS-CHOICE](#). Observe que os custos que estão disponíveis em seu site são definidos pela Organização Mundial de Saúde como a porção de custo "hotel" de OPVs e IPDs, ou seja, todos os custos, exceto medicamentos e custos de laboratório. Em outras palavras, os custos de OPV e IPD contêm tanto outros custos diretos (ODCs) quanto custos indiretos, bem como custos de pessoal e custo de consumíveis.

Ao estimar a proporção do custo OPV / IPD da OMS-CHOICE que está associado a ODCs e custos indiretos, essas proporções podem então ser aplicadas para ajustar o custo do OPV / IPD para cada intervenção no LiST. Para calcular os custos associados a ODCs e custos indiretos para cada intervenção, podemos usar o número para o OPV / IPD para cada intervenção, já disponível no LiST, e multiplicar essas quantidades pela proporção do custo específico de um país de OPV / IPD isso é atribuível a ODCs e custos indiretos.

Estes custos são então multiplicados pelo número de OPVs / IPDs associados a cada serviço para dar um custo total para outros custos recorrentes e de capital.

1.1.3.6.7 Delivery channels

O cálculo de custo do LiST oferece a opção de diferenciar a prestação de serviços por canal de fornecimento ou nível de prestação de serviços - ou seja, por meio de atendimento comunitário, de assistência, clínica e hospitalar. Os usuários podem especificar diferentes insumos de tratamento (medicamentos e insumos, tempo de pessoal e consultas ambulatoriais / dias de internação para cada nível), com base no acesso diferente a recursos em diferentes níveis no país. Os resultados também podem ser produzidos por nível, permitindo a análise das implicações de custo em uma mudança de serviços entre os níveis, bem como a quantidade de recursos necessários para expandir os serviços.

O editor de canais de entrega permite que os usuários insiram distribuições de serviços de base e de destino (ou seja, que proporção de cada intervenção é entregue em cada nível nos primeiros e últimos anos da projeção). Uma interpolação linear ocorre entre esses pontos para preencher os anos intermediários.

Uma distribuição padrão é fornecida, com base na consulta de especialistas da OMS.

1.1.3.6.8 Program costs

As categorias de custo do programa podem ser configuradas ou alteradas usando os botões Adicionar / Editar / Excluir. Estes custos destinam-se a capturar os custos de entrega de serviços acima associados à entrega do pacote de serviços RMNCH encontrados nos custos LiST e LiST. Os usuários têm a opção de inserir custos como uma porcentagem dos custos diretos ou como um número absoluto (cada custo do programa pode ser configurado como porcentagem ou número absoluto usando a seleção suspensa).

Default program cost categories and percentages have been provided, based on [SUN nutrition plan costing exercises](#), the [EPIC immunization studies](#), and [National AIDS Spending Assessments](#) (see detailed table below). Users are encouraged to adapt these cost categories and the assumed level of costs based on recent country-specific data if available.

Foram fornecidas categorias e percentagens padrão de custo do programa, com base nos [exercícios de custeio do plano de nutrição do SUN](#), nos [estudos de vacinação EPIC](#) e nas [avaliações dos Gastos Nacionais relacionadas ao SIDA](#) (ver tabela detalhada abaixo). Os usuários são encorajados a adaptar essas categorias de custo e o nível assumido de custos com base em dados recentes específicos do país, se disponíveis.

Categoria	Opção	Fonte
Recursos humanos específicos do programa	Percentagem	1%
Treinamento	Percentagem	1% Estudos EPIC
Supervisão	Percentagem	2% Estudos EPIC
Monitoramento e avaliação	Percentagem	2% Estudos EPIC
Infraestrutura	Percentagem	2% NASA
Transporte	Percentagem	2% Planejamento abrangente de vacinas (OMS)
Comunicação, mídia e divulgação	Percentagem	1% Exercícios de custeio do plano de nutrição do SUN
Advocacia	Percentagem	1% Estudos EPIC
Gerencia geral do programa	Percentagem	2% Estudos EPIC
Treinamento comunitário de trabalhadores de saúde	Percentagem	1% Estimativas de especialistas (sem dados)
Outros	Percentagem	0%
Total		15%

1.1.4 Metodologia

Escolher um conjunto ideal de intervenções de saúde infantil para máximo impacto de mortalidade é importante nos ambientes de políticas pobres de recursos. A Ferramenta Vidas Salvas (LiST, do inglês Lives Saved Tool) é um modelo computacional que estima o impacto de mortalidade e natimortos da expansão de intervenções comprovadas de saúde materna e infantil. Para modelar os impactos sobre a saúde infantil, o LiST usa o motor demográfico do Spectrum (DemProj), que calcula os números de mortes desagregadas por faixa etária, enquanto usa taxas de mortalidade neonatal,

infantil e de crianças com menos de cinco anos do LiST. Em seguida, sobrepõe a mortalidade da AIDS diretamente relacionada a crianças do Módulo Impacto da AIDS (AIM), com base na prevalência da AIDS em toda a população para calcular o número total de mortes devido à AIDS. As causas de morte individuais sem relação com a AIDS são então sobrepostas em todas as mortes sem relação com a AIDS em crianças no período neonatal e o período de 1-59 meses.

O LiST estima o impacto da mortalidade através de cinco faixas etárias: 0 mês, 1-5 meses, 6-11 meses, 12-23 meses e 24-59 meses. Para cada uma dessas faixas etárias, as reduções na mortalidade por causa específica são estimadas aplicando a eficácia da intervenção e frações afetadas a mudanças na cobertura da intervenção. O impacto de intervenções são calculados separadamente para oito causas de morte no período neonatal e nove causas de morte no período de 1-59 meses. Em seguida, são feitas correções nesta equação simples para corrigir o impacto da cobertura alcançada antes do período da projeção. Os impactos de intervenções são calculados em grupos de modo que intervenções periconcepcional, pré-natal e de parto, sequencialmente, têm a primeira "oportunidade" para prevenir mortalidade, com intervenções preventivas que impactam a mortalidade seguinte e deixando aquelas que são de natureza mais curativas para reduzir a mortalidade restante que não é reduzida. Em seguida, cada criança que é "salva" é capaz de morrer de outras causas durante o período da idade subsequente.

Simultaneamente, intervenções de nutrição podem impactar ou o estado nutricional ou impactar diretamente a mortalidade. No primeiro caso, o LiST atua como um modelo de coorte em que os estados nutricionais atuais, como desnutrição crônica ou restrição de crescimento intrauterino impactam a probabilidade de desnutrição crônica com o avançar da idade do coorte. O LiST se vincula com o DemProj para estimar as mortes e mortes evitadas devido às reduções nas taxas de mortalidade.

Além disso, o AIM calcula o impacto de PTV, Cotrimoxazol e TARV para crianças e depois alimenta-os diretamente de volta no modelo LiST como mortes evitadas por estas intervenções. Os módulos Planejamento Familiar (FamPlan) e DemProj também podem alimentar o modelo LiST através de alterações no número de nascimentos, resultando em números variáveis de mortes de crianças sobre as quais se aplicam os impactos da intervenção.

O LiST também estima o impacto de intervenções sobre a mortalidade materna. Os cálculos são muito parecidos com os que se fazem para mortalidade infantil. Uma diferença é que todas as mulheres com idade de 15-49 são tratadas como um único grupo nos cálculos e as intervenções atuam diretamente sobre uma ou mais das nove causas de morte (i.e., nenhuma afeta um estado de nutrição intermediário). Planejamento familiar, embora não seja uma intervenção no LiST, também pode impactar a mortalidade materna reduzindo a incidência de aborto, que é uma causa de morte materna no modelo LiST. As reduções na mortalidade materna são traduzidas em razões de mortalidade materna, que são então traduzidas em mortes maternas e mortes maternas evitadas através de nascidos vivos calculados no DemProj.

Finalmente, o LiST estima o impacto de intervenções sobre natimortos. Diferente de outros resultados, as reduções são analisadas com base em quando o natimorto ocorre na gravidez – ou anteparto ou intraparto. Do mesmo modo que a mortalidade materna, as reduções de natimortos são traduzidas em taxas de natimortos e natimortos através de gestações no DemProj.

Para mais informações sobre a metodologia geral do LiST, veja Walker N, Tam Y, Friberg I. Overview of the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2013; 13(Suppl 3): S1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847271/>.

Para mais informações sobre cálculos com o LiST, veja Winfrey W, McKinnon R, Stover J. Methods used in the Lives Saved Tool (LiST). *BMC Public Health* 2011, 11(Suppl 3): S32. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3231906/>.

Visite www.livessavedtool.org para uma lista completa de artigos que usam LiST e outros recursos.

1.1.5 Análise AIM-LiST

Abra o Spectrum e, em seguida, a projeção do país de interesse

- Vá à guia módulos do menu do Spectrum e selecione LiST.
- Clique na guia [Configuração](#).
- NÃO altere o "ano base de cobertura", a menos que tenha novos dados de causa de morte. O "Primeiro ano do programa de intervenção" é o ano base a partir do qual você quer calcular sua expansão. Clique em "OK" quando terminar.
- Clique em "Fechar". Na guia "início" do menu do Spectrum, selecione "Salvar projeção como" e renomeie o arquivo.

Escolha o novo arquivo que você acabou de salvar.

- Na guia início do menu do Spectrum, selecione "Abrir projeção" e escolha o novo arquivo que você acabou de salvar.
- Escolha "Carregar e renomear" quando abrir uma janela que diz "A projeção está carregada, o que você gostaria de fazer?"
- Renomeie o arquivo para indicar que você está fazendo uma análise AIM.
- Quando tiver terminando, você deve ter duas projeções, com nomes diferentes, mas com dados idênticos. Você verá os nomes das projeções na canto inferior direito da tela.

Começar a trabalhar no AIM

- Da guia módulos do menu do Spectrum, selecione AIM.
 - Escolha a projeção em que você deseja alterar a cobertura das intervenções de AIDS.
 - Aparecerão oito guias: Elegibilidade para tratamento, Estatísticas do programa, Opções avançadas, Incidência, Padrão Sexo/Idade, Resultados, Validação e Alterações. Serão fornecidos dados padrão. É provável que você não queira alterar os dados padrão, a menos que tenha dados de tratamento ou incidência mais recentes através do arquivo EPP preparado pela divisão de estatísticas da Comissão Nacional da AIDS, ou você esteja trabalhando em uma projeção subnacional com estimativas significativamente diferentes. TARV adulta não afeta estimativas de mortalidade infantil.
 - Para alterar os valores de "Transmissão de mãe para filho", clique na guia "Estatísticas do programa" e, em seguida, em "PTV."
-

- Informe os valores anuais para as opções de profilaxia/tratamento. Para qualquer ano, escolha a opção ou de número ou percentual. Se selecionar número, o percentual deve ser igual a 0. Se selecionar percentual, o número deve ser igual a 0. O percentual de Nenhum Profilaxia e Número Total alteram automaticamente. Se preferir, você pode converter o número padrão de usuários em um percentual de usuários clicando no canto inferior direito da tela.
- Em seguida, na guia "Tratamento Infantil", edite o número/percentual que recebe cotrimoxazol e TARV o quanto necessário. Depois clique em "OK".
- Revise o limite do número de CD4 para elegibilidade para tratamento por idade, em "Infantil", na guia "Elegibilidade para tratamento". Depois clique em "OK".
- Para inserir incidência, você pode usar a opção "Configuração" no menu suspenso em Incidência ou a opção "Incidência direta" no mesmo menu. O usuário poderá escolher, em vez disso, inserir a prevalência escolhendo "Validação" - "Prevalência" - "Inserir/editar dados".
- Os valores padrão de "Padrão Sexo/Idade" e "Opções avançadas" também devem ser revisados, mas é improvável que o usuário queira desviar dos valores padrão fornecidos pelos especialistas em pesquisa. Ao terminar, clique em "OK". Na guia "Início" do menu do Spectrum, selecione "Salvar projeção" e escolha a projeção que você acabou de alterar (i.e. Senegal-AIM).

Exibir resultados

- A partir da guia módulos do menu Spectrum, selecione LiST.
- Escolha a tela de interesse no menu "Resultados". Normalmente, o que se quer ver é "Mortes Adicionais evitadas em crianças menores de 5 anos de idade relativas ao ano de impacto."
- As vidas salvas por cada intervenção é a diferença entre a projeção de base e a projeção AIM. No exemplo abaixo, PTV salvou $3.109 - 2.051 = 1.058$ vidas.

Mortes em crianças com menos de 5 a...							
Mortes em crianças com menos de 5 anos de idade (Total (0-60 meses))							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Projection Twelve-AIM							
Total (0-60 meses)	39,221	39,709	40,131	40,452	40,626	40,608	40,465
<1 mês	14,409	14,582	14,710	14,793	14,828	14,802	14,733
1-59 mês	24,811	25,127	25,421	25,659	25,798	25,806	25,731
Projection Twelve							
Total (0-60 meses)	40,759	41,596	42,259	42,733	43,025	43,124	42,987
<1 mês	14,438	14,613	14,742	14,828	14,862	14,836	14,763
1-59 mês	26,321	26,983	27,517	27,906	28,163	28,288	28,224

1.1.6 Análise FamPlan-LiST

Abra o Spectrum e, em seguida, abra a projeção do país de interesse

- Vá à guia módulos do menu do Spectrum e selecione LiST.
- Clique na guia [Configuração](#).
- NÃO altere a "ano base de cobertura", a menos que tenha novos dados de causa de morte. O "Primeiro ano do programa de intervenção" é o ano base a partir do qual você quer calcular sua expansão. Clique em "OK" quando terminar.
- Clique em "Fechar". Na guia "início" do menu do Spectrum, selecione "Salvar projeção como" e renomeie o arquivo.

Escolha o novo arquivo que você acabou de salvar

- Na guia início do menu do Spectrum, selecione "Abrir projeção" e escolha o novo arquivo que você acabou de salvar.
- Escolha "Carregar e renomear" quando abrir uma janela que diz "A projeção está carregada, o que você gostaria de fazer?"
- Renomeie o arquivo para indicar que está fazendo uma análise FarmPlan.
- Quando tiver terminado, você deve ter duas projeções, com nomes diferentes, mas com dados idênticos. Você verá os nomes das projeções na canto inferior direito da tela.

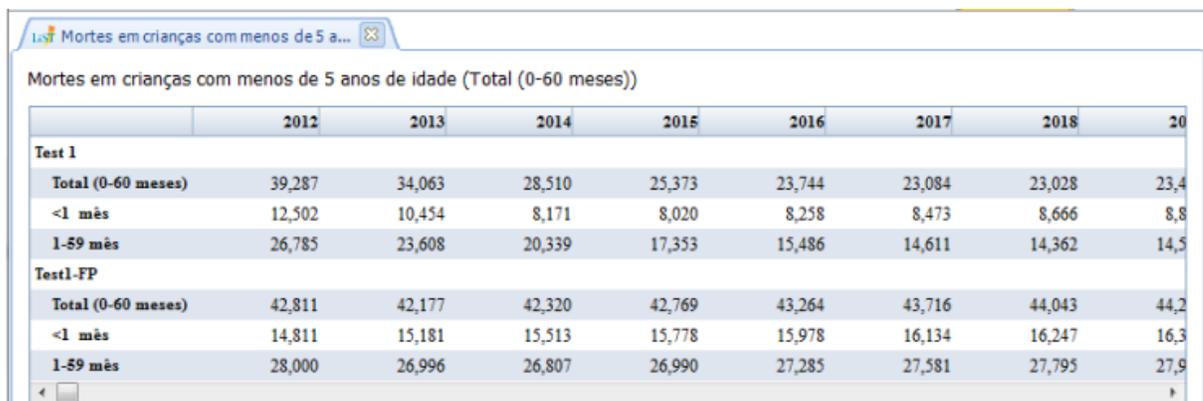
Comece a trabalhar no FamPlan

- Da guia módulos do menu do Spectrum, selecione FamPlan.
 - Escolha a projeção na qual deseja alterar as informações de planejamento familiar.
 - Se planejar alterar a Taxa de Prevalência de Contraceptivos (TPC) em sua população, clique na guia "Meta".
 - Por padrão, o TPC é definido para corresponder aos valores na pesquisa mais recente e, então, extrapolado para o fim da projeção para manter estimativas de TFT da divisão de população da ONU. Altere os valores no ano alvo e use as funções interpolar e duplicar conforme necessário. Clique em "OK".
 - Se desejar alterar a proporção de mulheres que usam diferentes métodos anticoncepcionais, clique na guia "Planejamento Familiar".
 - Escolha a guia "Mistura de Métodos" no item "Planejamento Familiar" do menu. Ajuste as proporções de mulheres que usam diferente métodos anticoncepcionais. O total deve ser igual a 100%. Use as funções duplicar, interpolar e normalizar conforme necessário. Quando terminar, clique em "OK".
-

NOTA: Se você tiver uma meta diferente, i.e. TFT, ou necessidade não atendida, precisará visitar o botão "Configuração" primeiro e ler o manual de ajuda do FamPlan.

Exibir resultados

- A partir da guia módulos do menu Spectrum, selecione LIST.
- Escolha a tela de interesse no menu "Resultados". Normalmente, o que se quer ver é "Mortes Adicionais evitadas em crianças menores de 5 anos de idade relativas ao ano de impacto."
- Como você pode ver abaixo, há menos mortes na população em que a prevalência de contraceptivo foi aumentada. Isto ocorre devido à redução do número de gestações e nascimentos. Não há impacto sobre as taxas de mortalidade.

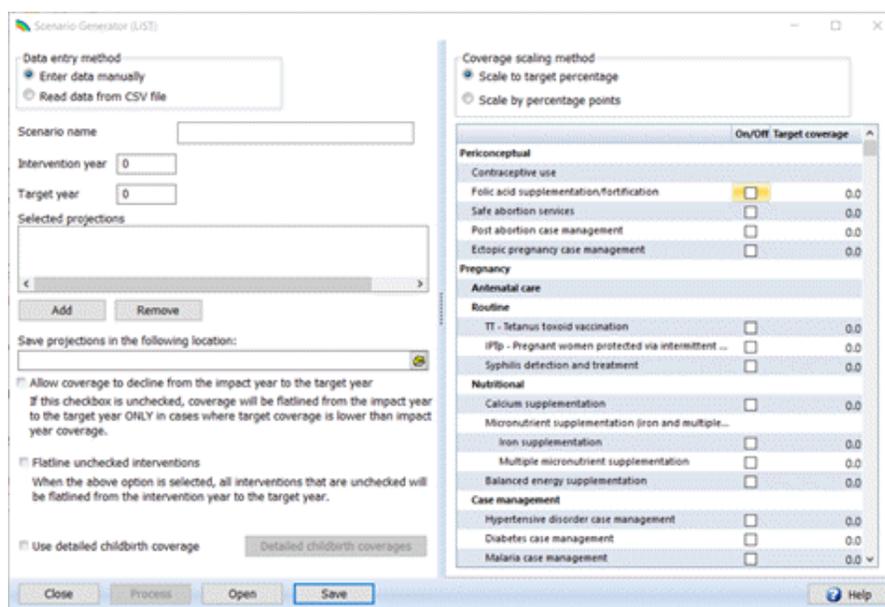


	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	20
Test 1								
Total (0-60 meses)	39,287	34,063	28,510	25,373	23,744	23,084	23,028	23,4
<1 mês	12,502	10,454	8,171	8,020	8,258	8,473	8,666	8,8
1-59 mês	26,785	23,608	20,339	17,353	15,486	14,611	14,362	14,5
Test1-FP								
Total (0-60 meses)	42,811	42,177	42,320	42,769	43,264	43,716	44,043	44,2
<1 mês	14,811	15,181	15,513	15,778	15,978	16,134	16,247	16,3
1-59 mês	28,000	26,996	26,807	26,990	27,285	27,581	27,795	27,9

2 Ferramentas

2.1 Gerador de cenário para LiST

O Gerador de Cenário permite que os usuários criem funções de expansão para múltiplas projeções de uma só vez. O resultado de uma execução do Gerador de Cenário será novas projeções com novos nomes (cada uma com um prefixo adicionado ao nome do arquivo original) em um local designado. Cada projeção terá intervenções expandidas de acordo com as opções selecionadas no menu do Gerador de Cenário.



1. Após entrar no Spectrum, acesse "Ferramentas" e clique em "LiST," em seguida, selecione "Gerador de Cenário". Observe que isto só pode ser selecionado se não houver projeções atualmente abertas.
2. Selecione o botão para ativar "Inserir dados manualmente" na parte superior esquerda da página.

NOTA: Há também um recurso avançado que permite que os usuários enviem automaticamente um arquivo Excel com expansões pré-carregadas. Não há verificações neste método e os desenvolvedores não são responsáveis pelos resultados.

3. Escolha o "Ano de Intervenção" e "Ano Alvo". O "Ano de Intervenção" deve ser o ano a partir do qual você pretende que a expansão comece. Não ocorrerão mudanças no "Ano de Intervenção", elas começarão no ano seguinte. O "Ano Alvo" é o ano em que todo o alvo da expansão será alcançado. Ocorrerá uma expansão linear entre estes anos.
4. Escolha um "Nome do Cenário". Este é o prefixo que será adicionado à frente do nome da projeção para todas as projeções selecionadas.

5. Sob a caixa "Projeções Seleccionadas", clique em "Adicionar" para procurar e adicionar projeções salvas anteriormente. Se necessário, você pode destacar uma projeção na caixa "Projeções Seleccionadas" e clicar em "Remover" para removê-la.
6. Selecione onde salvar a(s) nova(s) projeção(ões) clicando no ícone da pasta do arquivo sob "Salvar projeções no seguinte local" e escolhendo da lista suspensa.
7. Marque as caixas na coluna "Ativo/Inativo" próxima aos indicadores que você deseja modificar em seu cenário de expansão.
8. Na coluna Ano alvo, clique na caixa na linha para cada intervenção que deseja incluir e insira uma cobertura alvo. Se a opção "expandir até a porcentagem alvo" estiver selecionada acima, cada projeção no cenário terá a intervenção expandida até esse nível da cobertura alvo. (Por exemplo, se "Suplementação/fortificação com ácido fólico" estiver marcada e uma cobertura alvo de 80% estiver selecionada, cada projeção será expandida a partir de seu nível atual no ano da intervenção para alcançar 80% no ano alvo.) Se a opção "expandir por pontos percentuais" estiver selecionada acima, cada projeção no cenário terá a intervenção expandida pelo número alvo de pontos percentuais sobre o curso do período da cobertura. (Por exemplo, se "Suplementação/fortificação de ácido fólico" estiver marcado e uma cobertura alvo de 20% estiver selecionada e o período a partir do "Ano de intervenção" ao "Ano alvo" for de 10 anos, cada projeção será expandida a partir do nível atual no ano de intervenção em 2% por ano, para um aumento total de 20 pontos percentuais sobre o período de expansão de 10 anos.)
9. Para iniciar a geração de cenário, clique no botão "Processar".

Há várias funções adicionais que podem ser selecionadas antes de selecionar o botão "Processar". São todas opcionais.

- Por padrão, no Gerador de Cenário, o LiST não permite que a cobertura caia abaixo do nível atual no ano de intervenção. Ele manterá os valores de cobertura atuais, em vez de reduzir a cobertura se a cobertura alvo estiver abaixo da cobertura atual. Se não quiser esta função, marque e a caixa próxima a "Permitir que a cobertura decline do ano de impacto ao ano alvo".
- Marque a caixa "Manter intervenções não marcadas constantes" se desejar que o programa mantenha a cobertura constante do ano de intervenção ao ano alvo para todas as intervenções que estão desmarcadas na coluna "Ativo/Inativo". Muitas vezes esta será a opção preferida, pois permite que você projete o impacto apenas da(s) intervenção(ões) que selecionar na coluna "Ativo/Inativo" e definir uma cobertura alvo (mantendo todas as outras intervenções constantes). No entanto, em alguns casos, os usuários podem ter arquivos de projeção previamente preparados que têm cobertura alvo já inserida para um conjunto específico de indicadores e podem desejar manter essas configurações de cobertura com exceção de um (ou mais) indicadores aos quais uma nova cobertura alvo será aplicada através do Gerador de Cenário. Nesse caso, a caixa "Manter intervenções não marcadas constantes" deve ficar desmarcada.
- Na janela padrão do Gerador de Cenário, as intervenções de parto são concluídas e modeladas juntas. Se desejar expandir intervenções individuais que ocorram durante o parto, marque a caixa "Usar cobertura de parto detalhada". Observe que após usar isto, poderá haver complicações com a modificação da cobertura. Estas são intencionais. O usuário é

responsável por todas as modificações post-hoc. Você pode escolher expandir localização/nível de parto ou intervenções especificamente. Se desejar expandir a localização, desmarque a caixa próxima a "Permitir que o LiST calcule local e nível do parto". Se desejar expandir intervenções, desmarque a caixa "Permitir que o LiST calcule coberturas de intervenção". Nesta tabela, quaisquer caixas não marcadas ficarão inalteradas, somente caixas marcadas terão seus valores de cobertura alterados. Clique em OK para sair desta tela. Após sair, se não quiser incluir estas hipóteses, desmarque a caixa próxima a "Usar cobertura de partos detalhada".

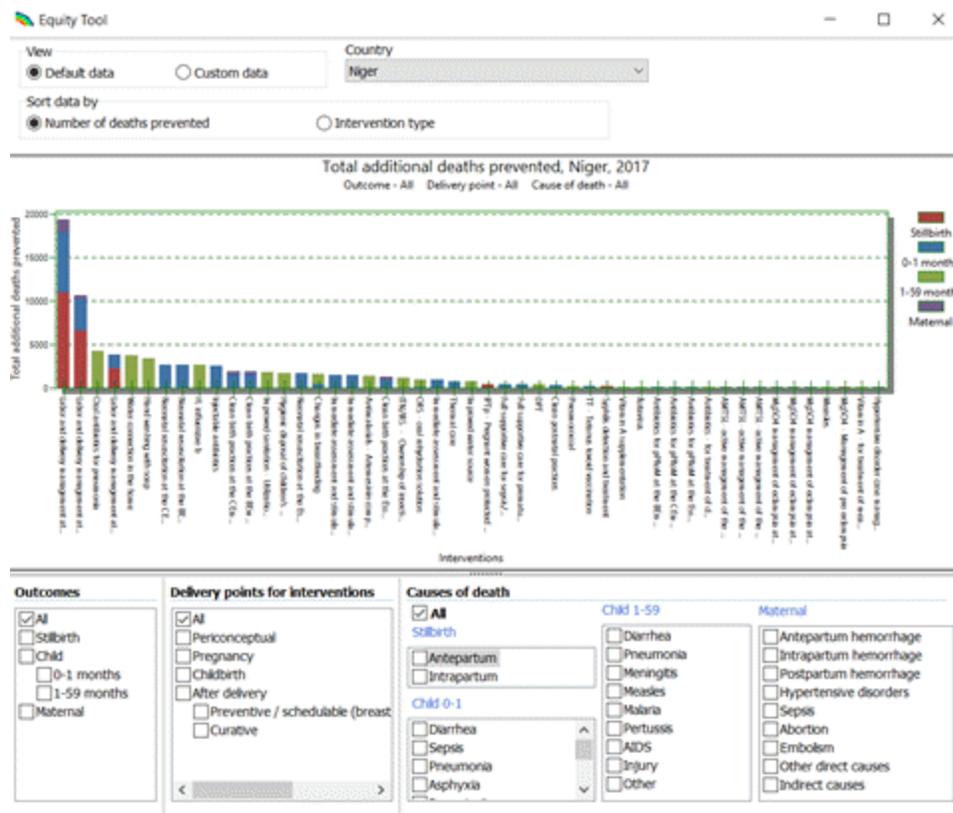
- Se não desejar processar a geração de cenário imediatamente, mas deseja salvar os parâmetros do Gerador de Cenário que você especificou para uso futuro, clique no botão "Salvar". Digite o nome do arquivo com o qual deseja salvar a janela "Gerador de Cenário (LiST)" e clique em "Salvar". Então será salvo um arquivo .SGLiST. Se tiver um conjunto de parâmetros anteriores salvos como um arquivo .SGLiST, você pode abri-lo clicando no botão "Abrir".

2.2 Ferramenta de Equidade para LiST

A Ferramenta de Equidade é uma ferramenta de visualização que explora o efeito de expandir intervenções individualmente da média nacional atual para o nível de cobertura do quintil superior de riqueza (os 20% mais ricos da população do país), para ver que expansão da intervenção permitiria o maior número de vidas salvas. Isto permite que os usuários explorem o impacto da desigualdade dentro do país na cobertura da intervenção sobre a mortalidade materna e infantil.

A metodologia e funcionalidade desta ferramenta são similares a [Oportunidades Perdidas](#), com exceção de que em vez de expandir cada intervenção até um alvo de 90% (como em Oportunidades Perdidas), o alvo de expansão é a cobertura dessa intervenção para o quintil de riqueza superior nesse país.

Nota: A Ferramenta de Equidade só está disponível para países que têm pelo menos uma pesquisa doméstica que esteja desagregada por quintil de riqueza.

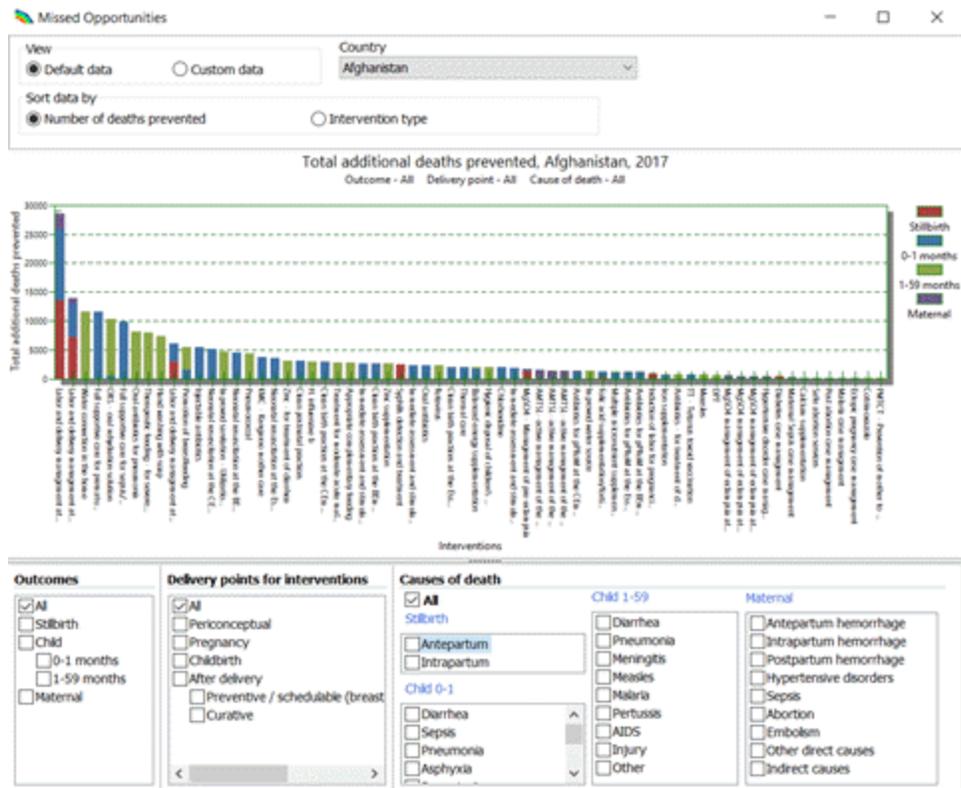


2.3 Oportunidades Perdidas para LiST

Oportunidades Perdidas (OP) é uma ferramenta de visualização para rápida comparação do impacto relativo de diferentes intervenções que alcançam cobertura universal salvando vidas de crianças e mulheres. A ferramenta OP extrai dados do LiST para permitir que gestores de programas e planejadores de saúde do país explorem a eficácia da intervenção de uma maneira rápida e comparativa. Como seu nome sugere, se estas intervenções comprovadas não alcançarem toda criança e mulher com necessidade, as mortes potenciais evitadas se tornarão "oportunidades perdidas".

A ferramenta explora o efeito de expandir intervenções individualmente do nível de cobertura atual para 90%, para ver qual expansão de intervenção permitiria o maior número de vidas salvas.

Nota: Oportunidades Perdidas só está disponível para países que têm uma taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos maior que 20 por 1000 nascidos vivos e que têm pelo menos alguns dados de pesquisa domiciliar. Se desejar aplicar OP a outro país, você pode usar a opção dados personalizados descrita abaixo.



Para executar Oportunidades Perdidas

1. Da tela inicial, clique no botão "Oportunidades Perdidas". Como alternativa, estando no Spectrum, acesse "Ferramentas" e clique em "LiST", depois selecione "Oportunidades Perdidas". Observe que isto só pode ser selecionado se não houver projeções atualmente abertas.
2. Você pode usar dados padrão, com base nos dados que estão disponíveis no banco de dados do LiST. Isto é atualizado regularmente para garantir que a cobertura esteja atualizada. Como alternativa, você pode carregar dados personalizados criando um arquivo de Oportunidades Perdidas. Para fazer isso, clique no botão "Criar arquivo de Oportunidades Perdidas", depois clique em "Adicionar" no menu da janela pop-up para selecionar as projeções que gostaria de usar para dados personalizados. Em seguida, clique em "Processar" e um arquivo .MO será salvo na mesma pasta que a sua projeção. Você pode então clicar no botão "Carregar dados de Oportunidades Perdidas" na tela principal do OP para usá-lo.
3. Selecione o país de interesse no topo da tela. Observe que pode haver dados de intervenções limitados para alguns países. Você pode clicar em qualquer barra dentro do gráfico para ver o nível de cobertura atual dessa intervenção (a partir da qual está sendo expandida até 90%). Qualquer intervenção que não seja exibida tem um nível de cobertura acima de 90% e, portanto, não contribui vidas salvas.

4. Por padrão, as intervenções são ordenadas em ordem decrescente do número de mortes evitadas (quando cada intervenção é expandida a até 90% de cobertura). Você pode escolher, em vez disso, ordená-las por tipo de intervenção (de acordo com as categorias conforme ordenadas na guias de "Cobertura").
5. Você pode usar os menus na parte inferior da tela para ver informações por tipo de resultado (natimortos, mortes neonatais, mortes de crianças, mortes maternas), por ponto de realização de intervenções ou por causa de morte.

2.4 Projeção subnacional para LiST

O Assistente Subnacional pode ser usado para modelar qualquer região ou grupo subnacional (província, quintil de riqueza, áreas rurais etc.). Como a mortalidade, fertilidade e perfil de encargos de doenças dessa região/grupo difere da média nacional, são necessários dados adicionais para ajustar corretamente os dados de entrada do módulo demográfico e de outros módulos.

NOTA: Além da documentação abaixo, há um breve [tutorial em vídeo](#) disponível no [site do LiST](#). A repository of pre-created subnational files for several countries is available on our website [here](#).

Abordagem com o assistente (recomendado):

Clique no assistente "Projeção Subnacional" na tela inicial. Esse assistente guiará você pelo processo de criar uma projeção subnacional. Abaixo estão listadas as estimativas subnacionais que você precisará juntar para começar a inseri-las usando o assistente. Em casos em que você não tem as estimativas prontamente disponíveis, o assistente usará o LiST para projetá-las com base na diferença entre a cobertura nacional e subnacional de intervenções.

- População
- Taxa de fertilidade total
- Taxa de prevalência de contraceptivos
- Incidência do HIV
- Cobertura da intervenção
- Distribuições de desnutrição crônica e aguda
- Causas de morte e taxas de mortalidade para recém-nascidos, crianças de 1-59 meses, materna e natimortos

LIST subnational projection

Before you begin

Before you begin	Gathering information for your LIST subnational projection																																				
Projection manager	<p>This wizard will guide you through the process of creating a subnational projection. You will be asked for key subnational baseline estimates as you progress. In cases where you do not have the estimates readily available, the wizard will use LIST to project them based on the difference between national and subnational coverage of interventions. In the next screen you will be prompted to enter basic projection information in the Projection manager.</p> <p>Listed below are the estimates used to create your subnational projection. You can check off the ones you have now or you can do it later as you work through the wizard.</p>																																				
DemProj																																					
AIM	<p>Select the estimates you have for your subnational projection</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DemProj estimates</th> <th>AIM estimates</th> <th>FamPlan estimates</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> First year population</td> <td><input type="checkbox"/> HIV incidence</td> <td><input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR)</td> <td><input type="checkbox"/> PMTCT</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Cotrimoxazole</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Adult ART</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">LIST estimates</td> </tr> <tr> <td>Child health status</td> <td>Nutrition status distributions</td> <td>Child mortality</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient</td> <td><input type="checkbox"/> Stunting distributions</td> <td><input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Percent zinc deficient</td> <td><input type="checkbox"/> Wasting distributions</td> <td><input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death</td> </tr> <tr> <td>Stillbirth</td> <td>Maternal mortality</td> <td>Coverage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stillbirth rate</td> <td><input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio</td> <td><input type="checkbox"/> Intervention coverage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Stillbirth causes</td> <td><input type="checkbox"/> Maternal causes of death</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DemProj estimates	AIM estimates	FamPlan estimates	<input type="checkbox"/> First year population	<input type="checkbox"/> HIV incidence	<input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate	<input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR)	<input type="checkbox"/> PMTCT			<input type="checkbox"/> Cotrimoxazole			<input type="checkbox"/> Adult ART		LIST estimates			Child health status	Nutrition status distributions	Child mortality	<input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient	<input type="checkbox"/> Stunting distributions	<input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate	<input type="checkbox"/> Percent zinc deficient	<input type="checkbox"/> Wasting distributions	<input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death	Stillbirth	Maternal mortality	Coverage	<input type="checkbox"/> Stillbirth rate	<input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio	<input type="checkbox"/> Intervention coverage	<input type="checkbox"/> Stillbirth causes	<input type="checkbox"/> Maternal causes of death	
DemProj estimates		AIM estimates	FamPlan estimates																																		
<input type="checkbox"/> First year population	<input type="checkbox"/> HIV incidence	<input type="checkbox"/> Contraceptive prevalence rate																																			
<input type="checkbox"/> Total fertility rate (TFR)	<input type="checkbox"/> PMTCT																																				
	<input type="checkbox"/> Cotrimoxazole																																				
	<input type="checkbox"/> Adult ART																																				
LIST estimates																																					
Child health status	Nutrition status distributions	Child mortality																																			
<input type="checkbox"/> Percent vitamin A deficient	<input type="checkbox"/> Stunting distributions	<input type="checkbox"/> Neonatal, infant and under 5 mortality rate																																			
<input type="checkbox"/> Percent zinc deficient	<input type="checkbox"/> Wasting distributions	<input type="checkbox"/> Neonatal and post neonatal causes of death																																			
Stillbirth	Maternal mortality	Coverage																																			
<input type="checkbox"/> Stillbirth rate	<input type="checkbox"/> Maternal mortality ratio	<input type="checkbox"/> Intervention coverage																																			
<input type="checkbox"/> Stillbirth causes	<input type="checkbox"/> Maternal causes of death																																				
LIST																																					
FamPlan																																					
Finish																																					

Cancel Help Move to Projection manager

Abordagem manual (apenas usuários avançados):

Você precisará criar 3 projeções no total

- Projeção nacional
- Projeção "nacional para subnacional"
 - O propósito desta projeção intermediária é usar a alteração na cobertura da nacional para a subnacional para prever estimativas subnacionais que não são tipicamente encontradas em pesquisas, por exemplo, causa de morte subnacional.
- Projeção subnacional

1. Coletar dados sobre:

- População da região subnacional e população da nação no mesmo ano.
- TFT da região subnacional e TFT da nação no mesmo ano
- TPC da região subnacional e TPC da nação no mesmo ano (opcional: só é necessário se você estiver usando o módulo FamPlan)
- Dados de prevalência do HIV e tratamento de HIV na região subnacional e dados de prevalência do HIV e tratamento de HIV na nação no mesmo ano (opcional: só é

necessário se você estiver usando o módulo AIM **ou** se houver uma epidemia significativa de HIV)

- Cobertura de intervenção da região subnacional, taxas de mortalidade, taxas de desnutrição crônica e aguda etc. Colete todas as informações subnacionais possíveis para popular o módulo LiST
- Partos, informações da população e dados de censo (opcional: para serem usados como controle de qualidade)

2. Criar projeção nacional

- Vá à guia Início do menu do Spectrum, cliquem em "Nova"
- Siga as instruções na tela para definir o nome da projeção e os anos de limite, ative módulos, selecione o país e, em seguida, clique em "OK"
- Salve a projeção
- Agora você tem uma projeção com as estimativas nacionais mais recentes em pesquisas publicadas. Você pode inserir pesquisas mais recentes se as tiver.

3. Crie a projeção "nacional para subnacional"

- Abra a projeção nacional que você acabou de criar e use-a como base para criar sua segunda projeção.
- Acesse o menu "Arquivo" e clique em "Salvar projeção como" e renomeie a projeção de modo que você saiba que é a projeção "nacional para subnacional". Clique em "Salvar" após renomear.
- Abra a projeção "nacional para subnacional". Acesse o módulo LiST e clique na guia "Cobertura" . Você já deve ter suas estimativas nacionais em todos os anos exibidas. No segundo ano de intervenção (para verificar qual é o primeiro ano de intervenção, acesse a guia "Configuração"), insira as estimativas de cobertura subnacional e duplique as estimativas até o ano final.
- Salve a projeção
- Vá para o módulo LiST e clique na guia "Resultados" para obter estimativas subnacionais, e.g. para obter causa de morte, acesse "Resultados" – "Infantil" – "Mortes de causa específica em crianças com menos de cinco anos." Para permitir que se obtenha todo o benefício de algumas intervenções (e.g. vacinas), veja os resultados com 5 anos do segundo ano de intervenção onde você inseriu as estimativas subnacionais

4. Criar projeção subnacional e editar dados do DemProj na projeção subnacional

- Abra a projeção "nacional para subnacional" que você acabou de criar e use-a como base para criar sua terceira projeção
- Acesse o menu "Arquivo" e clique em "Salvar projeção como" e renomeie a projeção de modo que você saiba que é a projeção subnacional. Clique em "Salvar" após renomear.
- Acesse a guia "Módulos" do menu do Spectrum e selecione o módulo DemProj. Acesse a guia "Dados Demográficos" e então acesse "População do primeiro ano". Multiplique a "População do primeiro ano" pela razão da região subnacional para a população nacional (o valor da razão deve ser entre 0 e 1).
- Acesse "Migração internacional". Multiplique o total líquido de migrantes masculinos e femininos por ano com a mesma razão que usou para reduzir a população do primeiro ano.

NOTA: Se o módulo FamPlan estiver ativo, você deve acessar o Gerenciador de Projeções e desativar o FamPlan (desmarque a caixa), pois você não poderá alterar a TFT. Você também pode escolher ajustar a TPC no FamPlan, que por sua vez irá impactar a TFT.

- Copie a tendência da "TFT" para o Excel e multiplique pela razão da TFT subnacional para a TFT nacional (valor provável 0,6 a 1,4). Substitua os valores de TFT antigos com estes novos.

5. Inserir dados do AIM na projeção subnacional

- Acesse a guia "Módulos" do menu do Spectrum e selecione o módulo AIM
 - Execute qualquer resultado no módulo AIM para garantir que esta é uma projeção ativa.
 - Para PTV, TARV adulto e Tratamento Infantil: Todos os números precisam ser convertidos em porcentagens para garantir que sejam aplicados à população ajustada. Clique na guia "estatísticas do programa" e depois olhe em "PTV". Primeiro, confirme que há um valor diferente de zero na linha "Mães calculadas que precisam de PTV". Se não houver, execute um "resultado" primeiro.
 - Na parte inferior direita da guia PTV, clique em "Converter valores". Repita em cada uma das guias "TARV adulto" e "Tratamento infantil".
 - Se você souber que a incidência de HIV em sua região subnacional é diferente da nacional, execute os passos a seguir:
 - Na guia de incidências, selecione "Entrada de incidência direta"
-

- Copie a tendência de "Incidência de HIV" no Excel. Multiplique pela razão da região subnacional para a nacional. Cole estes novos valores de volta na linha de incidência de HIV

NOTA: Se você tiver dados de tratamento subnacional em números, deve inserir os valores diretamente, mas faça isso APÓS fazer as alterações populacionais. Você deve usar uma projeção que começa antes da epidemia de HIV ou assumir que a incidência de HIV é 0.

6. Insira as estimativas restantes do LiST na guia "Estado de saúde..." e na guia "Cobertura"

- Vá para o módulo LiST e clique na guia "Estado de saúde, mortalidade e estado econômico". Popule a guia com todos os dados subnacionais que você tiver, incluindo as estimativas de causa de morte subnacionais que tiver gerado de sua projeção "nacional para subnacional"
- Vá para o módulo LiST e clique na guia "Cobertura". Você já deve ter suas estimativas nacionais no primeiro ano de intervenção e estimativas subnacionais no segundo ano de intervenção até o ano final exibidas. Copie e cole as estimativas subnacionais em todos os anos exibidos.

7. Editar dados do FamPlan na projeção subnacional (se necessário)

- Se a TPC na região subnacional for significativamente diferente da encontrada na área nacional, você deve também substituir a TPC com o valor subnacional. Se possível, colete dados de múltiplas pesquisas e calibre em múltiplos pontos. Assuma que o tempo em que se iniciou o uso de contraceptivo é o mesmo na região subnacional e na nação
- Acesse a guia "Módulos" do menu do Spectrum e selecione o módulo FamPlan
- Acesse a guia "Meta" e insira a TPC subnacional
- Vá para "Resultados", clique em "Fertilidade e uso de PF," depois clique em "Taxa de Fertilidade Total" para assegurar que a TFT não caia abaixo de 2,1 (taxa de reposição)

NOTA: Se tiver dados de censo ou outros dados que confirmem a população total ou o total de nascimentos, verifique isso agora. Se os valores estiverem diferentes, faça pequenos ajustes nos valores discutidos acima. Este é um processo de tentativa e erro. Além disso, lembre-se de

verificar o número de mortes por HIV e compare com quaisquer dados que você tiver disponíveis.

Index

- < -

<1 mês 64

- 1 -

1-59 meses 64

- A -

abordagem de coorte 64
aborto 18
aborto espontâneo 18
Aborto seguro 21
above service delivery costs 73
Ácido fólico 21
Água encanada 42
Água encanada em casa 42
AIM-LiST 76
Alimentação complementar 42
Alimentação terapêutica 54
Amamentação 37
Amamentação exclusiva 37
Amamentação parcial 37
Amamentação predominante 37
Análise AIM-LiST 76
Análise especialista LiST 5
Análise FamPlan-LiST 78
Análise LiST 5
antibióticos 54
Antibióticos injetáveis 54
Antibióticos orais 54
Antibióticos para pPRoM 30
Antimaláricos 54
AQP 30
Artemisinina 54
Atendimento qualificado durante o parto 30
Avaliação e estímulo imediatos 30
Avaliação imediata 30

- B -

BCG 48
BEmOC 30
benefits 68

- C -

Cálcio 23
capital 73
causa próxima 16, 17, 18
CEmOC 30
commodities 71
Contraceptivo 21
coorte 64
Corticosteroides pré-natal 30
crescimento intrauterino 10
Cuidados de apoio total 54
Cuidados essenciais 30
Cuidados pré-natais 23
Cuidados térmicos 42
Curativo 54

- D -

Deficiência em Vitamina A 10
Deficiência em zinco 10
delivery channels 73
Descarte higiênico 42
Descarte higiênico de fezes de crianças 42
Desnutrição aguda 10, 54
desnutrição aguda severa 54
Desnutrição crônica 10
Detecção de sífilis 23
Detecção e tratamento de sífilis 23
Diabetes 23
diarreia 10, 15, 54
disenteria 54
Distribuições de desnutrição aguda 14, 42, 61
Distribuições de desnutrição crônica 14, 42, 61
Distribuições do estado nutricional 14, 42, 61
Doenças hipertensivas 23
drugs 71
DTP 48

- E -

eclâmpsia 30
 Eficácia de intervenções 63, 64
 Eficácia de intervenções de nutrição 65
 Eficácia de intervenções sobre incidência 64
 Eficácia de vacinas 64
 Eficácia em rebanho de vacinas 65
 Energia balanceada 23
 Estado de saúde 10
 estado de saúde infantil 10
 Estado econômico 10, 19
 Estado nutricional 14, 42, 61

- F -

FamPlan-LiST 78
 Ferramenta de Equidade para LiST 82
 Ferramentas 80, 82, 83, 85
 Fonte de água melhorada 42

- G -

GATFP 30
 Gerador de cenário para LiST 80
 Gerenciar intervenção 7
 gestações com mais de 41 semanas 30
 Gestão Ativa da Terceira Fase do Parto 30
 Gestão de caso de diabetes 23
 Gestão de caso de doenças hipertensivas 23
 Gestão de caso de gravidez ectópica 21
 Gestão de caso de malária 23
 Gestão de caso de pós-aborto 21
 Gestão de caso de sepse materna 54
 gestão de eclâmpsia 30
 gestão de pré-eclâmpsia 23
 Gravidez 23
 Gravidez ectópica 21

- H -

HepB 48
 Hib 48
 human resources 68

- I -

Idade e ordem de partos 62
 Impacto da subnutrição sobre a mortalidade 66
 Incidência de aborto 18
 Incidência de diarreia 10
 indirect 73
 indirect costs 73
 Indução do trabalho de parto 30
 inpatient days 73
 Intervalos de partos 62
 intervenções de nutrição 65
 intervention cost 71
 IRS 42

- L -

labor 68
 Lancet 10
 Lavagem das mãos 42
 Lavagem das mãos com sabão 42
 levels 73
 LiST costing 67
 LiST e Ferramentas 80, 82, 83, 85

- M -

malária 23, 54
 materno 63
 Meningite 15
 Meningocócica A 48
 menos de um mês 64
 Método Mãe Canguru 54
 Metodologia 74
 Metodologia do LiST 74
 MgSO4 23, 30
 MMC 54
 mortalidade 10
 mortalidade de bebês 16
 Mortalidade de crianças com menos de cinco anos 16
 mortalidade infantil 16
 Mortalidade infantil de base 16
 Mortalidade materna 17
 Mortalidade neonatal 16
 mortes de crianças 16

mortes maternas 17
MTI 42
MTI/IRS 42
mulheres grávidas 23
mulheres grávidas protegidas 23
Múltiplos micronutrientes 23

- N -

Natimorto 18
natimortos 63

- O -

O que é LiST? 5
Oportunidades Perdidas para LiST 83
other recurrent costs 73
outpatient visits 73

- P -

Parto 30
Parto em unidade de saúde 30
Parto limpo 30
parto prematuro 30
Partos assistidos 30
Partos assistidos em casa 30
Partos não assistidos 30
Patógenos 15
Pentavalente 48
Periconcepcional 21
personnel 68
Pneumocócica 48
pneumonia 54
Pneumonia aguda 15
pneumonia em crianças 54
pneumonia grave 54
Pobreza 19
Polio 48
Pós-aborto 21
pPRoM 30
Práticas de parto limpo 30
Práticas de pós-natal limpo 42
pré-eclâmpsia 23
prevalência da amamentação 37
Preventivo 42
program costs 73

Projeção subnacional 85
Promoção da amamentação 37

- Q -

Qualquer amamentação 37

- R -

RCF 23
RCIU 10
Reanimação neonatal 30
Rebanho 65
restrição do crescimento fetal 23
Riscos de fertilidade 62
Rotavirus 48

- S -

salaries 68
saneamento 42
Saneamento melhorado 42
Sarampo 48
saúde infantil 10
segurança alimentar 19
Sepse materna 54
Serviços de aborto seguro 21
Sífilis 23
SRO 54
staff 68
subnutrição 66
Suplementação de ácido fólico 21
Suplementação de cálcio 23
Suplementação de energia balanceada 23
Suplementação de múltiplos micronutrientes 23
Suplementação de vitamina A 42
Suplementação de zinco 42
supplies 71

- T -

Taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos 16
Taxa de mortalidade infantil 16
Taxa de mortalidade materna 17
Taxa de mortalidade neonatal 16
Terceira Fase do Parto 30

TPIg 10, 23
Trabalho de parto 30
tratamento para disenteria 54
treatment inputs 71
TT 23

- U -

um a cinquenta e nove meses 64
unit cost 71
Uso de anticoncepcional 21

- V -

Vacina contra Diarreia Patógeno B 48
Vacina contra Diarreia Patógeno C 48
Vacina contra Malária 48
Vacina D 48
vacinação antitetânica 23
Vacinas 48
Vacinas (cobertura de coorte anual) 48
Vitamina A 42, 54

- Z -

Zinco 42, 54

