

## Parte I - Experiências de Implantação e Avaliação

### 1. Panorama Atual e Perspectivas da AIDPI na Região das Américas

Yehuda Benguigui  
Antonio José Ledo Alves da Cunha  
Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BENGUIGUI, Y., CUNHA, A.J.L.A., and SILVA, M.A.S.F. Panorama Atual e Perspectivas da AIDPI na Região das Américas. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 26-54. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0002](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0002). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

PARTE I

---

EXPERIÊNCIAS DE  
IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO

# PANORAMA ATUAL E PERSPECTIVAS DA AIDPI NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

1

---

*Yehuda Benguigui*

*Antonio José Ledo Alves da Cunha*

*Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva*

## INTRODUÇÃO

Desde seu lançamento, em 1996, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi considerada uma estratégia de eleição objetivando a redução da mortalidade infantil entre os menores de cinco anos, concentrando-se especialmente na redução do peso ainda relevante de doenças infecciosas como a diarreia, as infecções respiratórias e a desnutrição no total de registros da mortalidade infantil. Com base nisso, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) orientou seus esforços no sentido de apoiar a adaptação e a implantação da estratégia AIDPI nos países com taxas de mortalidade infantil mais elevadas, onde tais doenças ainda causavam 35% ou mais das mortes entre os menores de cinco anos (Opas, 1999).

Progressivamente, porém, as atividades foram-se expandindo para outros países, com base no reconhecimento de três fatos:

- a existência de áreas, regiões ou mesmo grupos de população entre os quais persistiam altas taxas de mortalidade infantil, inclusive em países com cifras de mortalidade infantil muito abaixo de 20 por mil nascidos vivos;
- o potencial oferecido pela estratégia AIDPI para adaptação do seu conteúdo segundo a realidade epidemiológica e operacional, abrindo a possibilidade

de incorporar ações de prevenção, tratamento e promoção da saúde adequadas aos perfis epidemiológicos de baixa mortalidade infantil;

- a contribuição que a aplicação da AIDPI poderia dar para garantir a todos os menores de cinco anos o acesso a um padrão de qualidade apropriado, que incluiria não somente o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo das doenças, como também a prevenção e a promoção da saúde.

Em consequência dessa ampliação, a estratégia da AIDPI estava sendo aplicada até o ano 2001 em 17 países das Américas, cobrindo uma variação da mortalidade infantil que ia de 14,1 por mil (Uruguai, 2000) a 80,3 por mil (Haiti, 2000).

Neste quadro de contínua expansão da estratégia, a Opas lançou a iniciativa 'Crianças Saudáveis: A meta de 2002', visando evitar cem mil óbitos de menores de cinco anos no período 1999-2002 e enfocando os esforços na redução da mortalidade pelas doenças abrangidas pela estratégia AIDPI (Opas, 2001).

O seguimento da iniciativa permitiu observar uma redução da mortalidade no primeiro ano, aliás, maior do que a esperada, de acordo com as estimativas, tendo permitido também constatar que a maior contribuição para aquela redução fora dada pela redução da mortalidade por doenças abrangidas pela estratégia (Opas, 2001, 2002).

A aplicação da estratégia AIDPI também foi avaliada em termos de sua contribuição para melhorar aspectos da qualidade da atenção, tais como o melhor uso de antibióticos e outros medicamentos e o maior conhecimento dos pais no tocante ao cuidado apropriado de seus filhos no lar, incluído um reconhecimento melhor dos sinais de agravamento das doenças.

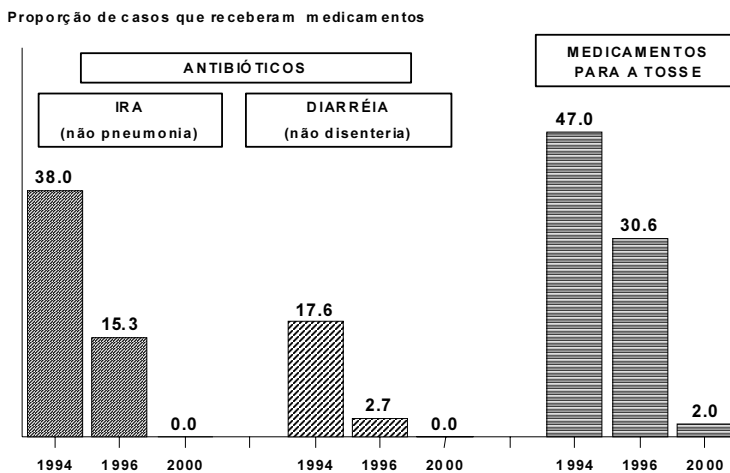
Os estudos comparativos sobre o uso inadequado ou desnecessário de antibióticos para o tratamento de casos de infecções respiratórias ou diarreia mostraram uma redução de 50% ou mais na prescrição daqueles pelo pessoal médico a partir da aplicação da AIDPI (Narváez, Cuevas & Ganchazo, 2000; Gavilanes et al., 2002). Medicamentos impróprios para o tratamento das duas afecções, tais como os antitussígenos e os antidiarréicos, respectivamente, deixaram também de ser utilizados ou

tiveram seu uso significativamente reduzido a partir da aplicação da estratégia (Gavilanes et al., 2002; Flores et al., no prelo).

A aplicação da estratégia mostrou também uma melhoria significativa na captação de esquemas incompletos de vacinação e permitiu assim aproveitar as oportunidades de consulta para melhorar a cobertura de medidas preventivas essenciais para evitar doenças e mortes (Harrison et al., 1993).

A AIDPI contribuiu também para melhorar o conhecimento dos pais sobre o cuidado e a atenção de seus filhos no lar (Figura 1), tendo eles adquirido maior conhecimento dos sinais de perigo cuja manifestação alertaria para a necessidade de se buscar ajuda em um serviço de saúde, bem como sobre as recomendações mais apropriadas para lhes prestar cuidados e atenção complementares, inclusive a alimentação e a administração de líquidos (Peru/MS, 2000a).

Figura 1 - Mudanças na prescrição de medicamentos para o tratamento de menores de cinco anos como resultado da aplicação da estratégia AIDPI. Centro de Saúde 'La Vicentina', Quito, Equador, 1994 - 2000



Fonte: Gavilanes et al. 'La Vicentina', Quito, Equador, 2001.

## SITUAÇÃO DE SAÚDE INFANTIL NO INÍCIO DO SÉCULO XXI

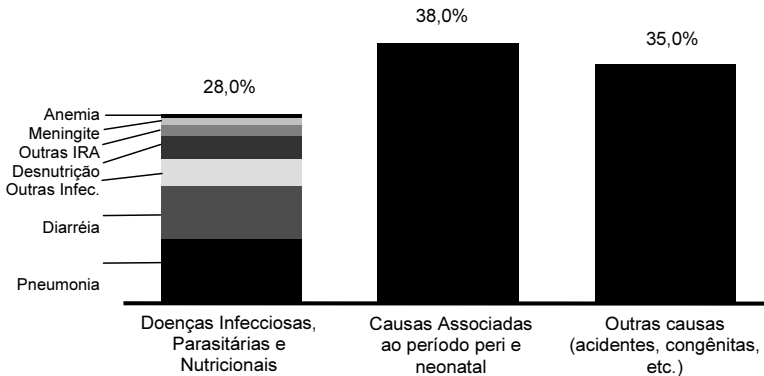
As estimativas epidemiológicas disponíveis indicam que, no continente americano, cerca de meio milhão de crianças morrem antes de alcançar os cinco anos de idade. Muitas dessas mortes são devidas a doenças que podem ser evitadas com a implantação de intervenções de prevenção simples e de baixo custo, incluindo a aplicação de vacinas, amamentação materna e medidas básicas de higiene e saneamento ambiental. Outras doenças, mesmo que não possam ser evitadas, podem ser tratadas efetivamente, se detectadas a tempo, com o uso de medicamentos a um custo bem baixo ou com a adoção de tecnologias básicas em hospitais gerais, evitando desse modo o agravamento da doença e prevenindo um possível desenlace fatal.

Estima-se que atualmente cerca de 28% da mortalidade de crianças menores de cinco anos na Região das Américas se devem a um conjunto de doenças infecciosas, doenças respiratórias e transtornos nutricionais que afetam a saúde das crianças nos seus primeiros anos de vida (Figura 2). Entre essas doenças, a diarreia e a pneumonia representam maior peso e continuam sendo a causa de aproximadamente duas em cada dez mortes de crianças menores de cinco anos no continente americano (Peru/MS, 2002b).

A desnutrição continua sendo a causa registrada de um número variável de mortes em crianças menores de cinco anos, mas estima-se que esteja associada a um número muito maior de mortes atribuído principalmente a doenças infecciosas e respiratórias. Entre essas mortes, a desnutrição constitui um fator de risco crítico determinante do agravamento do quadro clínico e predispõe as crianças a uma maior mortalidade. Outras doenças como a meningite, a anemia e doenças respiratórias como a bronquiolite também continuam sendo causa de morte em crianças menores de cinco anos na Região das Américas, embora a maioria dessas mortes possa ser evitada quando os casos são detectados a tempo e tratados adequadamente.

Mas, além desse conjunto de doenças, em 2000, as afecções originadas no período perinatal e neonatal foram responsáveis por uma maior mortalidade, o que constitui uma mudança no perfil epidemiológico da mortalidade na Região das Américas. No conjunto de mortes em crianças menores de um ano, tais causas representam atualmente cerca de 60% do total e, no conjunto de mortes de crianças menores de cinco, são responsáveis por cerca de 40% (Opas, 2002).

Figura 2 – Causas de mais de meio milhão de mortes anuais em crianças menores de cinco anos na Região das Américas. Estimativas 2000-2005



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

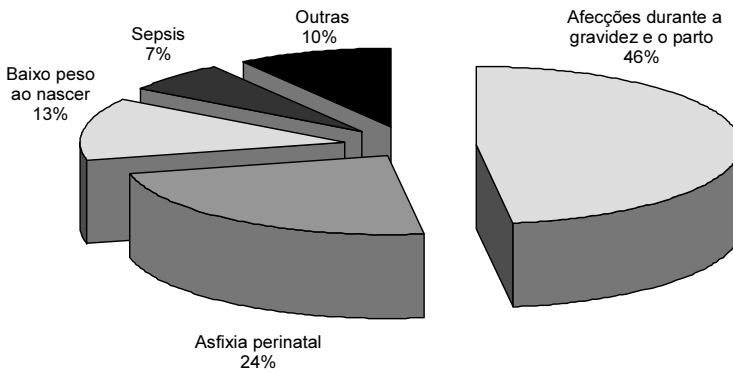
Por fim, outras causas, como as malformações congênitas, os acidentes e as doenças cardíacas, representam aproximadamente uma em cada três mortes em crianças menores de cinco anos. Embora algumas dessas doenças dificilmente sejam evitáveis, outras, como os acidentes e algumas malformações congênitas, podem ser prevenidas com a melhoria do ambiente em que a criança vive ou com a aplicação de tratamentos específicos (Opas, 1994; Opas, 1998).

Entre as causas associadas ao período perinatal, o maior número de mortes se associa a complicações e problemas relacionados à gestação e ao trabalho de parto, que constituem cerca de 46% da mortalidade perinatal (Figura 3). Muitas dessas mortes se associam à condição de saúde da mulher

antes da gravidez, influenciando particularmente sua condição nutricional, que pode afetar o crescimento fetal, ou a presença de afecções tais como anemia, doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças que se podem ser transmitidas ao feto pela via transplacentária. Em conjunto, essas doenças e problemas que determinam a morte nos primeiros dias ou nas primeiras semanas de vida representam atualmente um número semelhante aos das doenças diarréicas e pneumonia somadas (Inec, 1999a).

Além da mortalidade perinatal associada a problemas durante a gestação e o nascimento, outras causas, como os problemas respiratórios do recém-nascido (particularmente a asfixia ao nascimento), o baixo peso ou a prematuridade e a septicemia, são responsáveis por 44% das mortes associadas ao período peri e neonatal; ou seja, em conjunto, resultam em um número de mortes semelhante ao que a diarreia e a pneumonia causam anualmente em crianças menores de cinco anos, na Região das Américas (Inec, 1999b).

Figura 3 – Distribuição da mortalidade neonatal para 2000-2005. Estimativas com base em dados de 16 países selecionados



\* Transtornos hemorrágicos, metabólicos, endócrinos, do sistema digestivo etc.

Essa descrição da mortalidade em crianças menores de cinco anos varia quando se analisa a questão em cada um dos países que compõem o continente americano, revelando as disparidades existentes na situação de saúde infantil (Figura 4).



O índice de mortalidade em crianças menores de cinco anos varia entre um valor cinco vezes menor que a média regional no Canadá até um valor três vezes maior no Haiti, refletindo que os nascidos vivos neste país têm um risco relativo de mortalidade nos primeiros cinco anos de vida de 16,4 em comparação ao risco dos nascidos vivos no Canadá (Opas, 2003).

Diferenças no risco relativo da mortalidade são observadas também entre os países em desenvolvimento. Por exemplo, ao se comparar a situação do Haiti ou da Bolívia com a da Costa Rica ou de Cuba observa-se que o risco relativo de mortalidade nos primeiros cinco anos dos nascidos vivos nesses dois países oscila entre 5,9 e 11,0 com relação aos nascidos vivos na Costa Rica ou em Cuba.

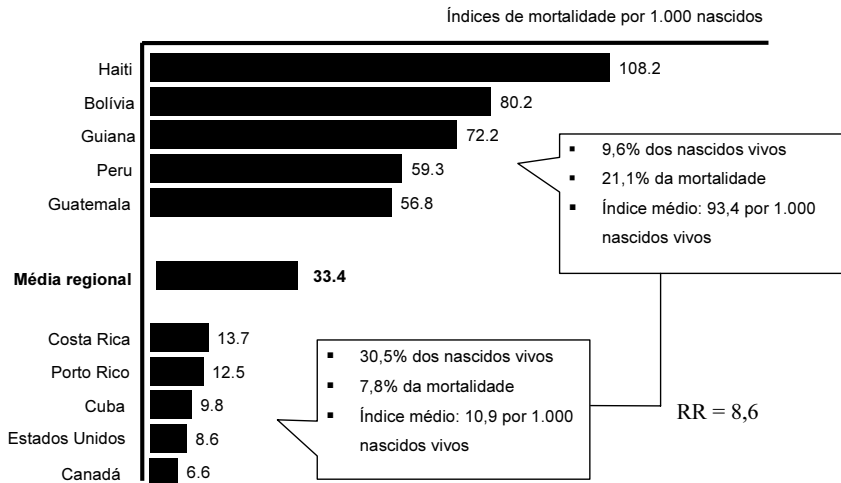
Tomando-se em conjunto os cinco países do continente com índices superiores a 55 por mil nascidos vivos, nota-se que estes contribuem proporcionalmente com mais mortes que nascimentos à região (enquanto registram 10% dos nascidos vivos do continente, registram uma proporção duas vezes maior de mortes). No outro extremo da distribuição, os cinco países com índices abaixo de 15 por mil nascidos vivos registram quase um terço dos nascimentos do continente, mas contribuem apenas com cerca de 8% da mortalidade em crianças menores de cinco anos.

Vistas em conjunto, crianças menores de cinco anos dos cinco países com índices superiores a 50 por mil têm um risco relativo de 8,6 de morrer nos primeiros cinco anos em relação aos nascidos vivos nos cinco países da Região com menor mortalidade infantil.

Além do seu peso na mortalidade, que varia entre os países e internamente, as doenças associadas a esses óbitos constituem uma causa importante de morbidade, afetando o crescimento e o desenvolvimento de milhares de crianças, todos os anos (Black, Morris & Bryce, 2003).

Os estudos realizados tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento mostram que as doenças respiratórias afetam a saúde das crianças com muita frequência nos seus primeiros cinco anos de vida. Um contraste maior verifica-se entre os países quanto à incidência de diarreia, dada a forte associação existente entre a frequência e a gravidade dos episódios e as condições de saneamento básico de cada lugar.

Figura 4 – Disparidades na mortalidade de crianças de cinco anos na Região das Américas. Estimativas 2000–2005



Mas essa incidência praticamente semelhante de episódios de algumas doenças infantis ocorre em condições básicas distintas das crianças menores de cinco anos de acordo com o país e a área em que vivem. A falta de saneamento, a aglomeração, a higiene inadequada e a má alimentação e mau estado nutricional são fatores que predispõem a uma maior gravidade dos episódios freqüentes de doenças e, conseqüentemente, a um maior risco de complicações, inclusive fatais (Cesdem, 1997).

Além disso, nem todas as crianças menores de cinco anos têm as mesmas possibilidades de acesso à atenção de saúde e, desse modo, muitas famílias não podem buscar ajuda do pessoal ou serviço de saúde com a mesma freqüência que outras (Gove et al., 1999; Shah & Sachdev, 1999).

Na Região das Américas, um número elevado de crianças menores de cinco anos não tem acesso a serviços e a profissionais de saúde quer seja por razões geográficas, econômicas ou culturais. Nessas esferas, a maioria dos episódios de doença na infância é tratada em casa e, a menos que as famílias detectem sinais de piora evidente na condição de saúde da criança, demoram a buscar atenção fora de casa por ser tão difícil o acesso aos serviços de saúde (Benguigui, 2001).

Em certos casos, embora as famílias possam ter acesso a um serviço de saúde, este não dispõe dos insumos básicos essenciais para oferecer tratamento apropriado para algumas doenças, tais como antibióticos de primeira linha ou terapia de reidratação intravenosa. Nessas circunstâncias, e visto a rapidez na evolução das doenças em crianças pequenas (ainda mais em condições de desnutrição), a ausência de insumos críticos como antibióticos e produtos injetáveis pode-se associar à piora do quadro e à morte.

Por fim, é comum que os serviços de saúde mais distantes dos centros urbanos, ou aqueles localizados na periferia das grandes cidades, tenham em seus quadros profissionais de saúde com desempenho pouco satisfatório como resultado da falta de planos de capacitação contínua e supervisão periódica e pela inexistência de mecanismos de certificação e revalidação da certificação. Assim, muitas vezes são perdidas oportunidades de se detectar precocemente sinais de doença e de se administrar o tratamento mais apropriado, bem como de se aplicar medidas de prevenção e se informar e educar os pais e a família sobre os sinais de alerta e sobre os cuidados e tratamento em casa (Benguigui, 2003).

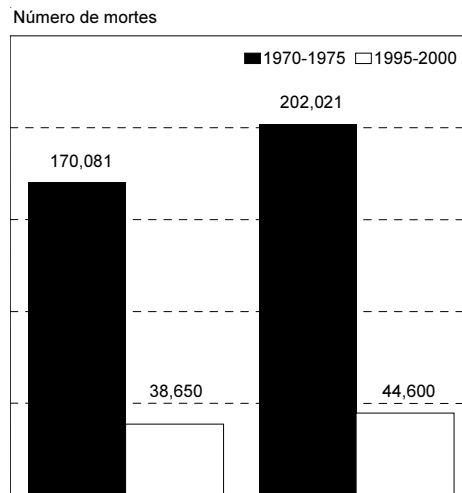
## AVANÇOS E PERSPECTIVAS PARA O CUMPRIMENTO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO PARA O MILÊNIO

Apesar da persistência de um elevado número de mortes em crianças menores de cinco anos e do peso proporcional que diarreia, pneumonia, outras doenças respiratórias e desnutrição têm como causa de mortalidade, a Região das Américas tem registrado um importante avanço em termos da redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos.

Durante a década de 90, a mortalidade nesse grupo caiu aproximadamente 20% e a maior parte desta redução se deveu à redução na mortalidade por doenças diarreicas e por infecções respiratórias agudas. A mortalidade por essas duas últimas causas registrou uma importante redução nas últimas décadas do século XX e, em média, a mortalidade por ambas as causas diminuíram aproximadamente 80% entre 1970 e 2000 (Figura 5).

Como resultado, a redução na mortalidade por diarreia e por infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos fez a maior contribuição ao aumento da expectativa de vida média da população do continente (Peru/MS, 2000).

Figura 5 – Evolução da mortalidade por diarreia e por infecções respiratórias agudas na Região das Américas entre 1970 e 2000



A redução na mortalidade por diarreia foi simultânea à implantação de estratégias específicas como a terapia de reidratação oral (TRO) e os sais de reidratação oral (SRO), os quais começaram a ser usados na década de 70 para a prevenção de mortes por desidratação. De forma análoga, a redução da mortalidade por infecções respiratórias agudas (IRA), e particularmente por pneumonia, coincidiu com a implantação da estratégia de Manejo Padronizado de Casos de IRA (MPC/IRA), incorporada pelos países em meados da década de 80.

A contribuição que ambas as estratégias fizeram à redução da mortalidade por diarreia e pneumonia foi importante e foi documentada em relatórios de avaliação realizados por diversos países do mundo e da Região das Américas. Além disso, estudos operacionais realizados em serviços de saúde também mostraram os benefícios dessas estratégias para diminuir a

gravidade dos episódios e a prevalência de complicações, muitas das quais se associavam a uma maior mortalidade ou a um maior risco de seqüelas.

Ambas as estratégias também tiveram um impacto importante na melhoria da qualidade de atenção dos casos, tanto por um melhor desempenho dos profissionais da saúde como por um maior conhecimento dos pais a respeito dos sinais de alerta para a consulta precoce e pelo tratamento apropriado dos episódios em casa. Dessa maneira, as estratégias implementadas reforçaram a importância de se trabalhar não apenas para a sobrevivência infantil, como também para se melhorar a condição de saúde das crianças que sobrevivem, fortalecendo a capacidade da família para permitir-lhes um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

O emprego de estratégias específicas de controle da diarreia e das IRA foi posteriormente complementado em virtude da sobreposição de doenças que afetam de forma simultânea a saúde das crianças. Os enfoques orientados à atenção de doenças individuais faziam com que se perdesse a ocasião de detectar outros problemas, não apenas doenças, mas também carências nutricionais, esquemas de vacinação incompletos ou práticas gerais inapropriadas de cuidados e tratamento em casa.

A incorporação da estratégia AIDPI representou um avanço importante para enfatizar a necessidade de se focar a atenção na condição de saúde das crianças menores de cinco anos antes da avaliação, classificação e tratamento de uma doença específica que ocasionalmente possa afetá-la. Por meio de uma seqüência de passos que aplicada sistematicamente toda vez que se entra em contato com uma criança, a AIDPI permite não só se responder ao motivo principal da consulta, mas avaliar a presença de outros sinais de doença ou problemas de saúde que freqüentemente afetam a saúde infantil. Desse modo, a estratégia AIDPI contribui para evitar as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento de problemas, bem como para integrar na consulta as intervenções de prevenção e promoção da saúde que muitas vezes não fazem parte da atenção habitual (Gupta, Sachdev & Shah, 2000).

A incorporação da estratégia AIDPI em meados da década de 90 serviu para fortalecer a implementação das intervenções específicas para o

controle da diarreia e IRA e, desse modo, veio se somar às ações que os países realizaram nas três últimas décadas do século XX e que permitiram uma importante redução da mortalidade por essas causas.

A redução alcançada na mortalidade de crianças menores de cinco anos, no entanto, situa a Região das Américas em um nível superior ao esperado quanto ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio (MDM). Desse modo, as estimativas preliminares realizadas indicam que será necessário aumentar o ritmo de queda anual observada na década de 90 até alcançar um ritmo duas vezes superior, em média, para o período 2000-2015, a fim de se chegar a um valor dois terços menor que o registrado em 1990 (Figura 6).

De acordo com a quarta meta das MDM, até 2015 os países deverão reduzir em dois terços a mortalidade em crianças menores de cinco anos com relação à mortalidade registrada em 1990. Na Região das Américas, o ritmo de queda anual da mortalidade nessa faixa etária na década de 90 foi em média de 2,4%, o qual representou um importante avanço, já que em 2000 houve uma queda ao redor de 150 mil mortes nesse grupo, em comparação a 1990 (Opas, 2001).

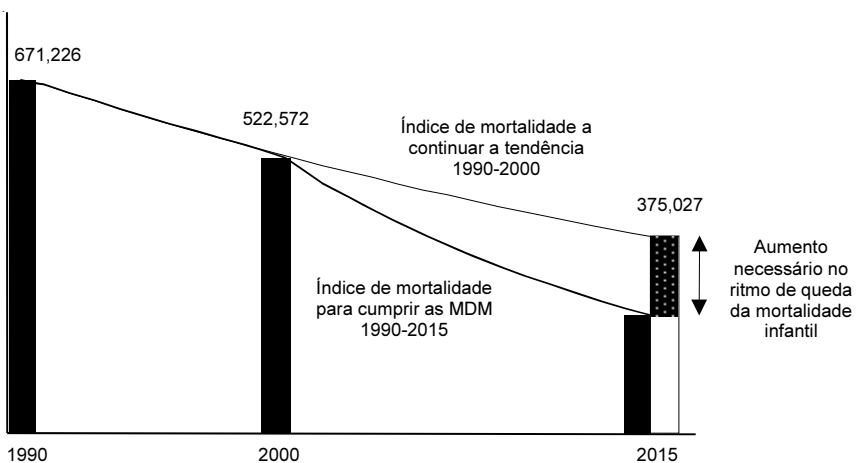
Essa importante aceleração no ritmo de queda da mortalidade em crianças menores de cinco anos só pode ser conseguida se forem enfocadas ações dirigidas às causas de mortalidade mais vulneráveis e nos locais em que ocorre o maior número de mortes, em que a magnitude de redução em termos do número absoluto de mortes evitadas pode ser maior.

As estimativas realizadas pela OMS na esfera global sobre a distribuição da mortalidade indicam que um conjunto de 42 países concentram 90% dos cerca de 11 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos que anualmente são registradas. No entanto, entre esses países não há alguns daqueles que registram elevados índices de mortalidade, nos quais o risco de morrer nos primeiros cinco anos de vida é muito maior.

Na Região das Américas, por exemplo, só o Brasil e o México concentram um elevado número de mortes de crianças menores de cinco anos e se encontram no grupo de 42 países que concentram 90% da mortalidade total de crianças menores de cinco anos. No entanto, nenhum

desses países se encontra entre os países com maior mortalidade do continente americano. Países como Haiti e Bolívia, que são os que registram o primeiro e segundo maiores índices de mortalidade do continente nessa faixa etária, por sua menor população, contribuem com um baixo número de mortes ao total mundial e inclusive regional.

Figura 6 – Tendência da mortalidade de crianças menores de cinco anos na Região das Américas, 1990-2000 e projeções até 2015. Índices (por 1.000 nascimentos) e número de mortes



Fonte: Estimativas preliminares, Unidade de Saúde da criança e do Adolescente (CA). Área de Saúde Familiar e Comunitária.

A Opas estimou que os sete países da Região das Américas com maiores índices de mortalidade em crianças menores de cinco anos (acima de 50 por mil nascidos vivos) contribuem com 10% da mortalidade anual registrada nessa faixa etária, enquanto o conjunto de sete países com índices de mortalidade intermediários (entre 30 e 40 por mil nascidos vivos) contribuem com 60% da mortalidade anual nesta faixa (Figura 7).

Desse modo, concentrar-se nas ações para a obtenção de uma redução na mortalidade em crianças menores de cinco anos, como proposta para 2015, nos países com maior risco de mortalidade infantil, deixaria de lado o conjunto de países que contribui com a maioria das mortes. Em contraste,

se só fossem enfocadas ações para os países que contribuem com o maior número de mortes, seria relegada a prioridade que representam os países em que as crianças estão expostas ao maior risco de mortalidade.

Apenas um enfoque combinado que fortaleça a implantação de ações tanto nos países com elevado risco de mortalidade infantil como naqueles com elevado número de mortes anuais de crianças menores de cinco anos permitirá o cumprimento regional da quarta meta das MDM. Assim, será possível contribuir simultaneamente para se reduzir a disparidade entre os países e, desse modo, se promover uma maior equidade no acesso das crianças do continente aos benefícios das intervenções disponíveis para a prevenção e o tratamento efetivo das doenças (Naciones Unidas, 1990; WHO, 2002).

Além disso, deve-se levar em consideração que, do mesmo modo que são verificadas diferenças entre os países, internamente, nestes mesmos países a mortalidade também se distribui de maneira desigual. A distribuição da mortalidade certamente permitirá identificar internamente nos próprios países os grupos populacionais e as áreas geográficas em que as crianças têm maior risco de mortalidade que o indicado pela média nacional, e também as áreas que contribuem com o maior número de mortes ao total de mortes para o grupo no país. Empregando-se também no plano nacional um enfoque que combine a prioridade para os locais com maior risco de mortalidade e para os locais em que ocorre o maior número de mortes, os países avançarão não apenas para o cumprimento da redução na mortalidade esperada como também para a redução das disparidades entre áreas e grupos populacionais.

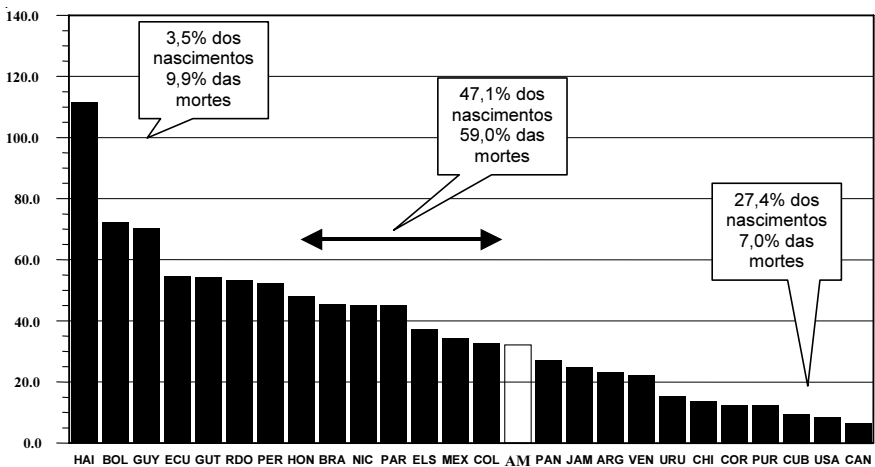
Além das considerações referentes à distribuição da mortalidade no continente, o perfil epidemiológico atual da mortalidade em crianças menores de cinco anos faz com que seja necessário focar ações simultaneamente para diferentes doenças.

Enquanto na década de 90 as ações puderam se concentrar na prevenção e no tratamento das doenças infecciosas e doenças respiratórias, em 2000, estas representavam em conjunto 27% da mortalidade da faixa etária, enquanto as causas peri e neonatais já eram responsáveis por 38%



da mortalidade. Dessa maneira, para conseguir que a mortalidade sofra uma redução de dois terços em 2015 com relação a 1990, será essencial se implantar ações para continuar reduzindo a mortalidade por diarreia e por doenças respiratórias, mas que também reduzam a mortalidade peri e neonatal, dado que esta contribui com a maior proporção de mortes infantis. Combinando-se intervenções e adequações ao perfil epidemiológico de cada país se poderá conseguir o maior impacto e, desse modo, aumentar o ritmo de queda anual da mortalidade nos países e, como conseqüência, em toda a Região.

Figura 7 – Mortalidade de crianças menores de cinco anos em países da Região das Américas com mais de 10 mil nascimentos anuais. Estimativas 2000-2005



Fonte: Unidade de Saúde da Criança e do Adolescente (FCH/CA), com base em dados da Área de Análise de Informação de Saúde (AIS). Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2004.

A AIDPI, como estratégia de integração das intervenções disponíveis para prevenir e tratar as principais causas de doenças infantis e para fortalecer a implantação de medidas de promoção da saúde, é vista como uma estratégia-chave para apoiar o cumprimento das MDM referente à mortalidade infantil. Por também incluir conteúdos de promoção da saúde,

é considerada uma estratégia fundamental para melhorar a qualidade da atenção à criança nos serviços de saúde e em nível domiciliar e, assim, contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças.

Esse último aspecto é considerado vital, dado que uma proporção considerável da população da Região não tem acesso ou tem acesso limitado a serviços e profissionais de saúde. Nesses grupos, geralmente localizados em áreas de elevada mortalidade infantil, o conhecimento e as práticas dos pais com relação à prevenção e promoção da saúde são muitas vezes deficientes (World Development Report, 1993).

## CONTRIBUIÇÃO DAS DISCIPLINAS DE PEDIATRIA AO CUMPRIMENTO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO PARA O MILÊNIO (MDM)

A sobrevivência infantil na Região das Américas continua ameaçada pelas doenças infecciosas, doenças respiratórias e desnutrição e estas, juntamente com as afecções originadas no período perinatal, compreendem dois terços da mortalidade antes dos cinco anos de idade. Nesse contexto epidemiológico, a redução da mortalidade nessa faixa etária, até 2015, para dois terços do valor de 1990, apenas poderá ser conseguida com a diminuição do peso que essas doenças têm atualmente como causa de mortalidade.

Entretanto, a sobrevivência infantil não pode ser um objetivo isolado no caminho para melhores condições de saúde infantil. Este deve ser complementado com ações destinadas a fazer com que os que sobrevivem tenham acesso a um crescimento e desenvolvimento saudáveis, que lhes permita expressar todo o seu potencial durante a infância, adolescência e idade adulta. Para isso faz-se necessário combinar intervenções custo-efetivas de prevenção da mortalidade e de promoção do crescimento e desenvolvimento e colocá-las ao alcance de todas as crianças e, particularmente, dos que nascem nas áreas de maior mortalidade. Dessa maneira, se estará contribuindo para reduzir a mortalidade e simultaneamente para promover a equidade, priorizando-se a implantação de ações nos locais em que o prejuízo é maior (Opas, 2001).

A Opas/OMS avaliaram as evidências científicas disponíveis sobre o impacto e os resultados que podem ser obtidos com a implantação das principais intervenções existentes de prevenção e tratamento das doenças responsáveis pela maior parte da mortalidade infantil. Também avaliaram em que medida esse conjunto de intervenções de impacto demonstrado está sendo empregado, na prática, nos países e grupos populacionais que registram a maior mortalidade.

Os resultados demonstraram que a cobertura de muitas intervenções preventivas e de tratamento recomendados nas últimas décadas ainda não é universal. Apesar dos importantes resultados obtidos no aumento da cobertura de vacinação nos países das Américas, que levaram à erradicação da circulação autóctone da poliomielite e a uma importante queda do número de casos de sarampo, intervenções tais como amamentação materna exclusiva continuam longe de alcançar uma cobertura universal.

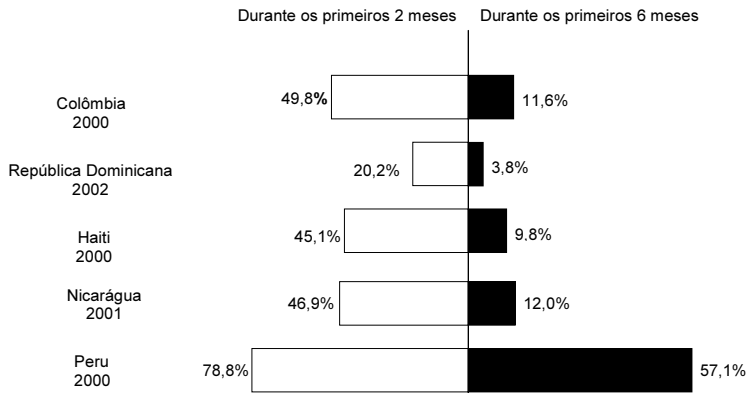
Pesquisas realizadas em populações por volta do ano 2000 revelaram que, em alguns países, apenas a metade das crianças recebia amamentação materna exclusiva até os dois meses de idade e que essa proporção caía consideravelmente a partir dessa idade (Figura 8). Dados os benefícios da amamentação materna exclusiva, não somente em termos do crescimento da criança, mas da proteção que esta proporciona contra as doenças mais comuns da infância, a baixa cobertura acarreta às crianças um maior risco de transtornos nutricionais, desnutrição, maior incidência ou gravidade de doenças e maior risco de morrer (Opas, 2002).

Embora a falta de emprego da amamentação materna exclusiva possa ser considerada resultante de um comportamento familiar, o apoio que a mãe e a família recebem por parte da comunidade e dos serviços de saúde é fundamental para o êxito dessa prática. Mas o papel que o pessoal e os serviços de saúde desempenham nesse sentido é desigual, em parte pela falta de uma abordagem integrada para a avaliação da condição de saúde das crianças para a classificação dos achados e recomendações de tratamento.

As avaliações realizadas em serviços de saúde mostram que, na maioria das vezes, a atenção continua concentrando-se no motivo para a

consulta (Figura 9), razão pela qual pouco são incorporados conteúdos informativos e educacionais como parte da consulta. A avaliação nutricional, incluindo a avaliação da alimentação da criança, é realizada em uma de cada três consultas, e inclusive o controle do esquema de vacinação não é uma prática realizada em todos os contatos que os profissionais de saúde têm com as crianças e suas famílias.

Figura 8 – Prevalência da amamentação materna exclusiva durante os primeiros dois meses e nos primeiros seis meses. Resultados de pesquisas em comunidades de países da América Latina. Cerca 2000



Fonte: Pesquisas DHS.

A necessidade de modificar esse enfoque, com base nas evidências existentes quanto à sobreposição de doenças na infância e à importância de determinantes-chave como o estado nutricional e a vacinação na duração, gravidade e prognóstico das doenças, é uma das principais razões pelas quais a estratégia AIDPI foi elaborada. Sua implantação se mostrou benéfica para melhorar o desempenho na atenção primária (Figura 11), aumentando a porcentagem das crianças atendidas em que foi realizada uma avaliação integrada e que incluía a avaliação nutricional e do esquema de vacinação como parte da consulta (Universidad Nacional de Rosario, 2002).

Em comparação ao desempenho do restante dos profissionais de saúde, os que receberam a capacitação na implantação tiveram um enfoque

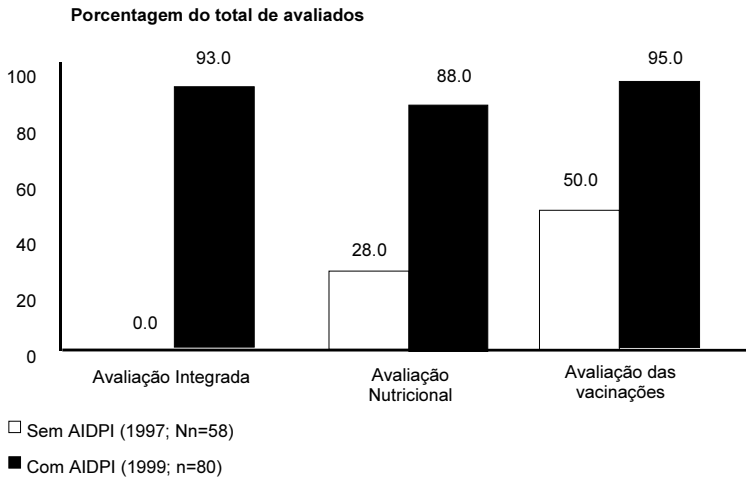
mais integrado para a atenção, não concentrando a estratégia no motivo para consulta e incorporando, como parte da avaliação e classificação, aspectos básicos fundamentais como a nutrição e a vacinação.

Com base nesses e em outros resultados do impacto da AIDPI na qualidade de atenção, sua implantação tem progredido nos países da América e está se expandindo por meio de atividades dirigidas aos serviços e aos profissionais de saúde e à família e à comunidade. Nesse processo, a capacitação dos profissionais de saúde tem se mostrado fundamental para a melhoria das práticas de atenção e no fazer com que esse pessoal se torne um veículo de informações e educação das famílias e da comunidade.

Para conseguir, porém, que os benefícios da AIDPI cheguem rapidamente a todas as crianças do continente, e particularmente às que vivem em condições de maior vulnerabilidade, é fundamental que todos os profissionais de saúde responsáveis pela atenção em serviços de atenção primária (incluindo ambulatórios de hospitais e serviços emergência) tenham os conhecimentos e as aptidões práticas requeridos para prestar uma atenção integrada (López-Alarcón, Villalpando & Fajardo, 1997; Benguigui, Bossio & Fernández, 2001).

O papel que as escolas de Medicina podem desempenhar nessa tarefa é considerado fundamental. Em primeiro lugar, porque todos os anos um número aproximado de 40 mil novos médicos se formam nas cerca de 360 Faculdades de Medicina existentes na América Latina. Em segundo lugar, devido ao fato de que milhares de crianças menores de cinco anos são atendidos anualmente em serviços de saúde universitários ou em serviços de saúde operados por estudantes do último ano do curso durante os estágios obrigatórios de cunho social ou na zona rural. Essas crianças podem se beneficiar da implantação da estratégia AIDPI se o pessoal desses serviços estiver adequadamente capacitado para isso. Por fim, as Faculdades de Medicina e também as Escolas de Enfermagem constituem uma referência fundamental para a população médica de todos os países e, junto às instituições científicas e acadêmicas, regem e orientam as práticas recomendadas, estabelecendo padrões e normas de aplicação geral (Puga & Benguigui, 2002).

Figura 9 – Melhoria na qualidade de atenção infantil posterior à implantação da AIDPI nos serviços de saúde. Bolívia, 1997 e 1999

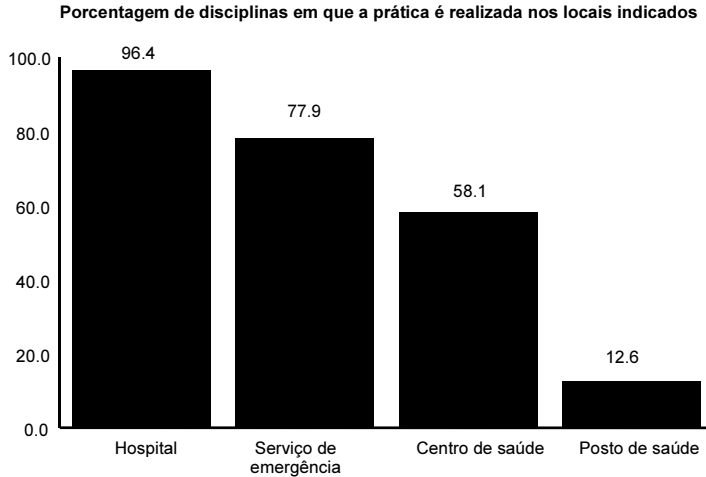


Fonte: Levantamentos em serviços de saúde realizados pelo Basics, em 1997, e pelo Ministério da Saúde da Bolívia, em 1999, em centros de saúde.

Entretanto, o ensino dado em muitas escolas de Medicina não está atualmente orientado a reforçar a formação do pessoal para atuar na atenção primária, visto que a maior parte das atividades práticas é realizada em hospitais especializados (Figura 10).

Embora a prática de atenção nos hospitais e serviços de emergência seja fundamental para proporcionar ao estudante e futuro profissional o conhecimento e as aptidões que lhe permitirão identificar e tratar adequadamente os casos mais graves – e, portanto, com maior risco de morte –, também é verdade que o pouco tempo destinado às atividades de atenção em centros de saúde e postos de saúde nem sempre proporciona aos futuros formados o conhecimento e as práticas para uma conduta eficiente nos casos com que se deparam. A falta de prática na atenção desses tipos de casos se associa a uma maior insegurança no diagnóstico e tratamento e induz muitas vezes ao pedido de exames diagnósticos confirmatórios que, embora estejam acessíveis nos hospitais, não estão disponíveis na atenção primária (Opas, 2001).

Figura 10 – Distribuição dos locais selecionados pelas disciplinas de pediatria para a prática de atenção de seus estudantes. Região das Américas, Circa 2000



Fonte: Opas (2001) (Puga & Benguigui, 2002).

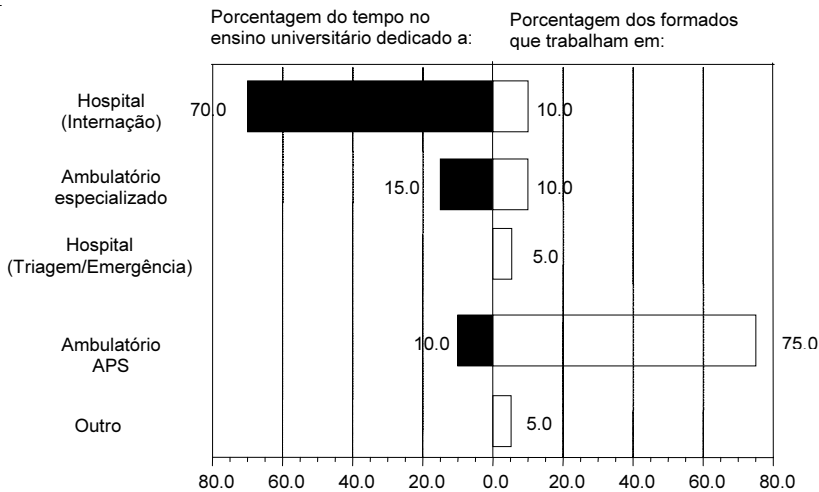
A falta de critérios padronizados para determinar quais crianças, entre as muitas atendidas nos serviços de atenção primária, precisam ser encaminhadas a um hospital para exames diagnósticos complementares ou para tratamento, eleva os custos operacionais e econômicos da atenção sem benefício para o paciente, proporcionando em resumo uma resposta ineficiente.

Além disso, os conteúdos preventivos e de promoção da saúde, que são de importância crítica durante a consulta na atenção primária, não são conduzidos adequadamente por muitos profissionais formados, em virtude da sua pouca prática de atenção nesse tipo de serviço. Desse modo, são perdidas oportunidades de se melhorar o conhecimento e as práticas dos pais e da família para o cuidado e tratamento da criança em casa, bem como de se aplicar medidas preventivas como a vacinação ou a administração de micronutrientes essenciais.

O pouco tempo destinado a práticas em serviços de atenção primária durante a formação universitária contrasta com o desempenho posterior

da maioria dos formados que, em geral, passam a trabalhar em serviços de atenção primária (Figura 11).

Figura 11 – Distribuição percentual do tempo destinado ao ensino e do desempenho dos formados nas escolas de Medicina da América Latina



Fonte: Opas (2001) (Puga & Benguigui, 2002).

A incorporação da estratégia AIDPI nos cursos de pediatria das escolas de Medicina da América Latina tem avançado nos últimos anos e em cerca de cem Faculdades foi incorporado o ensino da sua implantação. Isso promoveu a inclusão da estratégia em textos de pediatria de uso na Região das Américas e em textos específicos das Faculdades, o que contribuiu para proporcionar aos estudantes instrumentos de referência para conhecer os passos que a AIDPI considera para a avaliação, classificação e tratamento da criança menor de cinco anos, bem como as principais recomendações para melhorar seu crescimento e desenvolvimento.

Além disso, as disciplinas incluíram a execução de monografias e revisões bibliográficas sobre temas e conteúdos da estratégia AIDPI, promovendo dessa maneira a busca de um maior conhecimento dos fundamentos básicos de suas recomendações técnicas. A execução de



pesquisas locais de tipo operacional e epidemiológico também contribuiu para um maior conhecimento da frequência e das características das doenças e problemas de saúde que afetam as crianças menores de cinco anos no âmbito de ensino da pediatria. Isso estimulou a adaptação da estratégia para ajustá-la às necessidades da população quanto à atenção requerida para a saúde de suas crianças (Aranda Torrelío, 2003).

A utilização da estratégia no ensino demonstrou-se apropriada, como se constituísse um resumo dos conteúdos básicos da formação médica, visto que fortalece o uso e a implantação do exame clínico do médico, baseado na semiologia das diferentes doenças, e seleciona os principais sinais e sintomas com base na sua sensibilidade e especificidade para determinar a necessidade ou não de cada tratamento. Por essas características, o uso da AIDPI no ensino não apenas proporciona ao estudante uma ferramenta prática para um desempenho eficiente no cuidado infantil em serviços de atenção primária, mas reforça o vínculo entre o desempenho prático e os conteúdos teóricos básicos que constroem a ciência médica. Ademais, proporcionam uma visão de conjunto da saúde infantil que, sem descuidar da detecção precoce e do tratamento efetivo das doenças, reforça a importância da prevenção e promoção da saúde (Lambrechts, Bryce & Orinda, 1999; Heiby, 1998).

## CONCLUSÕES

A estratégia AIDPI foi considerada, em meados da década de 1990, como a intervenção com maior potencial para reduzir a carga de doenças na população, e isso se baseou no poder que ela tem de prevenir e tratar efetivamente doenças que, em todo o mundo, continuam causando milhões de casos e mortes entre os menores de cinco anos (Hill, Kirkwood & Edmond, 1995).

A aplicação da estratégia nas condições reais dos países não contribuiu somente para sustentar essa consideração (WHO, 1999). Permitiu também vislumbrar o poder da AIDPI para garantir que as crianças e suas famílias recebam uma atenção de qualidade e que esta se estenda pouco a pouco para além do âmbito dos serviços de saúde, atingindo a comunidade e a família (Opas, 2001; Arifeen et al., 2001).

Assim, colocar os benefícios da AIDPI ao alcance de toda a população deve ser uma prioridade, uma vez que isso não só permitirá evitar mortes e doenças, como contribuirá também para se assegurar uma infância mais saudável, bem como para se garantir que as crianças de hoje sejam os jovens e adultos saudáveis de amanhã (Gross & Howard, 2001; Tarkka, Paunonen & Laippala, 2000).

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANDA TORRELIO, E. (Ed.). *Texto de La Cátedra de Pediatría*. Universidad mayor de San Andrés: La Paz, 2003.
- ARIFEEN, S. et al. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4), 2001.
- BENIGUI, Y. The IMCI strategy in the region of the Americas: impact on infant mortality, quality of care and child development. In: INTERNATIONAL COLLOQUIUM. PROMOTING GROWTH AND DEVELOPMENT OF UNDER FIVE. Prince Leopold Institute of Tropical Medicine. Antwerp 28-30 Nov., 2001.
- BENIGUI, Y. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). Características de una estrategia para mejorar la calidad de atención de la salud de los niños menores de 5 años de edad. In: VOYER, L.; RUVINSKY, Y. R. & CAMBIANO, C. *Pediatría*. 2.ed. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2003.
- BENIGUI, Y.; BOSSIO, J. C. & FERNÁNDEZ, H. R. Investigaciones Operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. OMS/OAS, Washington, D.C., 2001. (Serie HCT/AIEPI-27.E).
- BLACK, R. E.; MORRIS, S. S. & BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? *The Lancet*, 361, 2003.
- CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS (CESDEM). *Encuesta Demográfica y de Salud 1996*. República Dominicana: Macro International Inc., USA, 1997. p.139-146.

- GAVILANES, E. G. et al. Impacto de la estrategia AIEPI sobre el uso de antibióticos para el tratamiento de las IRA y las EDA en el centro de salud "La Vicentina" de la ciudad de Quito. *Noticias sobre AIEPI – Boletín Internacional sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia*, 8: 11-14, 2002.
- GOVE, S. et al. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. *Archives of Diseases in Childhood*, 81(6): 473-477, 1999.
- GROSS, G. J. & HOWARD, M. Mothers' Decision-Making processes regarding health care for their children. *Public Health Nursing*, 18(3): 157-168, 2001.
- GUPTA, R.; SACHDEV, H. P. & SHAH, D. Evaluation of the WHO/Unicef algorithm for integrated management of childhood illness between the ages of one week to two months. *Indian Pediatrics*, 37(4): 383-390, 2000.
- HARRISON, D. et al. Far fewer missed opportunities for immunization in an integrated child health service. *South African Medical Journal*, 83(8): 575-576, 1993.
- HEIBY, J. R. Quality improvement and the integrated management of childhood illness: lessons from developed countries. *The Joint Commission Journal Quality Improvement*, 24(5): 264-279, 1998.
- HILL, Z.; KIRKWOOD, B. & EDMOND, K. *Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development. A Review of the Evidence*. Geneve: WHO, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 1998. Nicaragua. Macro International Inc. USA, Abril 1999a. p.146-153.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INEC). Guatemala, Encuesta de salud materno infantil 1998-1999. Guatemala. Macro International Inc. USA, Jul. 1999b. p.110-115.

- JONES, G. et al. Child survival study. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 362, 2003.
- LAMBRECHTS, T.; BRYCE, J. & ORINDA, V. Integrated management of childhood illness: a summary of first experiences. *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 582-594, 1999.
- LÓPEZ-ALARCÓN, M.; VILLALPANDO, S. & FAJARDO, A. Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *Journal of Nutrition*, 127(3): 436-443, 1997.
- NACIONES UNIDAS. Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990. Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Nueva York, 30 de septiembre de 1990.
- NARVÁEZ, T.; CUEVAS, K. & GANHAZO, J. P. Programa de atención primaria de salud. *Noticias sobre AIEPI*, 4: 7-9, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Las condiciones de salud en las Américas. Edición 1994. Volumen 1. Publicación Científica n.549. Washington, D.C.: Opas, 1994. p.73-80.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). La Salud en las Américas. Publicación Científica n.569. Washington, D.C.: Opas/OMS, 1998. p.71-76.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Information for Health. Annual Report of the Director 1998. Official Document n.293, Washington, D.C., Opas, 1999. p.66-67.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Niños sanos: la meta de 2002. Avances en el logro de la meta propuesta en el primer año 1999. Washington, D.C., 2001a. (OPS/HCP/HCT/AIEPI 01.20.E)
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Grupo asesor técnico AIEPI (Gata). Informe de la primera reunión. Washington, D.C., Opas/OMS, 2001b. (Serie HCT/AIEPI-66.E)

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Enfermedades prevalentes graves de la infancia. Guía básica para el nivel de referencia hospitalaria. OPS/OMS, Washington, D.C., 2001c. (Serie HCT/AIEPI 23.E)
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). AIEPI en las facultades de medicina de América Latina: un trabajo conjunto entre ALAPE y OPS/OMS. Noticias sobre AIEPI. Número 5, Abril 2001c. OPS/OMS. Washington, D.C., USA, 2001d.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Reunión de evaluación Intermedia de la iniciativa Niños Sanos: la meta de 2002. Washington, D.C., Opas, 2002a. (Serie HCT/AIEPI 53.E)
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). "La Salud en las Américas. Edición de 2002". Publicación Científica No. 587. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002b. p.275-78.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). 44°. Consejo Directivo. La contribución de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a la supervivencia infantil para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Opas/OMS, Washington, D.C., 2003.
- PAVÓN, C. et al. Impacto de la estrategia AIEPI sobre le uso de jarabes para la tos y otros medicamentos para el tratamiento sintomático de las IRA en el centro de salud "La Vicentina" de la ciudad de Quito. [No prelo].
- PERU, Ministério da Saúde. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Evaluación a servicios de salud. Segunda prueba mundial.* Peru, outubro de 1999. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2000a. p.36.
- PERU, Ministério da Saúde. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia. Evaluación a servicios de salud. Segunda prueba mundial.* Peru, outubro de 1999. Lima: Dirección General e Salud de las Personas, 2000b. p.41-43.

- PUGA, T. F. & BENGUIGUI, Y. Enseñanza de la pediatría en escuelas de medicina de América Latina. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., Opas, 2002. (Série HCT/AIEPI 58.E)
- SHAH, D. & SACHDEV, H. P. Evaluation of the WHO/Unicef algorithm for integrated management of childhood illness between the age of two months to five years. *Indian Pediatrics*, 36(8): 767-777, 1999.
- TARKKA, M. T.; PAUNONEN, M. & LAIPPALA, P. First-time mothers and child care when the child is 8 months old. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1): 20-26, 2000.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO. *El Niño Enfermo*. Tomo 1. Argentina: UNR Editora, 2002.
- WORLD DEVELOPMENT REPORT 1993. *Investing in Health*. Oxford University Press, 1993. p.108-133.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review. WHO, 1999. (WHO/CHS/CAH/99.3)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO's contribution to the achievement of the development of goals of the United Nations Millennium Declaration. Geneva: WHO, 2002.