

## Parte I - Experiências de Implantação e Avaliação

### 6. Avaliação da AIDPI no Ceará

João Joaquim Freitas do Amaral  
Verônica Said de Castro  
Benedita Rodrigues Soares  
Diva de Lourdes A. Fernandes  
Nilce de Matos Nunes  
Débora Gaya O. Amorim  
Jocileide Sales Campos  
Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva  
Antonio José Ledo Alves da Cunha

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

AMARAL, J.J.F., *et al.* Avaliação da AIDPI no Ceará. 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. 125-143. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0007](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0007). 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/).

# AIDPI NAS UNIDADES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO<sup>1</sup>

5

---

*Maria das Graças de Sá Magalhães  
Maria Madalena Monteiro Rosa de Oliveira  
Geyser Nery da Costa  
Maria Leopoldina Padilha Falcão  
Maria Anice Sabóia Fontenele e Silva  
Antonio José Ledo Alves da Cunha  
João Joaquim Freitas do Amaral*

## INTRODUÇÃO

Por conta da necessidade de se prover consultas de modo integrado à criança menor de cinco anos de idade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef) definiram a AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) como estratégia para sistematizar o atendimento a esse grupo etário, em se avaliando a criança integralmente e adotando medidas terapêuticas de baixo custo e alta 'resolutividade' aliadas ao enfoque das medidas preventivas e de atenção básica ao menor e sua família (WHO, 1996; Opas/OMS, 1999, 2000).

No Brasil, as principais causas de mortalidade infantil eram enfrentadas pelos programas de controle do Ministério da Saúde, por intermédio do Paisc (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança), e compreendiam ações relativas às áreas de Infecções Respiratórias Agudas, Diarréia, Crescimento e Desenvolvimento, Aleitamento Materno, Imunização entre outros. A AIDPI surgiu como forma de unificar o atendimento, melhorando sua qualidade, com impacto na aceitação dos profissionais de saúde, pelos pequenos pacientes e seus acompanhantes, uma vez que o componente 'humanização do atendimento' foi introduzido mediante

técnicas de comunicação. Essas tornaram-se vitais no todo do processo, pois permitiram uma melhor relação entre o profissional de saúde e os familiares da criança em domicílio tanto no esclarecimento da doença, do tratamento e dos cuidados, principalmente quanto a informação dos sinais de gravidade, resultando na redução da mortalidade infantil (WHO, 1997).

A estratégia AIDPI foi implantada no contexto do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários da Saúde (Pacs), os quais fazem parte das políticas oficiais do Ministério da Saúde com ênfase na atenção básica. As equipes são constituídas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares e quatro a seis agentes comunitários de saúde, os quais atendem famílias de baixa renda (Brasil/MS, 1999, 2000a, 2000b).

Devido à facilidade de adaptação às diversas características das diferentes regiões brasileiras, a estratégia AIDPI expandiu-se rapidamente. O objetivo inicial compreendia assistir municípios com taxa de Mortalidade Infantil (TMI) superior a 40 por mil nascidos vivos, embora alguns gestores tenham adotado a estratégia em localidades com menor TMI.

O sistema de saúde em Pernambuco estrutura-se em modelo assistencial centralizado, sobretudo na capital, onde são relevantes os serviços de atenção terciária. O estado, subdividido em microrregiões, tem referência em dez Diretorias Regionais de Saúde com Centros de Assistência à Saúde que funcionavam com pouca 'resolutividade'. Nos casos com maior risco de morte, nas cidades do interior, essa eficiência era ainda mais deficitária, necessitando por vezes se remover o paciente para longas distâncias, com as dificuldades adicionais de transporte (Brasil/MS, 2000c).

Como forma de enfrentar os problemas da saúde no estado, juntamente com uma situação socioeconômica desigual, agravada pelas condições climáticas adversas – o que reflete a condição de vida do pernambucano – a Secretaria Estadual de Saúde (SES) decidiu ampliar e otimizar o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), capacitando-os na AIDPI, cooperando com a implantação e avaliando posteriormente o impacto da estratégia nos municípios (SES/PE, 1998-1999).

Ao longo do biênio 1996-1997, segundo estimativa de Celso Simões (SES/PE, 1998), a taxa de mortalidade infantil variava de 32 a 92,3 por mil nascidos vivos na Mata Setentrional de Pernambuco. A TMI média no estado foi estimada, nesse mesmo período, em 54,3 por mil nascidos vivos com distribuição da mortalidade proporcional em menores de um ano similares aos dados nacionais.

As estratégias de implantação da AIDPI no estado de Pernambuco se iniciaram em 1997, com a realização de um curso com participantes do Brasil, Angola e Moçambique. No mesmo ano, a Secretaria Estadual de Saúde, junto com OMS, Opas, Ministério da Saúde e Imip promoveu uma capacitação para facilitadores, dando início, a seguir, à operacionalização dos treinamentos para equipes do Programa Saúde da Família. À época, Pernambuco dispunha de 992 profissionais de saúde treinados, estando a estratégia implantada em 103 municípios. Por ser um dos estados pioneiros na implantação, foi selecionado pelo Ministério da Saúde para a realização desta pesquisa, que visa avaliar a implantação da AIDPI após três anos de capacitação, monitoramento e supervisão de médicos e enfermeiros pertencentes às diversas equipes do PSF.

## METODOLOGIA

Esta pesquisa faz parte de um protocolo mais amplo realizado nos estados do Ceará, Pará e Pernambuco (Amaral, 2000), tendo sido utilizado um delineamento transversal com aplicação de um protocolo padronizado da OMS/Opas adaptado a nossa realidade, composto de quatro formulários:

- observação do profissional de saúde);
- reexame da criança (realizado por um entrevistador e comparado ao mesmo atendimento pelo profissional de saúde;
- entrevista da mãe ou acompanhante (análise da compreensão do tratamento e orientação proposta);
- verificação de equipamentos e suprimentos (mediante entrevista com o coordenador da unidade, observando os recursos disponíveis segundo a estratégia).

A seleção dos municípios participantes foi definida segundo os seguintes critérios: distância até 300 quilômetros da capital; acesso por transporte terrestre; mais de três unidades de saúde desenvolvendo as ações da AIDPI, no mínimo duas unidades a serem selecionadas e que tenham pelo menos seis meses de implantação da AIDPI. Foram escolhidos os seguintes municípios: Recife, Cabo de Santo Agostinho, Olinda, Caruaru e Garanhuns.

Para a seleção das Unidades de Saúde foram incluídas aquelas com atendimento primário (PSF), escolhidas aleatoriamente a partir de todas as unidades elegíveis até completar o número requerido previsto, perfazendo um total de 30.

Cada equipe do trabalho de campo foi constituída por dois entrevistadores e um supervisor (incluindo um médico ou enfermeiro por equipe). Pretendendo melhorar a confiabilidade dos resultados, cada membro aplicou o mesmo formulário.

Todas as crianças na faixa etária de dois meses até cinco anos incompletos que tiveram atendimento por alguma queixa pela primeira vez foram incluídas na amostra (N= 203).

Por motivações éticas, o supervisor explicava os objetivos da pesquisa e solicitava o consentimento informado dos pais ou acompanhantes para os menores.

Os dados foram processados e analisados utilizando o programa Epi-Info 6.0 1b.

## RESULTADOS

No período de 11 a 22 de setembro de 2000, realizou-se trabalho de campo. Foram avaliadas 203 crianças menores de cinco anos (64,5% por enfermeiros), em 30 unidades de saúde.

Quanto à investigação de três dos quatro sinais gerais de perigo, apenas 1/3 (34,5 %) dos profissionais de saúde fizeram a avaliação. A maioria perguntou se a criança 'bebe líquidos' ou 'mama' (63,2%), 49,3 % indagaram 'se vomita tudo', mas somente 39,9% questionaram 'se há convulsões' (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos sinais gerais de perigo em crianças menores de cinco anos de idade. Pernambuco, 2000

	n.	%
Perguntou se bebe líquidos ou mama	T*=203 129	63,6
Perguntou se vomita tudo	T=203 100	49,3
Verificou se vomita tudo**	T=100 30	30,0
Perguntou se há convulsões	T=203 81	39,9
Perguntou por três sinais gerais de perigo***	T=203 70	34,5

\* “T” refere-se ao número total de crianças avaliadas.

\*\* Inclui somente as perguntas; exclui-se a verificação de vômitos.

\*\*\* Só foi verificado se vomita tudo para quem perguntou se vomita tudo.

Os profissionais de saúde perguntaram: se tinham tosse ou dificuldade para respirar (98 %), diarreia (96,6%), febre (96,1%) e problema de ouvido (92,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos sintomas principais em crianças menores de cinco anos de idade. Pernambuco, 2000

	n.	%
Perguntou por tosse ou dificuldade para respirar	199	98,0
Perguntou se tem diarreia	196	96,6
Perguntou se tem febre	195	96,1
Perguntou se tem problema de ouvido	188	92,6

Quanto à verificação dos sinais de desnutrição, poucos profissionais realizaram esta avaliação. 17,5 % verificaram emagrecimento acentuado

e 18,6% edema em ambos os pés. A avaliação simultânea dos dois sinais de desnutrição foi realizada por apenas 9,4% dos profissionais. Já 80,8% avaliaram a palidez palmar (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos sinais de desnutrição e anemia grave em crianças menores de cinco anos de idade. Pernambuco, 2000

	n.	%
Verificou-se emagrecimento acentuado	31	15,5
Verificou-se edema em ambos os pés	64	31,5
Verificou-se dois sinais de desnutrição*	19	9,4
Verificou-se palidez palmar	164	80,8

\* Inclui verificação de emagrecimento acentuado e edema em ambos os pés.

Quanto à avaliação do peso no cartão da criança, 99% dos profissionais solicitaram o cartão e 87,1% compararam o peso nas cadernetas trazidas por 88,6% das mães. Todos os profissionais que pediram o cartão da criança verificaram o esquema vacinal (100%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação do cartão da criança em relação ao peso em crianças menores de cinco anos de idade. Pernambuco, 2000

	n.	%
Profissionais que pediram o cartão	T*=203 201	99,0
Acompanhantes que trouxeram o cartão	T=201 178	88,6
Profissionais que compararam o peso na curva do cartão	T=203 175	87,1
Profissionais que avaliaram o peso conferindo com o cartão da criança **	T=203 175	86,2

\*“T” refere-se ao número total de crianças avaliadas.

\*\* Inclui os três itens associados anteriormente para o total de crianças.

Em relação à avaliação da alimentação de crianças menores de dois anos, a maioria das mães (95,75) foi interrogada, mas em apenas 48,7% foi investigada a mudança de alimentação durante a doença. 2/3 das mães foram avaliadas quanto à amamentação. Quanto às três perguntas consideradas simultaneamente, observou-se que 48,7% das crianças foram avaliadas (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação da alimentação de crianças menores de dois anos. Pernambuco, 2000

	n.*	%
Mães interrogadas sobre outros alimentos e líquidos	112	95,7
Mães interrogadas sobre amamentação	91	77,8
Mães interrogadas se criança mudou de alimentação	57	48,7
Crianças avaliadas sobre alimentação **	57	48,7

\* Total de crianças avaliadas = 117

\*\* Todos os três itens avaliados simultaneamente.

Ao avaliarmos as formas de tratamento, a maioria das crianças que necessitavam de um medicamento recebeu-o por via oral (56,2%) e apenas 1% foi tratada com medicamento injetável. Das crianças classificadas como pneumonia (6), a maioria recebeu antibióticos (66,7%) e destas apenas 50% foram tratada corretamente (Tabela 6).

Tabela 6 – Uso de antibióticos nas pneumonias. Pernambuco, 2000

	n.*	%
Não receberam	4	66,7
Receberam antibióticos	2	33,3
Receberam antibióticos corretamente	1	50,0

\* Total de crianças avaliadas = 6.



Todos os profissionais de saúde explicaram como administrar o medicamento, mas só 2/3 fizeram a demonstração de como oferecê-lo. Nenhum profissional solicitou à mãe para dar a primeira dose do medicamento na Unidade. Observou-se que 80% das mães compreenderam como administrar o antibiótico e apenas 28,6% como dar o soro oral (Tabela 7).

Tabela 7 – Orientação dos profissionais em relação a antibióticos. Pernambuco, 2000

	n.	%
Explicaram como administrar	20	100
Verificaram se compreendeu	11	55
Demonstraram como administrar	15	75
Pediram para dar a primeira dose	0	0
Mãe recebeu ao menos dois conselhos sobre como administrar	10	50,0

\* Total de crianças avaliadas = 6.

Nos casos de palidez palmar (49), o tratamento foi completo em menos de 1/3 dos casos (26,5%).

Quanto às vacinas, 86,7% das Unidades dispunham das vacinas básicas (BCG, VPO, DPT e Sarampo). Em relação à disponibilidade de todos os medicamentos padronizados (SRO, amoxicilina, sulfametoxazol + trimetoprim, sulfato ferroso, paracetamol/dipirona, mebendazol, vitamina A), foram encontradas em metade das Unidades avaliadas, porém ao serem considerados isoladamente havia boa disponibilidade de SRO (83,3%), sulfametoxazol + trimetoprim (90%), sulfato ferroso (90%), antitêrmicos (86,7%) e vitamina A (83,3%). Em relação aos medicamentos injetáveis, 93,3% dispunham de penicilina cristalina, enquanto 6,7% possuíam todos os medicamentos necessários (Tabela 8).

Tabela 8 – Disponibilidade de medicamentos orais em unidades de saúde. Pernambuco, 2000

	n.	%
SRO	25	83,3
Sulfametoxazol + Trimetoprim	27	90,0
Sulfato ferroso	27	90,0
Sabultamol	26	86,7
Antitérmico	26	86,7
Mebendazol	22	73,3
Eritromicina	23	76,7
Ampicilina	20	66,7
Amoxicilina	23	76,7
Vitamina A	25	83,3
Nistatina	09	30,0
Cloroquina	0	0
Medicamentos orais padronizados*	15	50,0

\* Medicamentos padronizados: SRO, Amoxicilina, SMX + TMT1, Vitamina A, Sulfato ferroso, Paracetamol/Dipirona, Mebendazol.

A maioria dos profissionais de saúde explicou à mãe quanto ao retorno imediato em relação a sinais e sintomas (71,9%), e apenas 1/3 (34%) fez três orientações (Tabela 9).

A Saúde da mãe ou acompanhante não foi bem avaliada e/ ou questionada pelos profissionais de saúde (6,9%).

Tabela 9 – Sinais e sintomas para retornar imediatamente. AIDPI, Pernambuco, 2000

	n.	%
Apresenta piora da febre	85	41,9
Piora ou fica mais doente	78	38,4
Dificuldade para respirar	80	39,4
Respiração rápida	62	30,5
Não consegue beber ou mamar	37	18,2
Sangue nas fezes	22	10,8
Bebe com dificuldade	18	8,9
Três orientações sobre quando retornar	69	34

## DISCUSSÃO

Os profissionais de saúde avaliados pertenciam à equipe do Programa de Saúde da Família responsável pelo atendimento integral da sua comunidade, envolvendo ações de prevenção, promoção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação quando necessário. Sua intervenção é de atenção básica, sendo geralmente o primeiro profissional a prestar atendimento à criança enferma.

Detectamos que esse atendimento específico é realizado por um maior percentual de enfermeiros, sugerindo que pode estar existindo uma mudança na forma de atendimento às crianças, passando esse profissional de saúde a assumir uma posição mais atuante dentro da equipe, uma vez que houve sua capacitação nessa área.

Em relação aos sinais gerais de perigo, observou-se que os profissionais de saúde avaliaram em sua maioria o item 'bebe líquidos ou mama' (primeiro da avaliação), não havendo o mesmo comportamento em relação aos demais sinais. Portanto, quando todos os sinais gerais de perigo foram avaliados simultaneamente, o percentual diminuiu

significativamente, traduzindo preocupação pelo fato de serem em número de três os sinais. Estes ajudariam a um diagnóstico, tratamento e acompanhamento mais atuante. A falta de detecção precoce dos casos mais graves deve ser enfatizada durante as capacitações e supervisões desses profissionais.

Quanto aos sintomas principais, a maioria dos profissionais avaliou-os isoladamente, uma conduta bastante satisfatória, provavelmente pela capacitação eficaz.

Em relação à avaliação do estado nutricional, observou-se que não é procedimento de rotina despir a criança para total avaliação. O profissional de saúde pode ter utilizado outros meios; porém, como a desnutrição e a anemia são causas frequentes de doença nas crianças, é importante ressaltar a forma ideal de avaliação durante os treinamentos.

É necessário reforçar para as mães a necessidade de comparecer à Unidade com o Cartão da Criança. Os profissionais de saúde, em sua maioria, avaliaram o esquema vacinal e o peso da criança.

Por se tratar de unidade de atendimento primário, foram classificados poucos casos de pneumonia, o que impede conclusões, dada a pequena amostra. Entretanto, podemos observar que nem todos receberam antibiótico da forma ideal.

Foi preocupante o fato de que apenas uma minoria de crianças classificadas como anemia foi tratada, já que a resolubilidade esperada era maior.

O estímulo à continuação da amamentação e alimentação da criança doente como forma de recuperação necessita de maior ênfase pelos profissionais de saúde. Da mesma forma devem ser ressaltados todos os sinais para retorno imediato, assim como dar maior atenção à saúde da própria mãe. Todos esses aspectos podem ser superados durante a capacitação, supervisão e visitas de seguimento.

Em relação à disponibilidade de medicamentos orais padronizados, a maioria das unidades atendeu às expectativas, diferente das medicações injetáveis, provavelmente por serem unidades de prestação de atenção primária.

Embora a maioria das unidades apresente disponibilidade de vacinas do calendário básico, o ideal seria disponibilizar de vacina em 100% das unidades de saúde.

Concluímos que a avaliação da implantação da estratégia AIDPI em Pernambuco foi satisfatória. Entretanto, é preocupante o baixo percentual na avaliação dos sinais gerais de perigo, o que pode se refletir na não detecção dos casos mais graves. O estímulo à continuação da amamentação e alimentação da criança doente como forma de recuperação também precisa de maior ênfase pelos profissionais de saúde. Tais aspectos podem ser melhorados por meio de suporte à capacitação e supervisão.

---

## NOTA

<sup>1</sup> Artigo publicado originalmente na *Revista de Pediatria do Ceará*, 4(2):19-26, 2005. (Permitida a reprodução).

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, J. J. F. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Avaliação das Unidades de Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A implantação da Unidade Básica de Saúde da Família. Brasília, *Caderno de Atenção Básica*, jun. 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. Os caminhos do PSF no Brasil. As cidades escrevendo suas histórias. *Divulgação em Saúde para Debate*, dez. 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde/SPS/Área de Saúde da Criança. *O Brasil e a Atenção Integrada às doenças prevalentes na – AIDPI*. Brasília, 1999. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica – DAB. Mapa de atividades da Coordenação de Investigação da Atenção Básica. Brasília, 2000c.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes

na Infância – AIDPI: 2000. San Juan, Porto Rico. 41º. Conselho Diretor. Washington, D.C., 1999

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). Melhorando a Saúde das Crianças. AIDPI: O Enfoque Integrado. Série HCT/ AIEPI 38-P. Washington, D.C., 2000.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde (SES/PE). Processo de Implantação da Estratégia AIDPI em Pernambuco. *Caderno de Avaliação*, 14, 1998.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde (SES/PE). *Boletim AIDPI ns. 1, 2, 3*, 1998-1999.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Gove for the WHO Working Group on Guidelines for IMCI. Integrated management of mortality and disability form disease injuries, and risk factors in 19990 and projected to 2020. Geneve, Work Health Organization, 1996.

WORD HEALTH ORGANIZATION/ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (WHO). Integrated management of Childhood Illness: A WHO/ UNICEF Initiative. *Bulletin of the WHO de L'Organisation Mondiale de la Sante*, 75 (Suppl. 1), Finland, 1997.