

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/).

AVALIAÇÃO DA AIDPI NO CEARÁ

6

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

INTRODUÇÃO

As doenças infecciosas e as deficiências nutricionais ainda são responsáveis por mais de 11 milhões de mortes infantis a cada ano no mundo, e a maioria dessas mortes ocorre nos países em desenvolvimento. Nestes, uma ou mais crianças de cada cinco morrem antes de completar cinco anos de idade (WHO, 1995, 1999). Muitas das que sobrevivem não crescem nem desenvolvem todo o potencial esperado. As principais causas de morte dessas crianças são pneumonia, diarreia, malária, sarampo e desnutrição, todas passíveis de tratamento e prevenção (Gove for the WHO, 1997), apesar de que no Brasil o sarampo não é mais um problema de saúde infantil. Estas condições continuarão a contribuir de maneira significativa para a mortalidade na infância até o ano 2020, se medidas efetivas não forem tomadas para o seu controle (Murray & Lopez, 1996).

Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), junto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), vêm buscando novos enfoques e instrumentos, baseados nas experiências acumuladas com programas implantados no passado, visando melhorar os indicadores da saúde infantil. O resultado se traduziu na estratégia de Atenção Integrada às Doenças

Prevalentes na Infância (AIDPI), adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) em 1996 (WHO, 1997a, 1997b; Opas/OMS, 1999, 2000).

A estratégia AIDPI tem por objetivos reduzir a mortalidade na infância e contribuir de maneira significativa com o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças, em especial daquelas que vivem em países e regiões menos desenvolvidas. O método trata a criança como um todo – em vez de enfatizar apenas uma doença ou uma condição individual. Além disso, procura integrar os diversos setores envolvidos na saúde da criança, como por exemplo, o de medicamentos e vacinação.

Em todo o mundo, e em especial nos países em desenvolvimento, é comum que as crianças sejam levadas aos serviços de saúde com mais de um problema de saúde, fazendo com que não seja apropriado se ter apenas um diagnóstico. Em geral, essas crianças necessitam freqüentemente de uma atenção combinada, para que se possa alcançar um bom êxito no tratamento. Uma estratégia integrada, portanto, tem que levar em conta a variedade existente de fatores que colocam em risco as crianças. Deve assim assegurar que:

- se utilize a combinação apropriada de ações para tratar as principais doenças na infância;
- acelerar o tratamento de urgência em crianças gravemente doentes;
- envolver os pais no cuidado efetivo da criança no lar – nos casos em que isso é possível;
- enfatizar as medidas de prevenção, por meio das imunizações, da melhoria da nutrição e do aleitamento materno exclusivo.

Com esta abordagem, a estratégia AIDPI se constitui em um enfoque altamente efetivo, em relação a seu custo, para o manejo e controle das doenças prevalentes da infância. Procura, assim, otimizar a utilização dos recursos existentes, identificando e promovendo a utilização dos tratamentos e medicamentos mais apropriados e, ainda, evitando a duplicação de esforços que poderia ocorrer com a implantação de programas de controle de doenças individuais.

Outro aspecto a destacar diz respeito ao profissional responsável pela aplicação da estratégia nos serviços de saúde. Deve-se primeiro considerar que as normas de atenção da estratégia foram elaboradas para serem utilizadas por profissionais de saúde que atuem em unidades primárias. Entretanto, como existe uma grande variabilidade de modelos para esse nível de atenção, para cada país e algumas vezes variando dentro de um mesmo país, não há uma proposta definida nesse sentido. A determinação de qual categoria profissional deve ser capacitada para atuar na aplicação da estratégia é uma decisão de cada país, não existindo um modelo único proposto pela estratégia.

O Ministério da Saúde incorporou a estratégia AIDPI em todas as políticas de atenção à saúde da criança, uma vez que dá ênfase à atenção básica (Brasil/MS, 1999a, b; Brasil/MS, 2000a, b, c, d). A implantação da AIDPI no Brasil foi amplamente discutida e aprovada por técnicos e consultores dos diferentes programas do Ministério da Saúde que trabalham com a saúde da criança, representantes de instituições governamentais e não-governamentais, da Sociedade Brasileira de Pediatria, de universidades e técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A implantação da estratégia AIDPI foi priorizada nas regiões Norte e Nordeste, onde se situavam os municípios de maior mortalidade infantil (acima de 40/1.000 nascidos vivos). Na ocasião, foi proposto que a implantação da AIDPI fosse iniciada nos 913 municípios incluídos no Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI), do Ministério da Saúde, e nos municípios que contavam com os programas PSF e Pacs implantados (Brasil/MS, 1999a, b; Brasil/MS, 2000a, b, c, d).

Passados alguns anos da implantação, a avaliação nas unidades de saúde é um elemento fundamental para melhor conhecimento de como se encontra a atenção à criança. É, também, uma ferramenta para avaliar como os profissionais de saúde aplicam as normas da AIDPI no manejo de crianças no primeiro nível de atenção. A informação obtida nessa avaliação ajudará, ainda, o planejamento e a priorização de elementos essenciais na implantação de serviços integrados de saúde à criança. Os objetivos dessa avaliação são obter informações sobre o manejo de casos das causas mais

importantes de morbidade de crianças no Ceará, após a implantação da AIDPI, em relação aos profissionais de saúde, e descrever a disponibilidade atual de aspectos básicos necessários a uma efetiva implantação da AIDPI, como o suprimento de medicamentos e equipamentos.

METODOLOGIA

Foi utilizado um delineamento transversal, por meio da aplicação de um protocolo padronizado da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Foram aplicados quatro formulários:

- observação do profissional de saúde: observação de como o profissional de saúde atende uma criança com doenças prevalentes da infância;
- reexame da criança: exame, pelo entrevistador, de uma criança segundo o protocolo da AIDPI, o qual se compara com a avaliação, classificação e tratamento prescrito pelo profissional de saúde;
- entrevista da mãe ou acompanhante: entrevista para determinar se a mãe ou responsável entendeu o que foi prescrito e se conhece os cuidados domiciliares;
- verificação de equipamentos e suprimentos: observação e entrevista com o coordenador da unidade para avaliar os recursos humanos, disponibilidade de equipamentos, vacinas e medicamentos. Esse estudo faz parte de um estudo mais amplo aplicado em mais dois estados (Pará e Pernambuco).

Para a seleção das unidades de saúde foram incluídas somente aquelas que atendem em nível primário (Centros de Saúde ou unidades do Programa Saúde da Família). A escolha das unidades foi feita aleatoriamente, ao acaso, a partir da lista de todas as unidades elegíveis, até se completar o número requerido das unidades previsto. As unidades de saúde selecionadas representaram a amostra final. Cada uma das unidades foi visitada durante o trabalho de campo.

Uma equipe constituída por dois entrevistadores e um supervisor avaliou cada unidade de saúde, incluindo um médico ou enfermeiro por equipe. Todas as crianças de dois meses a menos de cinco anos de idade

que vinham para atendimento em consequência de um problema, pela primeira vez, durante o período estipulado para a coleta de dados, foram incluídas na amostra. Os entrevistadores foram treinados e atuaram sob supervisão. Os dados foram processados e analisados utilizando-se o programa Epi-Info 6.01b. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) e foi solicitado o consentimento dos responsáveis informando sobre todos os envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS

O trabalho de campo foi realizado no período de 11 a 22 de setembro de 2000, em sete municípios (Itaitinga, Canindé, Itapipoca, Itapagé, Tejuçuoca, Horizonte, Sobral). Foram avaliadas 164 crianças menores de cinco anos em 30 unidades de saúde. A maioria delas (59,1%) foi avaliada por enfermeiros. A maioria dos profissionais de saúde avaliou as crianças em relação a peso (98,2%) e temperatura (59,8%).

Em relação à avaliação dos sinais gerais de perigo a metade perguntou se a criança bebe líquidos ou mama (50%), a metade perguntou se vomita tudo (51,8%) e somente 1/3 perguntou se há convulsões (28,7%). Os três sinais associados foram avaliados por 1/4 dos profissionais de saúde (23,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos sinais gerais de perigo, Ceará, 2000

	n.	%
Perguntou se bebe líquidos ou mama	T* = 164 82	50,0
Perguntou se vomita tudo	T = 164 85	51,8
Verificou se vomita tudo**	T = 85 18	21,2
Perguntou se há convulsões	T = 164 47	28,7
Perguntou por três sinais gerais de perigo***	T = 164 39	23,8

* “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.

A maioria dos profissionais de saúde perguntou por tosse ou dificuldade para respirar (93,3%), diarreia (89%) e febre (96,3%). Os três sintomas principais simultaneamente também foram avaliados pela maioria dos profissionais de saúde (81,2%). O problema de ouvido foi avaliado por 2/3 dos profissionais de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos sintomas principais. Ceará, 2000

	n.	%
Perguntou por tosse ou dificuldade para respirar	T* = 16 153	93,3
Perguntou se tem diarreia	146	89,0
Perguntou se tem febre	158	96,3
Perguntou por três sintomas principais	138	84,2

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

Com relação à avaliação dos sinais de desnutrição e anemia, uma minoria dos profissionais de saúde avaliou tais sinais. Dos profissionais de saúde avaliados, 11,6% verificou emagrecimento acentuado, 14% verificaram edema em ambos os pés e 46,3% verificaram palidez palmar. Apenas 3,6% avaliaram simultaneamente dois sinais de desnutrição (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos sinais de desnutrição e anemia grave. Ceará, 2000

	n.	%
Verificou-se emagrecimento acentuado	19	11,6
Verificou-se edema em ambos os pés	23	14,0
Verificaram-se dois sinais de desnutrição*	6	3,6
Verificou-se palidez palmar	76	46,3

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

Em relação à avaliação do peso no cartão da criança, a maioria dos profissionais de saúde (87,8%) pediu o cartão. Entretanto, 80,8% das mães trouxeram o cartão. Quanto à verificação do peso, somente 2/3 dos profissionais de saúde comparou o peso no cartão da criança (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação do cartão da criança em relação ao peso. Ceará, 2000

	n.	%
Profissionais que pediram o cartão	T=164 144	87,8
Acompanhantes que trouxeram o cartão	T=144 110	76,4
Profissionais que compararam o peso na curva do cartão	T=144 104	72,2
Profissionais que avaliaram o peso conferindo o cartão da criança**	T=164 104	63,4

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

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

A maioria dos profissionais que pediu o cartão da criança verificou o esquema vacinal (94,6%). Por outro lado, uma minoria perguntou sobre o esquema vacinal as mães que não trouxeram o cartão (11,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação do esquema de vacinação da criança. Ceará, 2000

	n.	%
Verificou esquema de vacinação (no cartão)	T=110 104	94,6
Vacinas em dia sem cartão verificado	T=54 6	11,1
Crianças com vacinas verificadas	T=164 110	67,1

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

Quanto à avaliação da alimentação em crianças menores de dois anos, a maioria das mães (74,1%) foi interrogada sobre outros alimentos e líquidos, mais da metade foi interrogada sobre amamentação (58,8%) e uma minoria foi interrogada se a criança mudou de alimentação durante a doença (20%). Ao se considerar as três perguntas simultaneamente, somente 20% das crianças foram avaliadas sobre alimentação (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação da alimentação de menores de dois anos. Ceará, 2000

	n.*	%
Mães interrogadas sobre outros alimentos e líquidos	63	74,1
Mães interrogadas sobre amamentação	50	58,8
Mães interrogadas se criança mudou de alimentação	17	20,0
Crianças avaliadas sobre alimentação**	15	20,0

* Total de crianças avaliadas = 85.

** Todos os três itens avaliados simultaneamente.

Quanto às formas de tratamento, a maioria das crianças para as quais foi prescrito medicamento recebeu tratamento com medicamento oral (57,5%) e uma minoria recebeu tratamento com medicamento injetável (3,1%). Das que receberam antibióticos, a maioria necessitada recebeu (75%), e para a maioria foram prescritos corretamente (77,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Uso de antibiótico nas crianças avaliadas. Ceará, AUS, 2000

	n.	%
Crianças que receberam um antibiótico	T*=101 35	34,7
Necessitavam e receberam	T=20 15	75,0
Receberam e suas prescrições foram corretas	T=35 27	77,1
Não necessitavam e não receberam	T=144 124	86,1
Não necessitavam e receberam	T=144 20	13,9

* “T” refere-se ao número total de crianças avaliadas que receberam antibióticos.

Das crianças diagnosticadas com pneumonia (14), a maioria recebeu antibióticos (85,7%) e, das que receberam, a maioria recebeu antibiótico corretamente (91,7%). Não foi diagnosticado nenhum caso de disenteria que necessitasse de antibiótico.

Tabela 8 – Uso de antibióticos nas pneumonias. Ceará, AIDPI, 2000

	n.*	%
Não receberam antibióticos	2	14,3
Receberam antibióticos	12	85,7
Receberam antibióticos corretamente	11	91,7

* Total de crianças avaliadas = 14.

De todas as crianças para as quais foi prescrito antibiótico (35), a maioria dos profissionais de saúde explicou como administrar o medicamento (85,7%), a metade verificou se a mãe compreendeu (54,7%), 1/3 demonstrou como administrar e uma minoria pediu para ministrar a primeira dose do antibiótico na unidade de saúde (2,9%) (Tabela 9).

Tabela 9 – Orientação dos profissionais em relação a antibióticos. Ceará, 2000

	n.	%
Explicaram como administrar	30	85,7
Verificaram se compreendeu	19	54,2
Demonstraram como administrar	13	37,1
Pediram para dar a primeira dose	1	2,9
Mãe recebeu ao menos dois conselhos sobre como administrar	11	31,4

Em relação às crianças com palidez palmar (em número de 45), apenas 20% das crianças receberam tratamento correto, o que inclui, para crianças maiores de onze meses, ferro e mebendazol e, para crianças menores de onze meses, sulfato ferroso. Quanto a orientações sobre alimentação, menos da metade dos profissionais de saúde explicou a necessidade de dar mais líquidos ou leite materno em casa (45,1%) e de continuar com alimentação ou leite materno (46,3%). Ambas as orientações sobre alimentação associadas diminuiu para 36% (Tabela 10).

Tabela 10 – Orientações do profissional em relação à alimentação. Ceará, 2000

	n.	%
Explicaram a necessidade de dar mais líquido ou LM	74	45,1
Explicaram a necessidade de continuar com alimentação ou LM	76	46,3
Mães orientadas sobre líquidos e alimentação durante a doença*	59	36,0

* Ambos associados.

A maioria dos profissionais de saúde explicou para a mãe retornar de imediato se a criança apresentar algum sinal geral de perigo (64%). Esses sinais incluíam: 'piora da febre' (29,3%), 'piora ou fica mais doente' (23,8%), 'dificuldade para respirar' (14%), 'não consegue beber ou mamar' (12,8%), 'aparecimento de sangue nas fezes' (5,5%), 'respiração rápida' (4,3%) e 'bebe com dificuldade' (1,8%). Entretanto, uma minoria dos profissionais de saúde fez três orientações sobre quando retornar (16,5%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Sinais e sintomas para retornar imediatamente. Ceará, 2000

	n.	%
Apresenta piora da febre	48	29,3
Piora ou fica mais doente	39	23,8
Dificuldade para respirar	23	14,0
Respiração rápida	7	4,3
Não consegue beber ou mamar	21	12,8
Sangue nas fezes	9	5,5
Bebe com dificuldade	3	1,8
Três orientações sobre quando retornar	27	16,5

Uma minoria de profissionais de saúde perguntou sobre a saúde da mãe ou acompanhante (3,1%) e entregou ou mostrou o folheto explicativo sobre prevenção de doenças e orientações sobre alimentação às mães (5,5%). A maioria das mães teve opinião favorável ao tratamento na unidade de saúde (64%) (Tabela 12).

Tabela 12 – Profissionais perguntaram sobre saúde da mãe e sua opinião sobre o atendimento. Ceará, 2000

	n.	%
Pergunta sobre saúde da acompanhante	5	3,1
Acompanhante que recebeu ou viu o folheto explicativo	9	5,5
Opinião favorável	106	64,6
Esperaram muito	48	29,3

Em relação à avaliação dos recursos humanos, equipamentos e insumos das unidades de saúde, observou-se que a maioria das unidades tinha mais de 60% de profissionais de saúde capacitados em AIDPI (66,7%). Mais da metade das unidades recebeu supervisão (55,7%) e uma minoria das unidades recebeu visita com observação do manejo de casos (16,7%) (Tabela 13).

Tabela 13 – Unidades de saúde com profissionais capacitados. Ceará, 2000

	n.	%
60% de enfermeiros capacitados	23	76,7
60% de médicos capacitados	16	53,3
60% de pessoal de saúde capacitado	20	66,7
Unidades que receberam supervisão	17	55,7
Supervisão com observação de manejo de casos	5	16,7

Em relação à disponibilidade de medicamentos padronizados (SRO, amoxicilina, sulfametoxazol + trimetropin, Vitamina A, sulfato ferroso, paracetamol/dipirona, mebendazol), apenas 1/3 tinha todos esses medicamentos simultaneamente. Entretanto, ao ser considerado isoladamente, havia boa disponibilidade de SRO (96,7%), sulfametoxazol + trimetropin (86,7%), sulfato ferroso (90%), antitêrmicos (76,7%) e Vitamina A (53,3%) (Tabela 14).

Tabela 14 – Disponibilidade de medicamentos orais. Ceará, AUS, 2000

	n.	%
SRO	29	96,7
Sulfametoxazol + Trimetropin	26	86,7
Sulfato ferroso	27	90,0
Salbutamol	25	83,3
Antitérmico	23	76,7
Mebendazol	25	83,3
Eritromicina	24	80,0
Ampicilina	13	43,3
Amoxicilina	20	66,7
Vitamina A	16	53,3
Nistatina	17	56,7
Cloroquina	0	0
Medicamentos orais padronizados*	9	30,0

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

Quanto à disponibilidade de medicamentos injetáveis padronizados (penicilina procaína, cloranfenicol e gentamicina) uma minoria das unidades dispunha de todos simultaneamente (6,7%). Por outro lado, houve uma grande variação de disponibilidade de penicilina cristalina (80%), gentamicina (26,7%), ampicilina (20%) e cloranfenicol (6,7%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Disponibilidade de medicamentos injetáveis. Ceará, 2000

	n.	%
Ringer lactato	23	76,7
Penicilina cristalina	24	80,0
Gentamicina	8	26,7
Ampicilina	6	20,0
Cloranfenicol	2	6,7
Medicamentos injetáveis padronizados*	2	6,7

* Penicilina procaína, Cloranfenicol e Gentamicina.

Em relação à disponibilidade das vacinas nas unidades de saúde, observou-se que a maioria (87%) dispunha simultaneamente das vacinas básicas do calendário vacinal da Organização Mundial da Saúde (BCG, VPO, DPT, Sarampo), o que diminuiu ao considerarmos o calendário vacinal do Brasil (70%). Da maioria das vacinas havia uma boa disponibilidade, com exceção da que combate a febre amarela (43,3%). Na maioria das unidades havia disponibilidade das vacinas em cinco dias ou mais (80%) (Tabela 16).

Tabela 16 – Calendário vacinal. Ceará, 2000

	n.	%
Anti-Sarampo	29	96,7
DT	29	96,7
DPT	27	90
VPO	28	93,3
VHB	26	86,7
BCG	25	83,3
Tríplice viral	27	90,0
HIB	28	93,3
Contra Febre Amarela	13	43,3
OMS (BCG, VPO, DPT, Sarampo)	24	80,0

DISCUSSÃO

Das unidades de saúde avaliadas, a maioria era do Programa Saúde da Família (PSF). Essa equipe é responsável pela assistência integral prestada às famílias da área, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação e, ainda, relatando os casos não solucionados naquele nível de atenção. O programa constitui uma das diretrizes do Ministério da Saúde para reforçar e implantar as ações básicas de saúde. A maioria das unidades era do PSF, já que essa avaliação foi realizada em unidades do nível primário e o acesso da população aos serviços de saúde se processa nessas unidades.

Avaliando-se o atendimento pelos profissionais nas unidades de saúde, detectamos um percentual maior de enfermeiros. Tais dados sugerem

que possa estar ocorrendo uma mudança na forma de atendimento às crianças nas unidades básicas de saúde, em que o enfermeiro passa a assumir um papel mais atuante como membro da equipe responsável pelo atendimento de casos. A estratégia obedece às normas técnicas do Ministério da Saúde, seguindo padrões estruturados de capacitação e acompanhamento.

Em relação à aferição do peso e da temperatura, houve um percentual maior de aferição de peso. Esses dados evidenciam que a maioria das crianças foi pesada nas unidades, mas que, entretanto, a aferição da temperatura não é um procedimento comum adotado pelos profissionais de saúde. É possível que a ausência de tal prática seja decorrente da falta de termômetro ou de uma organização não apropriada para esse procedimento. É necessário, portanto, enfatizar esse item na capacitação e organização nos serviços, uma vez que é fundamental para classificação das crianças.

Em relação aos sinais gerais de perigo, observou-se que os profissionais de saúde avaliaram em sua maioria o item 'bebe líquidos ou mama'. Não foi dada a mesma atenção aos itens 'se vomita tudo' e 'se tem convulsões'. Quando foram associados os três sinais gerais de perigo, o percentual diminuiu significativamente. É preocupante o fato de que somente uma minoria perguntou simultaneamente pelos três sinais gerais de perigo. Isso pode contribuir para a não detecção precoce dos casos mais graves, com maior risco de morte, e reflete também a necessidade de se enfatizar tal aspecto na capacitação dos profissionais.

Quanto aos sintomas principais, a maioria dos profissionais de saúde os avaliou isoladamente: tosse ou dificuldade para respirar, diarreia e febre. Esse valor se mantém elevado quando se avaliam esses sintomas e sinais em conjunto. Infere-se que essa avaliação foi altamente satisfatória, o que reflete possivelmente uma adequada capacitação dos profissionais de saúde nos cursos clínicos.

Ao se considerar a avaliação do estado nutricional, deve-se levar em conta que a padronização do atendimento, segundo a estratégia AIDPI, propõe que a criança seja despida, o que não constitui um procedimento usual por parte dos profissionais de saúde. É possível, portanto, que os profissionais tenham avaliado o estado nutricional de outra maneira. Como

a anemia e a desnutrição são importantes causas de morbidade e mortalidade em nosso meio, é necessário reforçar a sua detecção na capacitação dos profissionais de saúde.

Com relação à avaliação do peso no cartão da criança, os resultados indicam que é necessário reforçar a importância de as mães levarem o cartão sempre que se dirijam às consultas. Quanto à utilização do cartão pelos profissionais de saúde, e como a maioria das crianças foi pesada, o fato de os profissionais não compararem com o peso indica que é necessária uma maior capacitação nesse aspecto. Em relação ao esquema vacinal, a maioria dos profissionais de saúde verificou o estado de vacinação da criança. Isso reforça o aspecto preventivo da estratégia e é indicativo de qualidade na atenção prestada.

Ao considerarmos a avaliação da alimentação em crianças menores de dois anos, a maioria dos profissionais de saúde perguntou sobre amamentação e outros alimentos/líquidos durante a manifestação da doença. Entretanto, uma minoria, dentre os profissionais, interrogou se a mãe havia mudado a alimentação da criança durante esse episódio de doença. O resultado associado não foi satisfatório, já que sofreu influência das respostas das mães interrogadas sobre a mudança do hábito alimentar durante a doença.

Quanto à forma de tratamento, os resultados foram os esperados, uma vez que todas as unidades avaliadas eram de nível primário, atendendo poucos casos graves.

O número de casos classificados como pneumonia pelos profissionais de saúde foi pequeno, o que impede que se façam conclusões com a amostra estudada. Entretanto, a maioria recebeu antibiótico corretamente, mas o ideal é que todos o tivessem recebido.

Em relação à orientação das mães relacionada ao uso de antibióticos em todas as crianças, é possível que, pelo fato de não haver antibiótico na unidade, os profissionais de saúde não tenham solicitado às mães dar a primeira dose, assim como não demonstraram como administrá-la. É importante ressaltar que esse não é um procedimento habitual dos profissionais de saúde. No entanto, tais indicativos remetem à necessidade de reforçar esses aspectos nas visitas de seguimento, supervisão e capacitação.

Quanto ao tratamento para crianças com palidez palmar, uma minoria recebeu tratamento correto para anemia. Este dado é preocupante, já que a anemia constitui a doença carencial mais prevalente em nosso meio, de fácil diagnóstico, com tratamento acessível e de baixo custo.

Aproximadamente em 2/3 dos casos o profissional de saúde explicou a necessidade de se darem mais líquidos e de se continuar a alimentação da criança doente. Mais uma vez observa-se que esses percentuais são reduzidos, reforçando a necessidade de esses aspectos serem enfatizados na capacitação e supervisão. O estímulo à continuação da alimentação, em especial do aleitamento materno, é uma prática importante para prevenir a desnutrição e acelerar a recuperação da criança.

É importante que os responsáveis pelas crianças saibam quando retornar à unidade de saúde, fato que pode prevenir mortes e diminuir a ocorrência de complicações. A maioria desses profissionais orientou as mães ou acompanhantes quanto ao retorno imediato com a criança que pudesse vir a apresentar qualquer classificação que indique gravidade. Os resultados evidenciam que, embora a maioria dos profissionais oriente as mães quanto a esse aspecto, poucos utilizam três ou mais sinais preconizados na estratégia. Faz-se necessário, portanto, reforçar mais esse aspecto na capacitação e visita de seguimento.

A estratégia enfatiza tratar a criança sem dissociá-la do contexto da família ou do problema da mãe. Dada a dificuldade de acesso, deve-se otimizar a atenção prestada à mãe e à criança. Entretanto, uma minoria de profissionais de saúde perguntou sobre a saúde da acompanhante, conforme preconizado pela estratégia AIDPI. É possível que esse indicativo esteja relacionado à pouca ênfase dada a esse aspecto nos cursos de capacitação, ou ainda à valorização, pelos profissionais, dos problemas da criança, em detrimento dos problemas da mãe, na consulta. Deve-se considerar também que pelo fato de os profissionais já conhecerem os familiares dos pacientes, incluindo os pais das crianças, podem ter deixado de perguntar sobre a saúde das mães. Isso representa um aspecto negativo diante da oportunidade perdida de estimular a mãe a cuidar de sua própria saúde.

Quanto à capacitação dos profissionais nas unidades de saúde, os resultados indicam que, proporcionalmente, mais enfermeiros foram capacitados. Essa capacitação deve dar respostas às necessidades locais. Entretanto, como os participantes deste estudo eram em sua maioria do PSE, é possível que isso explique o maior número de enfermeiros capacitados, em razão de a equipe estar assim constituída. Os dados evidenciam também que as unidades de saúde receberam supervisão significativa, mas com pouca observação do manejo de caso, e que é necessário reforçar esse aspecto no seguimento.

Em relação à disponibilidade de medicamentos orais padronizados em geral, na maioria das unidades de saúde havia disponibilidade de tais medicamentos, com exceção da cloroquina. Em virtude da baixa renda da população na região estudada, é importante haver essa disponibilidade de medicamentos, em especial de antibióticos. Quanto à disponibilidade de medicamentos injetáveis, deve-se lembrar que as unidades participantes deste estudo eram unidades básicas de saúde destinadas especialmente a prestar atenção primária. Entretanto, alguns medicamentos injetáveis devem ser aplicados nos casos de doença muito grave, notadamente quando o encaminhamento para o nível secundário não puder ser feito imediatamente.

Quanto à disponibilidade de vacinas, apesar de ter sido observado que mais de 2/3 das unidades de saúde tinham todas as vacinas do calendário do Brasil e da Organização Mundial da Saúde (BCG, VPO, DPT, Sarampo), é desejável que todas as unidades possam dispor de todas as vacinas.

Concluindo, pode-se considerar que a implantação da estratégia AIDPI nas unidades avaliadas tenha sido satisfatória. Alguns aspectos da atenção, entretanto, devem ser corrigidos com visitas de supervisão, especialmente em relação à avaliação de sinais gerais de perigo e quanto à orientação para maior oferta de líquidos e aleitamento materno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (MS/SAS)/ Coordenação de atenção Básica/REFORSUS. I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Brasília, 1999a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (MS/SAS)/ Coordenação de atenção Básica/REFORSUS. *Livro de Resumos*. 1ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família – Construindo um novo modelo. Brasília, 1999b.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde (MS/SPS)/ Área de Saúde da Criança. *O Brasil e a Atenção Integrada às doenças prevalentes na – AIDPI*. Brasília, 1999c. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Avaliação da implantação e Funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF. Brasília, 2000a.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Caderno de Atenção Básica*. A implantação da Unidade Básica de Saúde da Família. Brasília, jun. 2000b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (MS/DAB). Os caminhos do PSF no Brasil. As cidades escrevendo suas histórias. *Divulgação em Saúde para Debate*, 21, dez. 2000c.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (MS/DAB). *Mapa de atividades da Coordenação de Investigação da Atenção Básica*. Brasília, 2000d.
- GOVE FOR THE WHO. Working Group on Guidelines for IMCI. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. *Bulletin of the World Health Organization*, 75(Suppl. 1): 7-24, 1997.
- MURRAY, C. J. L. & LOPEZ, A. D. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability form disease injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneve, WHO, 1996.

- 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 DA SAÚDE (OPAS/OMS). Melhorando a Saúde das Crianças. AIDPI: o enfoque integrado. Washington, D.C., 2000. (Série HCT/AIEPI 38-P)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Diarrheal and Acute Respiratory Disease Control. Integrated Management of the sick child. *Bulletin of the World Health Organization*, 73: 735-740, 1995.
- WORLD 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 dela Sante*, 75(Suppl. 1), 1997a.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Child Health and Development. Integrated management of childhood illness: conclusions. *Bulletin of the World Health Organization*, 75 (Suppl. 1): 119-128, 1997b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Report 1999 making a difference. Geneve, WHO, 1999.