

MINISTÉRIO DA SAÚDE

AIDPI
Atenção Integrada às Doenças
Prevalentes na Infância

Curso de Capacitação

Introdução

Módulo 1

2.^a edição revista

1.^a reimpressão

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília – DF
2003

© 1999. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série F. Comunicação e Educação em Saúde
Tiragem: 2.^a edição revista – 1.^a reimpressão – 2003 – 200 exemplares

Management of childhood illness foi preparado pela Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil (CHD), da Organização Mundial da Saúde (OMS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), através de um contrato com a ACT Internacional, Atlanta, Geórgia, USA.

A versão em português, que corresponde ao Curso de Capacitação sobre Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância foi preparada pela Unidade de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, Programa de Doenças Transmissíveis, Divisão de Prevenção e Controle de Doenças (HCP/HCT/AIDPC), da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), em Coordenação com UNICEF-TACRO, Washington, DC, USA, Agosto 1996, sendo feita adaptação às normas nacionais e autorizada a publicação pela OPAS/OMS no Brasil.

Edição, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Área da Saúde da Criança
Esplanada dos Ministérios, bloco G, 6.^o andar, sala 636
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 315 2407/315 2866/315 2958/224 4561
Fax: (61) 315 2038/322 3912

Este material foi adaptado com a valiosa colaboração dos consultores e as instituições abaixo mencionados aos quais a Área da Saúde da Criança do Ministério da Saúde e a OPAS/OMS agradecem o empenho e dedicação:

Coordenadora da revisão atual: Dr^a Maria Anice Saboia Fontenele e Silva – Área da Saúde da Criança/SPS/MS

Colaboradores da revisão do módulo de introdução: Dr. Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho – IPPMG/UFRJ;
Dr. Ruben Schindler Maggi – IMIP/PE

Capa: Dino (Vinícius Ferreira Araújo) – Projeto Promoção da Saúde/SPS
Projeto Visual: Roberto Vieira – Editora MS
Editoração: Thiago Antonucci – Editora MS

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. /
Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev., 1.^a reimpressão – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

32 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0605-3

1. Saúde Infantil. 2. Capacitação em serviço. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Organização Mundial da Saúde.
III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WA 320

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br



SUMÁRIO

Introdução	5
1. A AIDPI e a situação de saúde da criança no Brasil	6
2. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância	14
2.1 Metodologia de atendimento	15
2.2 Objetivo do curso de capacitação	16
2.3 Métodos e materiais do curso	16
2.4 Como selecionar os quadros de conduta apropriados	17
3. Definições e glossário	18
4. Anexos	23
Anexo 1 - Profissionais envolvidos com estratégia AIDPI	23
Anexo 2 - Centros de referência	27
Anexo 3 - Bibliografia de apoio – AIDPI	28



INTRODUÇÃO

Este manual constitui o primeiro de um conjunto de módulos contendo o material didático utilizado nos cursos de capacitação em *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (AIDPI), promovidos pelo Ministério da Saúde, destinados principalmente a profissionais de saúde que atendem crianças nos serviços de atenção básica no Brasil.

A AIDPI tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida.

Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Constitui sua função implícita estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações, referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde.

A utilização de sinais e sintomas que apresentam uma boa relação de sensibilidade e especificidade, permitindo um diagnóstico mais preciso, constitui o ponto alto dessa estratégia. Associada a uma sistematização adequada do atendimento, dotada de forma e seqüência bem encadeadas, que priorizam a gravidade, com um potencial de flexibilidade capaz de se adequar às mais diversas situações epidemiológicas, essa estratégia de atenção à criança na área de saúde pública revelou a melhor relação de custo/benefício, segundo relatório do Banco Mundial, em 1993.

É nosso desejo que este material represente uma contribuição na melhoria da atenção prestada à saúde infantil que, associada a ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente desenvolvido com a família e a comunidade, propicie uma melhoria significativa dos nossos indicadores de saúde no Brasil.



1 A AIDPI E A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

Neste capítulo, você irá conhecer a realidade da saúde de nossas crianças. Será apresentada a estratégia *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (AIDPI) e explicada a proposta de capacitação nessa abordagem de atenção à criança.

A estratégia AIDPI se alicerça em três pilares básicos: o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de 5 anos de idade.

No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e capilarizada em todo território nacional.

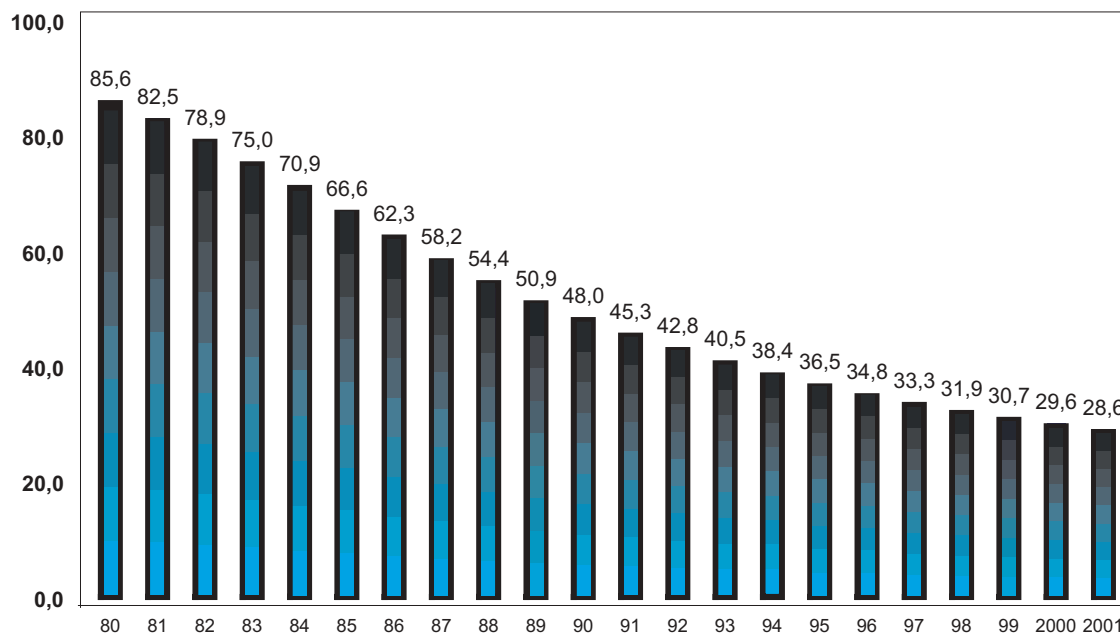
A seguir, vamos tecer algumas considerações sobre a situação da saúde de crianças menores de 5 anos, no Brasil, num contexto mais amplo, objetivando maior compreensão e melhor eficácia no enfrentamento dos problemas identificados.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos devem-se a pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e afecções perinatais, ou uma associação delas.

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas, levando o Ministério da Saúde a intensificar, a partir de 1984, sua atuação na promoção da saúde dos menores de 5 anos, com a criação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança* (PAISC). Esse programa visa a promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento.

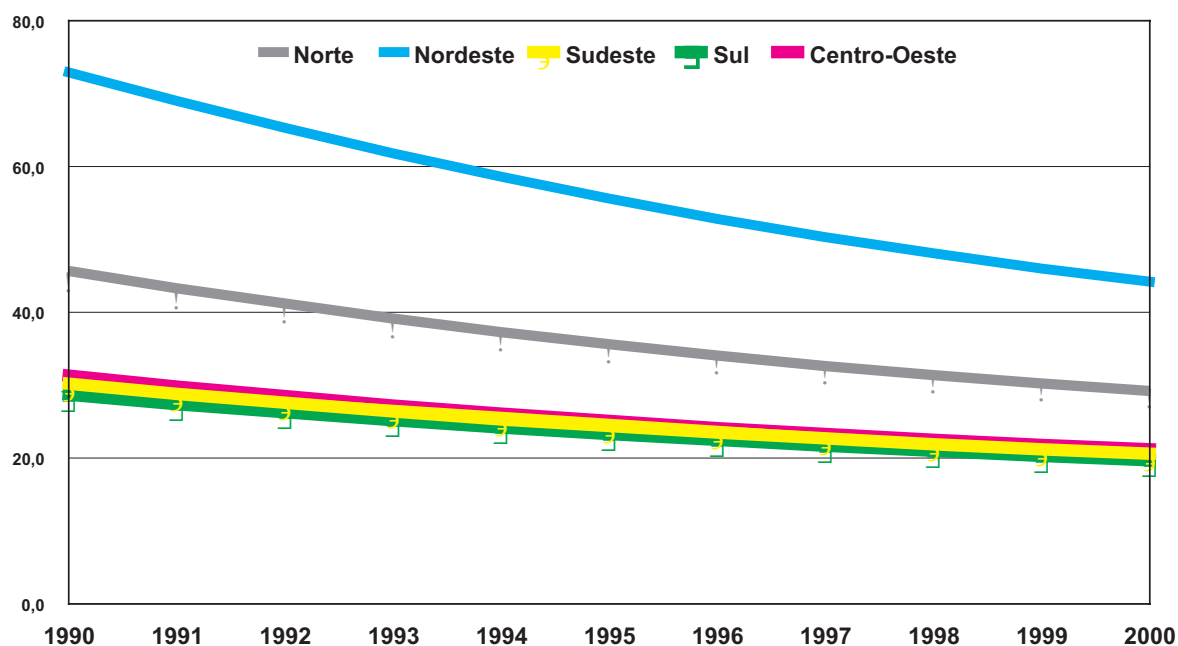
Apesar da mortalidade infantil mostrar uma tendência ao descenso nos últimos 21 anos, ainda permanece elevada, com uma TMI estimada de 28,6 por mil nascidos vivos para 2001 (censos demográficos de 1970 a 1991, resultados preliminares do censo de 2000, assim como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS). Ver Gráfico 1.

Gráfico 1
Mortalidade Infantil
Brasil, 1980 a 2001



Fonte: IBGE, Censos Demográficos e PNAD's
IBGE. Censos Demográficos de 1970 a 1991 e Resultados Preliminares do Censo Demográfico de 2000

Gráfico 2
Taxas de Mortalidade Infantil para as Regiões - BR
1990-2000



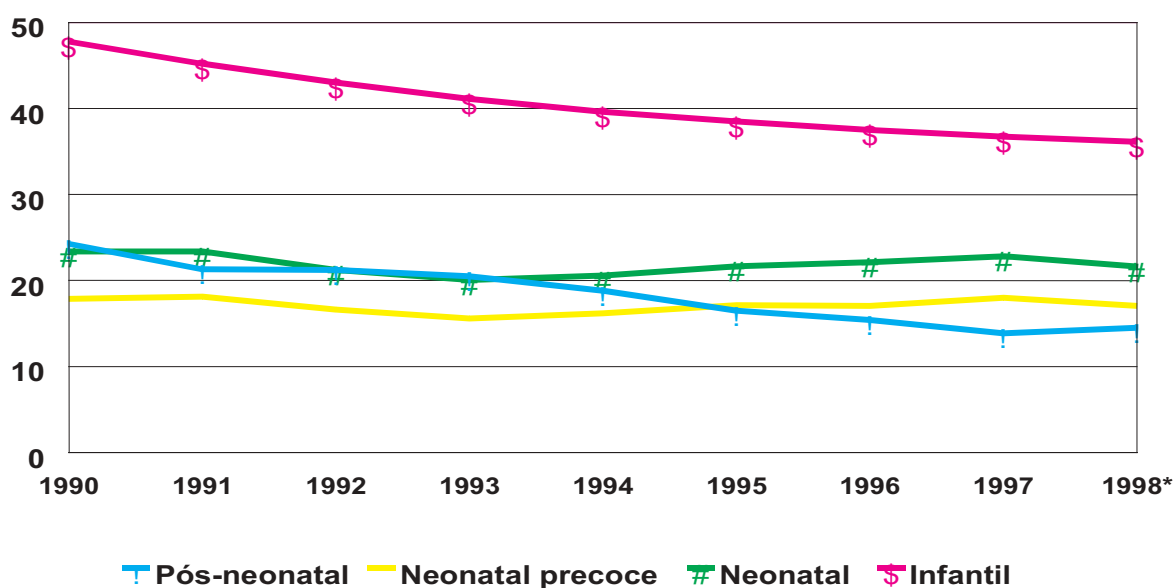
Fonte: IBGE. Censos Demográficos de 1970 a 1991 e Resultados Preliminares do Censo Demográfico de 2000

Esses valores de TMI, entretanto, não refletem as enormes diferenças regionais, com taxas inferiores a 15 por mil em alguns municípios do Sul e Sudeste, e maiores de 100 por mil em municípios do Nordeste. Ver Gráfico 2, na página anterior.

Nos menores de 5 anos, as principais causas de mortalidade incluem as afecções perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição. É importante destacar que, nesse grupo etário, numerosos óbitos ficam com a sua causa básica mal definida (até 49% em alguns estados do Nordeste). Parte da diminuição observada dessa mortalidade nos últimos anos é devida a ações simples relativas ao setor Saúde, tais como o controle pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a ampliação da cobertura vacinal, a utilização de sais de reidratação oral (SRO), a educação materna e, principalmente, à importante queda da fecundidade observada no País nesses últimos 15 anos. Outro fator importante tem sido a melhoria da condição nutricional da população infantil, medida pelo indicador altura/idade, que definia 15,7% da população infantil desnutrida em 1990, contra 10,5% em 1996, representando uma redução de 30% nesse período (PNDS).

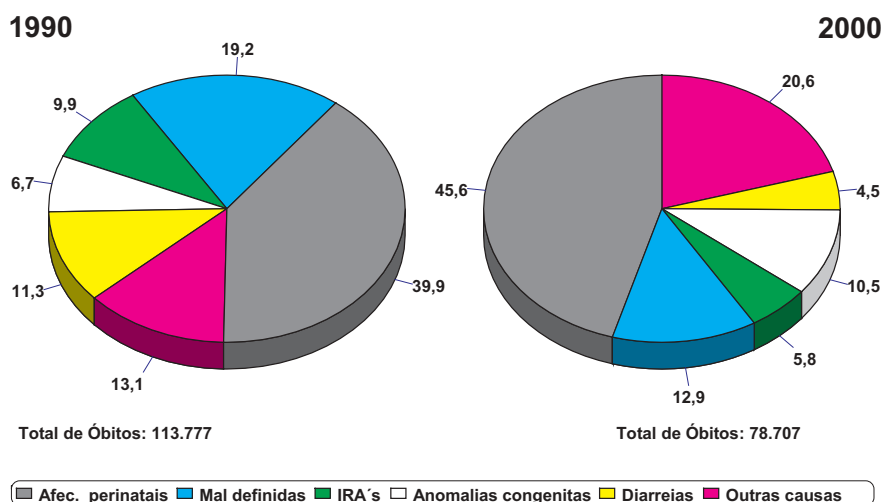
Apresentamos abaixo as taxas de Mortalidade Neonatal, Neonatal Precoce, Pós-Neonatal e Infantil por 1.000 nascidos vivos, no Brasil, no período de 1990 a 1998. (Gráfico 3).

Gráfico 3
Estimativa de Taxas de Mortalidade Neonatal
Neonatal Precoce, Pós-Neonatal e Infantil por 1.000 Nascidos Vivos
Brasil, 1990-1998



Apresentamos a seguir, as principais causas de óbitos em menores de 5 anos, no Brasil, nos anos de 1990 e 1999, segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/CENEPI/MS).

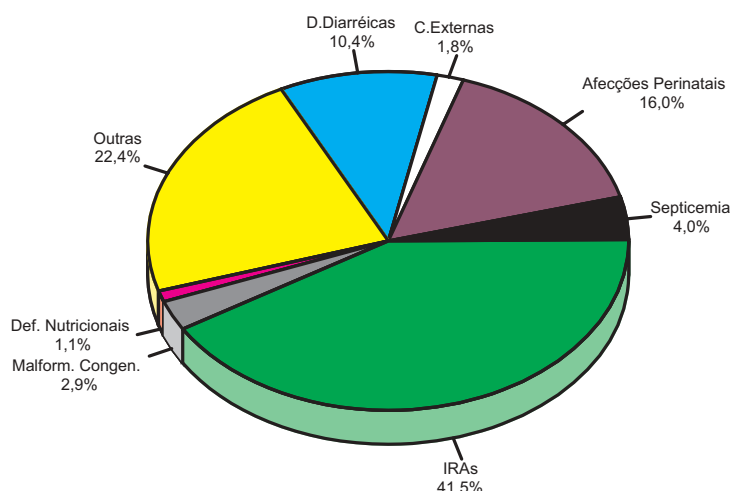
Gráfico 4
Principais Causas de Óbitos em Menores de 5 anos
Brasil - Mortalidade Proporcional, 1990 e 2000



FONTE: CENEPI/MS SIM
EXECUÇÃO: SAÚDE DA CRIANÇA/SPS

Podemos notar com clareza a redução dos óbitos nessa faixa etária durante esse período, assim como a modificação ocorrida nas principais causas. Vale salientar o acréscimo substancial das afecções perinatais no componente da mortalidade, acompanhado pelas anomalias congênicas, a redução acentuada das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRA). Nota-se a melhoria da qualidade dos dados coletados, que se reflete no decréscimo das causas mal definidas.

Gráfico 5
Principais Gastos Hospitalares em Menores de 5 Anos
Brasil - SUS, 2001



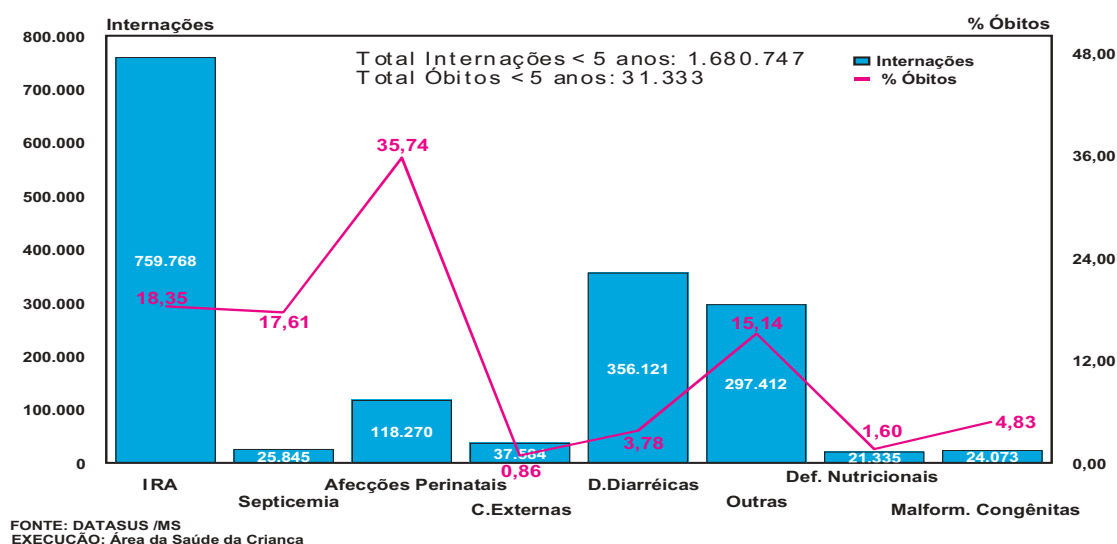
Fonte: Datasus/MS - SIH_SUS
Execução: Saúde da Criança-SPS/MS

Total Gastos < 5 anos: R\$ 656.515.002,98

Apresentamos anteriormente (Gráfico 5) o detalhamento do gasto efetuado com as internações e óbitos, ocorridos na rede pública e conveniada de saúde do SUS, em menores de 5 anos, no ano de 2001, baseado nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), do DATASUS/MS. Isso representou um gasto total de R\$ 656.515.002,98. A maior causa de despesas com hospitalizações foi devido às IRA, que representaram 41,5%, seguidas pelas afecções perinatais com 16,0% e pelas doenças diarreicas com 10,4%; completando a lista estão as septicemias, que contribuíram com 4,0%, as malformações congênitas com 2,9%, as causas externas com 2,4%, e as deficiências nutricionais com 1,1%. O conjunto das demais causas compreendeu 22,4%.

Apresentamos, no gráfico abaixo, as principais causas de internações e óbitos em menores de 5 anos, ocorridos no Brasil, na rede do SUS, no ano de 2001.

Gráfico 6
Principais Causas de Internações e Óbitos em < de 5 Anos
Brasil - Procedimentos Realizados pelos SUS, 2001

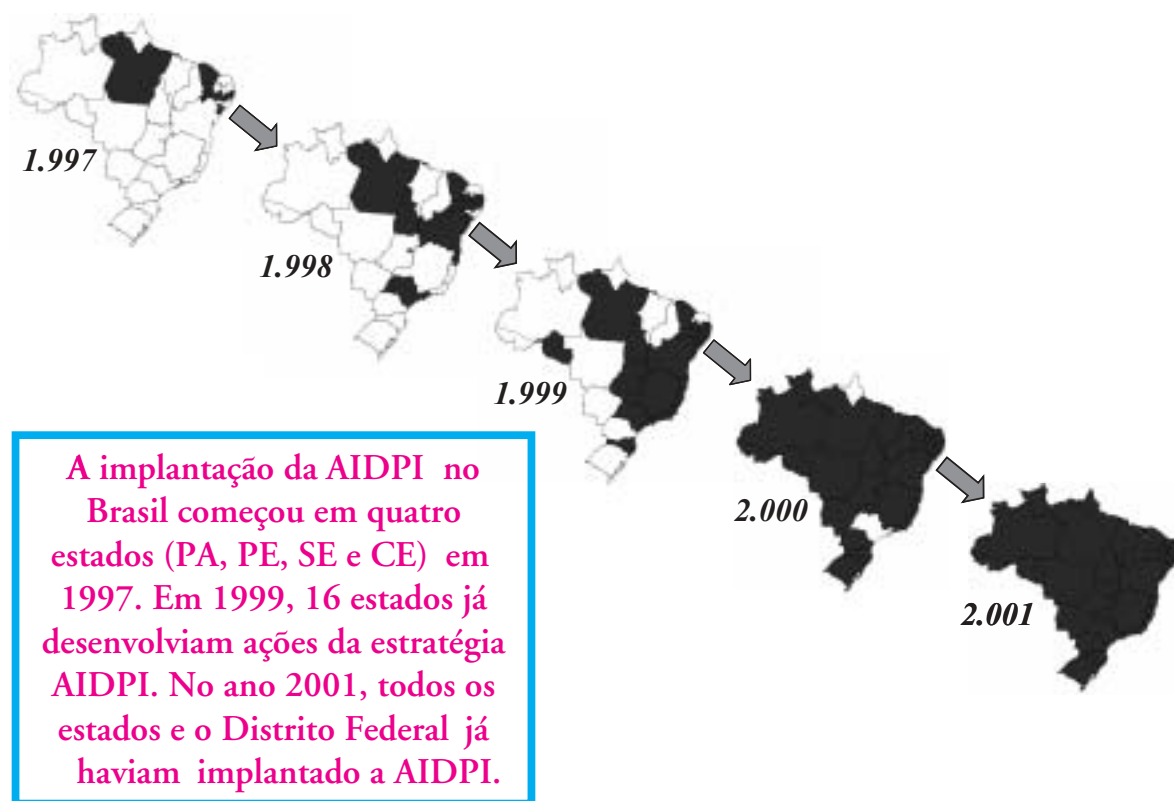


Temos, assim, bem definidas as causas relevantes que devem ser enfrentadas, visando à melhoria da atenção prestada à população infantil, assim como a redução e otimização do gasto público.

O Ministério da Saúde tem promovido ações específicas na saúde infantil, como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas agudas, controle das doenças respiratórias agudas, programa ampliado de imunizações, promoção de alimentação saudável e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros. Nessa última década, foram incorporadas ações específicas em estratégias de reforço à atenção básica, que visam a apresentar um novo paradigma de modelo assistencial, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), que apontam para a necessidade de um trabalho amplo e integrado. Todos abrangem ações destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a morbimortalidade na infância, sendo implementados prioritariamente em municípios de maior risco para mortalidade infantil.

Apresentamos no Gráfico 7, a seguir, como se deu a implantação da Estratégia AIDPI, que se iniciou no Ceará, Pará, Pernambuco e Sergipe, a partir de 1997, com adesão gradativa dos outros Estados brasileiros. No ano anterior começou a capacitação dos multiplicadores nacionais e a adaptação do material genérico da OMS às normas técnicas nacionais. Em 2002, todos os Estados contavam com multiplicadores capacitados, que são denominados facilitadores.

Gráfico 7
FASES DA IMPLANTAÇÃO DE AIDPI NO BRASIL, 2002




Fonte:

A seguir, no gráfico 8, poderemos ver as fases ou etapas da implantação da Estratégia AIDPI em nosso país.

Gráfico 8
EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE AIDPI NO BRASIL, 1997-2002





A estratégia AIDPI só pode ser efetiva se a família levar a criança doente no momento oportuno a um profissional de saúde que recebeu capacitação adequada. Por isso, um aspecto importante da prática da atenção integrada é recomendar às famílias (e procurar certificar sobre a compreensão da mensagem transmitida) quais os casos apresentados pela criança doente que devem procurar atendimento urgente no serviço de saúde, sobre as consultas de rotina para vacinação e controle de crescimento e desenvolvimento, assim como aconselhamento sobre os cuidados a serem prestados à criança em casa e sobre as medidas de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o trabalho já realizado em numerosos municípios brasileiros pelo PSF e PACS é fundamental para a implantação e implementação dessa estratégia.

Um trabalho relevante que vem sendo desenvolvido, especialmente nos últimos quatro anos, é o envolvimento de docentes de escolas médicas e de enfermagem. Visa, principalmente, a inserção do conteúdo programático abordados na Estratégia AIDPI nas diversas disciplinas dos cursos da área da saúde. Muitas dessas escolas integram os Pólos de Capacitação do PSF, responsáveis pelos cursos dados às suas equipes, que utilizam a estratégia AIDPI no atendimento à criança.

As fases ou etapas da implantação de AIDPI na docência são:

1. **Preliminar:** participação de docentes em Seminário de Sensibilização sobre AIDPI;
2. **Inicial:** conta com docentes capacitados em cursos de docentes, de facilitadores ou curso operacional;
3. **Intermediária:** conta com disciplinas abordando conteúdo programático de AIDPI em cursos para alunos e internos;
4. **Avançada:** realiza cursos formais sistemáticos de AIDPI para alunos e internos;
5. **Ultra Avançada:** desenvolve atividades de pesquisa em temas de AIDPI, além dos cursos regulares.

2 ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

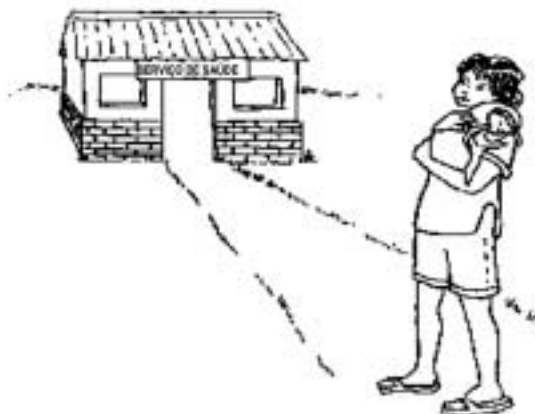
O objetivo da estratégia AIDPI não é estabelecer um diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida quanto a natureza da atenção requerida pela criança: encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio.

As condutas de atenção integrada descrevem como tratar crianças doentes que chegam ao serviço de saúde no nível primário, tanto para a primeira consulta como para uma consulta de retorno, quando se verificará se houve melhora ou não. Embora a AIDPI não inclua todas as doenças, abrange aquelas que são as principais causas pelas quais se leva uma criança ao serviço de saúde.

Uma criança que retorna com problemas crônicos ou que é acometida de doenças menos comuns, talvez necessite de atenção especial, o que não é o objeto deste curso. Da mesma forma, o curso não se destina ao tratamento de traumas ou outras emergências graves decorrentes de acidentes ou ferimentos, assim como não inclui o tratamento de outras doenças da infância. Nesses casos, ou se a criança não responde às condutas de tratamento padronizado indicadas neste curso, apresenta um estado grave de desnutrição ou retorna repetidamente ao serviço de saúde, deve-se referi-la a um serviço de saúde, onde poderá receber tratamento especializado.

Embora os profissionais de saúde tenham experiência no manejo de doenças comuns da infância e recebam capacitação específica para cada doença como, por exemplo, infecções respiratórias agudas ou doença diarreica aguda, muitas vezes a capacitação não ajuda a sistematização da consulta clínica, quando a criança apresenta vários problemas. Com limitações de tempo e de recursos é difícil para os profissionais de saúde identificar e tratar todos os problemas de saúde da criança ao mesmo tempo. É preciso levar em conta que existem relações importantes entre as doenças. Por exemplo: episódios repetidos de diarreia podem ocasionar ou agravar a desnutrição; essa por sua vez, nas formas graves ou complicadas, pode precipitar manifestações de xeroftalmia.

O profissional de saúde pode usar os procedimentos de atenção integrada apresentados neste curso para avaliar rapidamente todos os sintomas e sinais que a criança apresenta, classificar o quadro e adotar a conduta adequada. Se a criança está gravemente doente deverá ser encaminhada para um hospital. Se a doença não é grave, poderão ser adotadas as normas de tratamento ambulatorial ou domiciliar, orientando-se a mãe ou o responsável pela criança quanto ao tratamento, aos cuidados que lhes devem ser prestados no domicílio, assim como sobre os sinais indicativos de gravidade daqueles casos que exigirão retorno imediato da criança ao serviço de saúde para uma reavaliação.



2.1 METODOLOGIA DE ATENDIMENTO

Essa estratégia é apresentada em uma série de quadros que mostram a seqüência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde. Esses quadros descrevem os seguintes passos:

- 1 Avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade ou a criança de 1 semana a 2 meses de idade
- 2 Classificar a doença
- 3 Identificar o tratamento
- 4 Tratar a criança
- 5 Aconselhar a mãe ou o acompanhante
- 6 Atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade
- 7 Consulta de retorno

Esses passos são provavelmente parecidos com os que você utiliza atualmente para atender crianças doentes, ainda que possam estar sistematizados de outros modos. O passo denominado “AVALIAR A CRIANÇA” implica a preparação de um histórico de saúde da criança, mediante perguntas adequadas e um exame físico completo.

“CLASSIFICAR A DOENÇA” significa determinar a gravidade da doença; você selecionará uma categoria ou classificação para cada um dos sinais e sintomas principais que indiquem a gravidade da doença. As classificações não constituem um diagnóstico específico da doença, mas, ao contrário, são categorias utilizadas para identificar o tratamento.

Os Quadros de Conduta recomendam o tratamento apropriado para cada classificação. Quando se usam esses procedimentos, bastará procurar a classificação no quadro para poder “IDENTIFICAR O TRATAMENTO” da criança. Por exemplo, uma criança que tenha uma DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE, pode ter meningite, malária grave ou septicemia. Os tratamentos indicados para DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE são apropriados porque foram selecionados para cobrir as doenças mais importantes nessa classificação, não importando quais sejam.

“TRATAR” significa proporcionar atendimento no serviço de saúde, incluindo a prescrição de medicamentos e outros tratamentos a serem dispensados no domicílio, bem como as recomendações às mães para realizá-los bem.

“ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE” implica avaliar a forma pela qual a criança está sendo alimentada e proceder às recomendações a serem feitas à mãe sobre os alimentos e líquidos que deve dar à criança, assim como instruí-la quanto ao retorno ao serviço de saúde.

A atenção integrada às crianças doentes de 2 meses a 5 anos de idade é apresentada em três quadros intitulados:

- 1 AVALIAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE
- 2 TRATAR A CRIANÇA
- 3 ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE

A atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade é um pouco diferente daquela que é dada a crianças de mais idade e é descrita em um quadro intitulado AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR A CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE.

Os quadros foram desenhados para ajudar o profissional de saúde a atender as crianças de forma correta e eficiente. Este curso o capacitará na utilização desses quadros e também incluirá sessões de prática clínica. Ao concluir o curso, os quadros lhe ajudarão a recordar e pôr em prática o que foi aprendido quando tiver que atender crianças doentes em seu serviço de saúde.

2.2 OBJETIVO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO

Este curso de capacitação foi elaborado com o propósito de ensinar as condutas de ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que atendem crianças no nível de atenção primária.

O profissional de saúde receberá orientação de como tratar as crianças doentes seguindo os quadros de conduta que incluem informações sobre como:

- avaliar sinais e sintomas de doenças, o estado nutricional e de vacinação da criança;
- classificar a doença, identificar o tratamento adequado para cada classificação e decidir se cabe referi-la ou não ao hospital;
- administrar tratamentos prévios antes de referir a criança ao hospital (como a primeira dose de um antibiótico, vitamina A, uma injeção de antimalárico ou começar o tratamento para evitar uma hipoglicemia) e como referir a criança;
- administrar tratamentos no serviço de saúde como, por exemplo, terapia de hidratação oral (TRO), nebulização e aplicação de vacinas;
- ensinar a mãe a administrar medicamentos específicos em casa, como um antibiótico oral, um antimalárico oral ou um suplemento alimentar específico;
- recomendar à mãe sobre a alimentação e os cuidados a serem prestados à criança em casa;
- orientar à mãe quando deve retornar imediatamente e para a consulta de retorno; e
- reavaliar o caso e prestar a atenção apropriada quando a criança voltar ao serviço de saúde.

2.3 MÉTODOS E MATERIAIS DO CURSO


Além do Manual de Quadros de Conduta, você receberá uma série de apostilas, que chamamos módulos, para explicar-lhe cada passo. Esses módulos são assim denominados:

- *Avaliar e Classificar a Criança Doente de 2 Meses a 5 Anos de Idade*
- *Identificar o Tratamento*
- *Tratar a Criança*
- *Aconselhar a Mãe ou o Acompanhante*
- *Atenção à Criança de 1 Semana a 2 Meses de Idade*
- *Consulta de Retorno*

Os módulos incluem exercícios que lhe ajudarão a conhecer cada um dos passos. A maior parte desses exercícios proporciona informações clínicas que descrevem a criança doente e fazem uma série de perguntas. Alguns exercícios usam fotografias ou vídeos. É preciso que você ESTUDE E FAÇA OS EXERCÍCIOS de cada módulo.

Existe o GUIA DO FACILITADOR, que serve de orientação para os professores do curso, denominados facilitador e instrutor clínico, assim como o MANUAL DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO PÓS-CAPACITAÇÃO, destinado a profissionais de nível central ou que trabalham nas regionais de saúde e que fazem o seguimento dos treinandos. Objetiva identificar e superar eventuais dificuldades encontradas pelo profissional que atende nessa nova abordagem, assim como ajudar o gerente local a reorganizar a atenção básica para uma maior resolutividade e eficácia. Esses dois módulos somente são usados nos cursos para facilitadores e docentes.

Além desses módulos, há o MÓDULO DE FOTOGRAFIAS e fitas de videocassete que mostram a metodologia do atendimento e vários casos clínicos. Existem formulários de registros de casos, cartazes, fôlderes, folhetos explicativos para a mãe e acompanhante, bem como uma vasta bibliografia para apoiar o aprofundamento das bases técnicas da estratégia AIDPI e para atualização de trabalhos publicados sobre os temas abordados.



Durante aproximadamente a metade de cada dia do curso, você visitará serviços de saúde e áreas de internação para poder observar e realizar sessões práticas na atenção de crianças doentes. Nessas sessões clínicas você avaliará, classificará e tratará crianças e ensinará às mães como cuidar delas em suas casas. As sessões de prática clínica lhe darão oportunidade para aplicar os conhecimentos adquiridos através dos módulos. Você poderá fazer perguntas e receber orientação se surgirem dificuldades. Ao final do curso, você terá obtido experiência no tratamento de crianças segundo a estratégia de ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA e se sentirá seguro para continuar aplicando esse método em seu serviço de saúde.

Cada curso contará com um coordenador e terá, para cada grupo de oito a dez treinandos, um facilitador, um co-facilitador e um instrutor clínico. Onde a AIDPI estiver sendo implantada ou onde não existir pessoas com experiência nesse tipo de curso, deverá haver um coordenador administrativo (do estado, município ou instituição), responsável pelos aspectos logísticos e operacionais, e um coordenador técnico, externo, que dará apoio às questões técnicas e acompanhará o desenrolar do curso. Em cursos com um pequeno número de participantes (oito), o coordenador poderá atuar também como facilitador.

2.4 COMO SELECIONAR OS QUADROS DE CONDUTA APROPRIADOS

A maior parte dos serviços de saúde tem algum tipo de procedimento para inscrever crianças e identificar se vieram à consulta porque estão doentes ou por qualquer outra razão, como uma visita de rotina, aplicação de uma dose de vacina, controle de crescimento e desenvolvimento. Quando a mãe traz a criança ao serviço de saúde porque está doente e lhe encaminham o caso, você precisa primeiramente saber a idade da criança, para poder selecionar o quadro de conduta apropriado e começar o processo de avaliação. Dependendo do procedimento adotado ao inscrever os pacientes no seu serviço de saúde, é possível que já tenha sido anotado o nome da criança, sua idade e outra informação pertinente, como, por exemplo, seu endereço. Se não for o caso, você deverá começar perguntando o nome e a idade da criança.

Determine em que grupo de idade a criança se encontra:

- de 1 semana a 2 meses de idade; ou
- de 2 meses a 5 anos de idade.

Se a criança tem entre 2 meses e 5 anos de idade, consulte o quadro intitulado AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE. A expressão “... a cinco anos de idade” significa que a criança ainda não completou 5 anos. Assim, esse grupo de idade inclui uma criança que tenha 4 anos, 11 meses e 29 dias, porém não inclui uma criança que já tenha 5 anos.

Uma criança que tenha 2 meses se enquadrará no grupo de 2 meses a 5 anos de idade, não no grupo de 1 semana a 2 meses de idade, ou seja, até 1 mês e 29 dias. Caso a criança ainda não tenha completado 2 meses, deverá ser usado o quadro AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR A CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE.

No módulo seguinte, AVALIAR A CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES A 5 ANOS DE IDADE, você aprenderá a avaliar e classificar uma criança dessa faixa etária. A forma de atender a uma criança menor de 2 meses é ensinada mais adiante, no módulo ATENÇÃO À CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE.

3 DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO

Ácidos graxos essenciais:

Gorduras que são necessárias para o desenvolvimento da visão e do sistema nervoso central da criança. Esses ácidos não estão presentes no leite de vaca e na maior parte dos leites preparados para crianças.

Alimentação ativa:

Encorajar a criança para que ela se alimente sozinha ou sente-se com ela, levando-lhe a colher à boca.

Alimentos de transição ou alimentos complementares:

São alimentos administrados à criança que está sendo amamentada, a partir dos 6 meses de idade. Toda criança a partir dos 6 meses de idade deve receber alimentos complementares pastosos e nutritivos, como cereal misturado com azeite e pedacinhos de carne, verduras ou peixes. Esses alimentos eram, anteriormente, denominados “alimentos de desmame”.

Alto conteúdo energético:

Alimentos ricos em energia (ou calorias), como os amidos ou óleo.

Amamentação exclusiva:

É quando a criança recebe apenas leite materno, sem nenhum outro tipo de alimento, água ou outros líquidos (com exceção dos remédios e vitaminas, caso necessário).

Avaliação da alimentação:

É o processo de averiguar, durante a consulta, qual é a alimentação que a criança recebe quando for recomendado (o quadro aconselhar a mãe ou o acompanhante indica as perguntas que devem ser feitas).


Avaliar:

Comparar os sintomas apresentados pela criança com um determinado quadro de referência. Neste curso significa examinar a criança e identificar os sinais e sintomas da doença.

Baixo peso ao nascer:

As crianças que nascem com menos de 2.500 gramas são consideradas como baixo peso, seja devido ao insuficiente crescimento no útero ou porque a criança é prematura (nascida antes de 37 semanas de gestação).

Bebe muito mal:	A criança bebe muito pouca quantidade de líquidos, segundo a mãe. No contexto deste curso, sugere incapacidade para beber.
Capacidade de comunicação:	Técnicas utilizadas para ensinar e recomendar à mãe, como: perguntar e escutar, elogiar, recomendar e verificar se foi entendido o que se explicou.
Classificação grave:	Doença muito grave que requer atenção urgente e indica a necessidade de referir o paciente a um hospital para internação. As classificações de doenças graves aparecem nas faixas vermelhas no quadro de AVALIAR E CLASSIFICAR.
Classificar:	Significa selecionar uma categoria considerando a gravidade da doença baseando-se nos sinais e sintomas apresentados pela criança. Classificar não é fazer um diagnóstico.
Consulta de retorno:	Uma visita de retorno ao serviço de saúde solicitada pelo profissional de saúde para reavaliar a criança, ou seja, certificar se o tratamento está fazendo efeito ou se é necessário tratamento adicional ou encaminhamento da criança ao hospital.
Doença:	Doença ou grupo de doenças específicas, classificadas segundo sinais e sintomas. Por exemplo, DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE: essa classificação inclui várias doenças, como meningite, malária cerebral e septicemia.
Enfermidade:	Conjunto de sinais e sintomas de doenças que precisam ser avaliados e classificados para eleger o tratamento.
Estado nutricional:	Condição de nutrição da criança. Neste curso, a desnutrição clínica é considerada se a criança apresenta sinais de edema bilateral de dorso de pés, emagrecimento acentuado ou ambos (classificada como desnutrição grave). As crianças com déficit de peso para a idade classificadas como peso muito baixo, peso baixo ou ganho insuficiente são consideradas como portadoras de déficit de crescimento e, indiretamente, dependendo da história alimentar e socioeconômica, como forma não clínica de desnutrição.



Febre:	No contexto deste curso, febre abrange: uma história de febre (como informado pela mãe); quando ao tocar a criança nota-se que ela está quente; que a temperatura axilar é igual ou superior a 37,5°C ou a temperatura retal superior a 38°C.
Fórmulas infantis:	São fórmulas de dietas lácteas preparadas especialmente para crianças menores de 1 ano de idade.
Ganho insuficiente de peso:	Quando o sentido da curva de peso está estacionário ou descendente.
Hipotermia:	Temperatura do corpo abaixo do normal (menos de 35,5°C axilar ou menos de 36°C, temperatura retal).
Hospital:	Qualquer instalação de saúde com leitos e insumos para atender os pacientes internados, onde existem profissionais com experiência para tratar crianças gravemente doentes.
Serviços de saúde do primeiro nível de atenção:	São locais como, por exemplo, um centro de saúde, posto rural de saúde ou o ambulatório externo de um hospital, onde as pessoas procuram, no início da doença atual, a atenção básica dentro do sistema de saúde.
Atenção integrada:	Visão conjunta do atendimento às doenças nos diferentes aspectos da promoção, prevenção e tratamento. A AIDPI complementa o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC/MS) que inclui as cinco ações básicas de saúde.
Nascido a termo:	Criança nascida a partir da 37. ^a semana de gestação.
Paciente internado:	Paciente que se encontra hospitalizado e recebe tratamento médico, alimentação e outros cuidados necessários.
Paciente externo:	Paciente que é atendido em serviços ambulatoriais de hospitais, centros, postos de saúde ou outros serviços de atenção primária.

Perguntas de verificação:

Perguntas para averiguar a compreensão das pessoas e determinar se necessitam de explicações mais detalhadas. Por exemplo, depois de ensinar a uma mãe a forma de alimentação apropriada, o profissional de saúde deve perguntar-lhe: “Que alimentos dará ao seu filho?”

Prematuro:

Criança que nasce antes da 37.^a semana de gestação.

Primeira consulta:

A primeira visita que se faz a um serviço de saúde por causa da doença ou problema de saúde atual.

Problemas de alimentação:

Diferença entre a alimentação real da criança e as recomendações que são proporcionadas no quadro aconselhar a mãe ou o acompanhante, assim como outros problemas, como, por exemplo, a dificuldade para amamentar, o uso de mamadeira, falta de alimentação ativa e o que a criança não come bem durante uma doença.

Profissional de saúde:

Pessoa responsável pelo atendimento da criança no primeiro nível de atenção dos serviços de saúde.

Reavaliação:

Reexaminar uma criança para verificar se apresenta sinais de alguma doença específica, se ela está melhorando, se o estado está inalterado ou se apresenta piora do quadro.

Reavaliação total:

Executar na totalidade o procedimento do quadro avaliar e classificar, para ver se há melhora do quadro, bem como verificar a existência de novos problemas e classificá-los.

Recomendar:

Ensinar ou aconselhar a mãe em um contexto que inclui: fazer perguntas, escutar as respostas da mãe, orientar e dar conselhos pertinentes, assim como ajudá-la a resolver os problemas e verificar se ela entende o que lhe foi explicado.

Referência:

Referir o paciente para uma avaliação mais completa e tratamento adequado em unidade de saúde de maior complexidade.

Relactação:

Recomeçar a amamentar e voltar a produzir leite, depois de ter deixado de amamentar por um curto período de tempo.

Sem risco de malária:

Locais onde não há casos autóctones de malária.

Sinais:

Evidências físicas de que existe um problema de saúde. O profissional de saúde procura essas evidências observando, auscultando ou palpando o paciente. Como exemplos de sinais, podemos citar a respiração rápida, a tiragem subcostal acentuada, os olhos fundos, a rigidez de nuca e a secreção purulenta no ouvido.

Sintomas:

Problemas de saúde que a mãe mencione, como tosse, diarreia e dor de ouvido.

Sintomas principais:

Aqueles sobre os quais o profissional de saúde deve perguntar à mãe, quando está avaliando a criança. Os quatro sintomas principais que aparecem no quadro de avaliar e classificar são os seguintes: tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre e problema de ouvido.

Produtos lácteos comercializados para alimentação da criança:

Leite de vaca ou leite em pó (incluindo o de soja) ou outras fórmulas infantis.

4 ANEXOS

ANEXO 1 PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS COM ESTRATÉGIA AIDPI

- 1) **Facilitador** – trata-se da pessoa que atua como professor/multiplicador nos diversos cursos de AIDPI. A capacitação do facilitador é feita por meio de curso específico para esse tipo de atividade. Em geral, esse curso tem duração de 10 a 12 dias úteis, com um reforço maior no conteúdo de bases técnicas de AIDPI, de metodologias de ensino e de técnicas de comunicação. O referido curso inclui nos 1 e ½ ou 2 dias finais, a capacitação para a atividade de “Acompanhamento e avaliação pós-capacitação”, com as práticas desse seguimento. Essa atividade de “Acompanhamento e avaliação pós-capacitação” (ou seguimento) deve ser feita num prazo proposto de dois meses depois do curso, quando o profissional capacitado como facilitador ou outro profissional de nível central (das secretarias municipais e estaduais de saúde ou das DIRES) capacitado em AIDPI visita o profissional capacitado, que está atendendo na metodologia proposta pela AIDPI, para identificar as principais dificuldades encontradas pelo profissional na sua prática clínica e operacional, a fim de superar eventuais entraves. Nessa ocasião é feita a observação do atendimento da criança pelo profissional, a entrevista com a mãe ou acompanhante para verificar o seu grau de satisfação e compreensão do atendimento, assim como a entrevista com o chefe da unidade e a verificação das instalações e insumos dessa unidade.
- 2) **Docente** – é o profissional que é professor de escolas de Medicina ou de Enfermagem, que participa de cursos de AIDPI. O envolvimento do professor objetiva, sobretudo, a inclusão do conteúdo programático da estratégia AIDPI na graduação dessas escolas, visando, sobretudo, a adequação do profissional em formação para atender o perfil epidemiológico de nosso País.

O curso para docentes de Pediatria tem a duração de cinco a sete dias, dependendo do conhecimento anterior dos treinandos, das afecções mais frequentes da área da criança, segundo as normas preconizadas pelo MS.

- 3) **Profissional** do nível operacional – trata-se do profissional médico ou enfermeiro que atua nos serviços de saúde, priorizando os integrantes da equipe do PSE.

O curso de AIDPI para capacitar o profissional do nível operacional é realizado em oito dias, com um componente maior em atividades práticas. Nesse tipo de curso a maioria dos treinandos não conhece as Ações da Área da Saúde da Criança como o Controle e Assistência às IRA, Controle das Doenças Diarréicas Agudas, Promoção do Crescimento e Desenvolvimento, Incentivo ao Aleitamento Materno, Normas para Alimentação Saudável e Condutas de Controle de Desnutrição, etc., preconizadas pelo MS, tomando uma parte razoável do tempo do curso para esses temas.

Cada curso terá um coordenador e contará, para cada grupo de oito a dez treinandos, com um facilitador, um co-facilitador e um instrutor clínico.

Funções dos responsáveis pelo desenvolvimento de cada curso:

- 1) **Coordenador** – é a pessoa que cabe organizar e dirigir o curso. Ele deverá adotar medidas e delegar responsabilidades antes, durante e depois do curso. O coordenador deverá contar com uma secretária ou assistente para ajudá-lo nessas tarefas.

Onde a AIDPI estiver sendo implantada ou onde não existir pessoas com experiência nesse tipo de curso, deverá haver um coordenador administrativo (do estado, município ou instituição que promove o curso), responsável pelos aspectos logísticos e operacionais, e um coordenador técnico, externo, mais experiente nesse tipo de curso, que dará apoio às questões técnico-científicas e acompanhará o desenrolar do curso. Em cursos com um pequeno número de participantes (menor de dez), o coordenador poderá atuar também como facilitador.

Ao coordenador compete:

- definir a data, o cronograma do curso e o lugar de sua realização;
- comunicar-se com as instituições responsáveis para preencher as vagas (para treinandos), atendendo a critérios de seleção segundo o perfil definido para cada tipo de curso;
- definir os facilitadores e instrutores clínicos que atuarão nesse curso;
- remeter convite aos facilitadores e treinandos, onde conste as informações necessárias detalhada, como o objetivo e organização do curso, início e término, a exigência de frequência integral, acordos para a viagem (quando precisar) e pagamento de diárias;
- comunicar-se com os gerentes de unidades onde serão desenvolvidas as atividades do curso;
- providenciar todo material a ser utilizado;
- definir o local apropriado para todas as atividades teóricas e práticas e visitá-las na véspera do evento;
- providenciar passagens (quando precisar) e hospedagem para o pessoal de fora e alimentação para todos os participantes, inclusive o pessoal de apoio;
- providenciar transporte quando as atividades exigirem deslocamento;
- conferir os suprimentos necessários para cada participante, para grupos e subgrupos;
- providenciar os acordos para a cerimônia de abertura e de encerramento;
- reunir com os facilitadores no dia anterior ao início do curso, para a discussão da agenda, verificação da lista de participantes, organização das pastas individuais, a seleção e distribuição do material utilizado (inclusive computador, retroprojeter, projetor de slides, tv, videocassete e fitas), a bibliografia disponível para consulta, a fixação de cartazes e pôsteres e a divisão dos grupos de trabalho fixada nas salas e no plenário;
- emitir os certificados de conclusão;
- cuidar dos aspectos administrativos, inclusive pagamento de materiais e serviços;
- realizar reunião, no final de cada dia, com a presença dos facilitadores e instrutores clínicos, quando serão discutidos o andamento dos trabalhos nos grupos, procurando uniformizar o seu ritmo, os pontos que precisam ser reforçados, como superar as dificuldades detectadas entre os participantes e revisar as atividades do dia seguinte.

2) **Facilitador** – a quem cabe orientar as atividades e exercícios dos módulos, dirigir os debates em grupo e revisar o trabalho individual do treinando. Deve ter atuado, no mínimo, em dois cursos desse tipo. Ao facilitador compete:


- examinar a relação de treinandos por categoria e local de origem, antes de cada curso;
- fazer a divisão dos grupos e subgrupos;
- visitar os locais das atividades teóricas e práticas;
- verificar a disponibilidade de todo material necessário e a colocação dos cartazes a ser utilizado em cada dia;
- revisar o conteúdo abordado na véspera de cada sessão e resumir os pontos importantes que foram vistos no final do dia;
- esclarecer pontos relacionados ao conteúdo técnico-científico e superar dúvidas e dificuldades;
- indicar bibliografia apropriada para aprofundar os temas abordados;
- distribuir e recolher as fichas de avaliação e preencher a da avaliação de cada treinando;
- anotar no quadro específico, os casos observados por cada treinando, providenciando que todos observem os sinais e sintomas das afecções abordadas no curso;
- zelar para o bom andamento do trabalho individual e do grupo, evitando atraso e adiantamento;
- fornecer leitura adicional ao treinando que está adiantado;
- dirigir as sessões de vídeo e as dramatizações;
- promover retroalimentação individual.

O curso pode contar com co-facilitadores, que são profissionais capacitados em curso de multiplicador, mas que não atuaram em nenhum curso. Isso propiciará oportunidade de adquirir experiência na metodologia utilizada e aprofundar conhecimentos das bases técnicas. O co-facilitador atuará no grupo, juntamente com o facilitador.

3) **Instrutor clínico** – a quem cabe selecionar os casos a serem observados e atendidos, nas práticas de cada dia, além de supervisionar as sessões de prática clínica. Ele deve identificar casos de todas as afecções abordadas na estratégia.

Ao instrutor compete:

- selecionar a cada dia os sinais e sintomas a serem mostrados;
- preencher o Formulário de Registro do caso a ser avaliado;
- demonstrar o sinal e sintoma a ser visto antes de cada sessão;
- demonstrar alguma nova habilidade clínica, como, por exemplo, uma outra parte do processo de atendimento;
- designar cada participante para avaliar uma criança;
- observar a avaliação e classificação do caso feita pelo treinando;
- propiciar revisão de sinais e sintomas e debater outros casos referentes ao tema do dia, visando à fixação ou esclarecimento de dúvidas;
- aproveitar para mostrar sinais e sintomas pouco frequentes e difíceis de serem percebidos;
- anotar os sinais e sintomas vistos por cada treinando no quadro específico, conferindo o grupo para que avaliem todos os pontos daquele dia;
- dar um reforço positivo e encorajar o treinando para ajudá-lo a se aperfeiçoar;
- fazer o resumo ou designar um treinando para fazê-lo no final de cada sessão.



Os facilitadores e instrutores participarão da avaliação dos treinandos e colaborarão com o coordenador desde o planejamento do curso até a elaboração do relatório final.

No final do curso, cada aluno deverá preencher o formulário de avaliação individual sobre o curso, sobre o material utilizado, assim como sobre o desempenho dos professores, recebendo, então, o certificado de sua participação se cumpriu integralmente todo o programa.

O treinando deverá ser encorajado a discutir com o facilitador e com o instrutor clínico as dúvidas relativas às bases técnicas dessa estratégia, bem como qualquer questão de seu interesse.



ANEXO 2

CENTROS DE REFERÊNCIA

- Centro de Referência César Pernetta – IPPMG/UFRJ – Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS
Av. Brigadeiro Trompowsky, s/n – Cidade Universitária – Ilha do Fundão
CEP: 21941-000 – Rio de Janeiro, RJ.
Fone: (21) 2562-6109
- Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS – Secretaria de Saúde do Distrito Federal: Núcleo Normativo de Saúde da Comunidade/PAISC
SHMS – 301 Ed. Pioneiras Sociais – 8.º andar – CEP: 70334-900 – Brasília, DF.
Fone: (61) 325-4900
- Hospital Infantil Albert Sabin – Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS
Rua Tertuliano Sales, 544 – Vila União – CEP: 60410-790 – Fortaleza, CE.
Fone: (85) 488-9621
- Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP - Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647 – Cerqueira César – CEP: 05.403-900 – São Paulo, SP.
Fone: (11) 3069-8500
- Instituto Fernandes Figueira – IFF – Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS
Avenida Rui Barbosa, 716 – Flamengo – CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro, RJ.
Fone: (21) 2553-0052
- Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP – Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS
Rua dos Coelho, 300 – Boa Vista – CEP: 50070-550 – Recife, PE.
Fone: (81) 3413-2265
- Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente – UREMIA – Centro de Referência de Promoção da Saúde para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança/MS – Secretaria Estadual de Saúde do Pará
Av. Alcindo Cacela, 1.421 – CEP: 66040-020 – Belém, PA.
Fone-fax: (91) 246-2303

ANEXO 3

BIBLIOGRAFIA DE APOIO – AIDPI

1. BASICS. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil*: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados de educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades. Arlington, VA, 1997.
2. BEMFAM/IBGE/ Ministério da Saúde/ Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde - DHS - Macro Internacional, Inc./USAID/FNUAP/UNICEF. *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999.
3. BENGUIGUI, Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): an innovative vision for child health care. *Brazilian Journal of Mother and Child Health*, Recife, v. 1, n. 3, set./dez. 2001.
4. _____. Perspectives of diseases control in children: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). *Brazilian Journal of Mother and Child Health*, Recife, v. 1, n. 1, jan./abr. 2001.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Caderno de Ética em Pesquisa*, Brasília, ano I, n. 1, 1998.
6. _____. *Caderno de Ética em Pesquisa*, Brasília, ano II, n. 2, 1999.
7. _____. *Caderno de Ética em Pesquisa*, Brasília, ano III, n. 4, 2000.
8. _____. *Caderno de Ética em Pesquisa*, Brasília, ano III, n. 5, 2000.
9. _____. *Caderno de Ética em Pesquisa*, Brasília, ano III, n. 6, 2000.
10. BRASIL. Constituição (1988). *Emenda Constitucional n.os 1 a 26*. Edição administrativa atualizada em fevereiro de 2000. Brasília, DF, 2000.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. *A Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
12. _____. *Ações básicas de saúde e desenvolvimento da criança*: texto de Apoio ao Trabalho do Instrutor Supervisor na Capacitação do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
13. _____. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
14. _____. *Assistência à criança com infecção respiratória aguda*: módulo 2: caderno de respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
15. _____. *Assistência e controle das doenças diarreicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
16. _____. *Assistência e controle das infecções respiratórias agudas*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
17. _____. *Atenção básica à saúde da criança*: texto de apoio para o agente comunitário de saúde: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
18. _____. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI*: material instrucional. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
19. _____. *Atendimento Integrado à Saúde e Desenvolvimento da Criança*: módulo 3: ações básicas, cuidado com recém-nascido, infecções respiratórias agudas, desenvolvimento da criança, controle da diarreia, aleitamento materno e imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
20. _____. *Brasil: estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
21. _____. *Caderno de atenção básica*: a implantação da unidade básica de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, jun. 2000.
22. _____. *Dez passos para uma alimentação saudável*: guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
23. _____. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
24. _____. *Guia alimentar para criança brasileira menores de dois anos*: bases técnico-científicas: diagnóstico alimentar e nutrição: recomendações. Brasília, DF, 2000. (mimeo).
25. _____. *Guia alimentar para crianças menores de 2 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
26. _____. *Guia de medicamentos genéricos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
27. _____. *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Manuais; n. 18).

28. _____. *Guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
29. _____. *IRA: oxigenoterapia nas infecções respiratórias agudas em crianças*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
30. _____. *IRA: tratamento da febre em crianças com infecção respiratória aguda*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
31. _____. *Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde de seis capitais do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
32. _____. *Manual de assistência ao recém-nascido*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
33. _____. *Manual de condutas para os agentes comunitários de saúde: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI: procedimentos para crianças de 2 meses a 5 anos de idade*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
34. _____. *Manual de normas e procedimentos: farmácia básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
35. _____. *Manual para pesquisa em unidades de saúde: manejo de casos de infecções respiratórias agudas: manual de instrução*. Brasília, 1996. (mimeo).
36. _____. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS 196/96 e outras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
37. _____. *O Que podemos fazer juntos: desenvolvimento global e atividades da criança até 3 anos*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
38. _____. *Política nacional de alimentação e nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
39. _____. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série E., n. 8).
40. _____. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
41. _____. *Tratamento de pneumonias em hospitais de pequeno e médio portes*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
42. _____. *Treinamento no tabulador genérico*. Brasília: Ministério da Saúde, [199-?].
43. _____. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Caderno de Atenção Básica, n. 8).
44. BRASIL. Ministério da Saúde; Departamento de Atenção Básica. *Divulgação em saúde para debate*. Os caminhos do PSF no Brasil. As cidades escrevendo suas histórias. Rio de Janeiro, n. 21, dez. 2000.
45. _____. *Mapa de atividades da Coordenação de Investigação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
46. BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Atendimento Integrado à Saúde e Desenvolvimento da Criança: módulo I: cartão da criança: instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
47. _____. *Atendimento Integrado à Saúde e Desenvolvimento da Criança: módulo II: roteiro de visita domiciliar*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
48. _____. *Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
49. _____. *Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e na adolescência*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.
50. _____. *Manual de terapêutica da malária*. 6. ed. revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
51. _____. *Vigilância epidemiológica: estudos epidemiológicos*. Brasília: Ministério da Saúde, ago. 2000.
52. BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde; CENEPI. *Manual dos centros de referência de imunobiológicos especiais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
53. _____. *Manual de normas de vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
54. _____. *Manual de vigilância epidemiológica dos eventos adversos pós-vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
55. _____. *Recomendações para vacinação de pessoas infectadas pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
56. _____. *Recomendações para imunização ativa e passiva de doentes com neoplasia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
57. BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. *Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde*. Brasília, 2001.
58. BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. *AIDPI para o curso médico: módulo para capacitação na graduação*. Brasília, 2001. (Mimeo).
59. _____. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: avaliação nas unidades de saúde*. Brasília, 2002.
60. _____. *Avaliação do manejo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI nas unidades de saúde: módulo do avaliador*. Brasília, 2001. (mimeo).
61. _____. *Avaliação do manejo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI nas unidades de saúde: manual de instrução*. Brasília, 2000. (mimeo).
62. _____. *Manejo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI nas unidades de saúde*. Brasília, 2001. (mimeo).
63. BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva. *DATASUS-SIH-SUS TABNET*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
64. BRASIL. Ministério da Saúde; The Brithish Council. *Guias alimentares para crianças menores de dois anos no centro-oeste do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

65. _____. *Guias alimentares para crianças menores de dois anos no nordeste do Brasil: da teoria à prática*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
66. FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco de 1998 a 1999*. Recife: [s.n.], 2001.
67. IMCI Interagency Working Group on Monitoring and Evaluation. WHO/UNICEF/USAID/ BASICS/CDC. Lineamientos para la Encuesta "Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes en la Infância – AIEPI" a Servicios de Salud. Jun. 1999.
68. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos Demográficos. Brasília, [s.n.], 1992.
69. _____. *Pesquisa nacional de amostra domiciliar*. [S.l.: s.n.], [19--].
70. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA; UNICEF. *Municípios brasileiros: crianças e suas condições de sobrevivência*. [S.l.: s.n.], 1994.
71. INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO. *Método de pesquisa em saúde infantil*. Recife: [s.n.], 1996.
72. IPEA; IPLAN. *A Criança no Brasil: o que fazer?*. Brasília: [s.n.], 1990.
73. MURAY, John et al. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades*. Arlington, VA.: BASICS, 1997.
74. NOTÍCIAS sobre AIEPI. *La Meta del 2000*, n. 3, Mayo 2000.
75. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Manejo da desnutrição grave: manual para profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionistas e outros) e suas equipes auxiliares*. Genebra: [s.n.], 2000.
76. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição do Nordeste I. *Vitamina A na gestação e lactação: recomendações e relatório de uma consultoria*. Recife, 2001.
77. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Crianças saudáveis: a meta de 2002: fundamentos e justificativa. [S.l.: s.n.], 2000. (OPAS/HCP/HCT/AIDPI/00.1P).
78. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; Organização Mundial da Saúde. *Controle das infecções respiratórias agudas: implementação, acompanhamento e avaliação*. Washington, D.C.: [s.n.], 1997. (Série HCT/AIEPI-6.P).
79. _____. *Fonte de dados e definições utilizadas em saúde materno-infantil*. Washington, D.C.: [s.n.], 1994. (Série: HPM-CDR-SM 94-1.P).
80. _____. *Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controles*. Washington, D.C.: [s.n.], 1997. (Série HCT/AIEPI 8.P).
81. _____. *Infecções respiratórias em crianças*. Washington, D.C.: [s.n.], 1998. (Série HCT/AIEPI 1.P).
82. _____. *Investigações operacionais sobre o controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA)*. Washington, D.C.: [s.n.], 1997. (Série HCT/AIEPI-2).
83. _____. *IRA: bases técnicas das recomendações da OMS sobre o tratamento da pneumonia em crianças no primeiro nível de atenção*. Genebra: [s.n.], 1993. (OPAS/HMP/IRA/93.07).
84. _____. *IRA: broncodilatadores e outros medicamentos para o tratamento de doenças associadas com sibilância em crianças*. Washington, D.C.: [s.n.], 1994. (OPAS/HMP/IRA/94.19).
85. _____. *IRA: o cotrimoxazol para o tratamento da pneumonia nas crianças dos países em desenvolvimento*. Washington, D.C.: [s.n.], 1995. (OPAS/HMP/ARI/95.12).
86. _____. *IRA: os antibióticos no tratamento das infecções respiratórias agudas em crianças com menos de cinco anos*. Washington, D.C.: [s.n.], 1994. (OPAS/HMP/IRA/94.14).
87. _____. *IRA: tratamento ambulatorio de crianças com IRA: curso clínico de quatro dias: manual do participante*. Washington, D.C.: [s.n.], 1993. (OPAS/HMP/IRA/93.10).
88. _____. *Melhorando a saúde das crianças: AIDPI: o enfoque integrado*. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Série HCT/AIEPI 38-P).
89. _____. *Promoção crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescente: módulo do facilitador*. Washington, D.C.: [s.n.], 1999. (Série HCT/AIEPI 25.P.2).
90. _____. *Promoção do crescimento e desenvolvimento integral de crianças e adolescentes: módulo de aprendizagem*. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Série HCT/AIEPI 25.P.1).
91. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE et al. *Conversando com as mães*. Versão Preliminar. São Paulo: [s.n.], ago. 1999. (Série HCT/AIEPI-14).
92. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; Organización Pan-Americana de la Salud. *Informe de una reunión de consulta sobre: el uso quimioterapia para el control de la morbilidad debida a nematodos transmitidos por el*

suelo en humanos. Ginebra: [s.n.], 1996. (Série HCT/AIEPI 19.E).

93. _____. *Informe de una reunión de consulta sobre: uncinariasis y anemia en niñas y mujeres*. Ginebra: [s.n.], 1994. (Série HCT/AIEPI 18.E).

94. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) en Países de América Latina. In: REUNIÓN DE EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO USAID/LAC-OPS-BASICS, 2., 1999, El Salvador. *Anais...* Washington, D.C.: [s.n.], 2001. (Série HCT/AIEPI 49.E).

95. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. *Evaluación a servicios de salud en la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Primera Prueba Mundial*. Bolivia: [s.n.], 12-30 abr. 1999.

96. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. In: *Foro regional sobre el control del ASMA en el contexto de AIEPI*, Polamar, Estado Nueva Esparta, Venezuela, 1999. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Série HCT/AIEPI 35.E).

97. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. Reunión de la evaluación 2000 y perspectivas futuras de la iniciativa regional AIEPI del proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS II. Washington, D.C., mar. 2001. (Serie HCT/AIEPI 65.E).

98. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD et al. *Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil*. Washington, D.C. [s.n.], 2002. (Serie HCT/AIEDPI 44.E.).

99. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Organización Mundial de la Salud. *Acciones de salud materno infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia*. Washington, D.C.: [s.n.], [19--].

100. _____. *AIEPI lanzamiento de la iniciativa niños sanos: la meta 2002*. Washington, D.C., nov. 2000. (Serie HCT/AIEPI 33.E).

101. _____. *AIEPI neonatal: cuadros de procedimientos: curso de capacitación. Versión Preliminar de prueba*. Washington, D.C., 2002. (Serie HCT/AIEPI 68.E).

102. _____. *AIEPI neonatal: manual del participante: curso de capacitación. Versión Preliminar de prueba*. Washington, D.C., 2002. (Serie HCT/AIEPI 68.E).

103. _____. *AIEPI neonatal: curso de capacitación: fotografías. Versión Preliminar de prueba*. Washington, D.C., 2002. (Serie HCT/AIEPI 68.E).

104. _____. *Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: taller de planificación del componente comunitario*, Quito, Ecuador, 1999. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Série HCT/AIEPI 34.E).

105. _____. *Bibliografía: abastecimiento de agua y saneamiento en desastres*. Washington, D.C.: [s.n.], 1999. (Série HCT/AIEPI 31.E).

106. _____. *Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil*. Washington, D.C., 2002. (Serie HCT/AIEPI 44.E).

107. _____. *Bibliografía: cambio de prácticas a través de promoción, educación, información y comunicación en supervivencia infantil*. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Série HCT/AIEPI 47.E).

108. _____. *Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil*. Washington, D.C., dic. 2001. (Serie HCT/AIEPI 44.E).

109. _____. *Infecciones respiratorias en niños*. Washington, D.C.: [s.n.], 1997. (Série HCT/AIEPI-1).

110. _____. *Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: [s.n.], 1998. (Série HCT/AIEPI 3.E.).

111. _____. *Investigaciones operativas sobre atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia*. Washington, D.C.: [s.n.], abr. 2001. (Série HCT/AIEPI 27.E.).

112. _____. *Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en Brasil*. Washington, D.C.: [s.n.], 1999. (Série HCT/AIEPI 2.P).
113. _____. *Niños saños: la meta de 2002. Informe técnico del lanzamiento de la meta*. Washington, D.C.: [s.n.], 1999. (Série HCT/AIEPI 39.E.).
114. _____. *Neumonia en los niños: estrategias para hacer frente al desafío: informe de la Primera Reunion Consultiva Internacional sobre el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (RCICIRA)*. Washington, D.C.: [s.n.], 1991.
115. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Organización Mundial de la Salud; UNICEF. *Enfermedades prevalentes graves de la infancia: guía básica para el nivel de referencia hospitalaria: atenção integrada a las enfermedades de la infancia*. Washington, D.C., 2001. (Serie HCT/AIEPI 23.E).
116. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Organización Mundial de la Salud. Grupo Asesor Técnico AIEPI (GATA). *Informe de la Primera Reunión*. Washington, D.C., 2001. (Serie HCT/AIEPI 66.E).
117. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; Organización Mundial de la Salud; Ministério de Salud de Peru. *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: evaluación a servicios de salud. Segunda Prueba Mundial*. Lima, Peru, oct. 1999.
118. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; World Health Organization. *IMCI: antimicrobial resistance bibliography*. Washington, D.C., 2001. (Serie OPS/HCT/187/01).
119. _____. *IMCI: early childhood development bibliography*, n. 1, mar. 2001. Washington, D.C., 2001. (Serie HCT/AIEPI 45.1).
120. _____. *IMCI: malaria, dengue fever and leishmaniasis bibliography*, n. 1, mar. 2001. Washington, D.C., 2001. (Serie HCT/AIEPI 43.1).
121. _____. *IMCI: Tuberculosis. Bibliography*, n. 1, Jun. 2000. Washington, D.C.: [s.n.], 2000. (Series HCT/AIEPI 40.1).
122. SILVA, M. R. *Manual de nutrição e dietética*. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Nutrição. 2. ed. Goiânia: Editora UFG, 1998.
123. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for follow-up after training: in the WHO/UNICEF course on Integrated Management of Childhood Illness for first-level health workers. Facilitador's Guide*. [S.l.: s.n.], [199-?]. (WHO/FCH/CAH/99.1A.). Original: English. Distr: Limited. Switzerland, 1999.
124. _____. *IMCI Planning Guide: gaining experience with the IMCI strategy in a country*. [S.l.: s.n.], [199-?]. (WHO/CHS/CAH//99.1.). Original: English. Distr. General. France, 1999.
125. WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. *Handbook IMCI Integrated Management of Childhood Illness*. [S.l.: s.n.], [199-?]. (WHO/FCH/CAH//00.12). General. Original: English. Hong Kong, April 2000.
126. _____. *Model Chapter for Textbooks IMCI Integrated Management of Childhood Illness*. [S.l.: s.n.], [199-?]. (WHO/FCH/CAH//01.01.). Original: English. France, 2001.
127. WORLD HEALTH ORGANIZATION; Vaccine Trial Investigator's Group. *Standardization of interpretations of chest radiographs for the diagnosis of pneumonia in children*. (Series HCT/V&B/01.35). Original: English. Distr. General. Geneva, Switzerland, 2001.



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Revisão, Normalização, Editoração, Impressão, Acabamento e Expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Brasília – DF, maio de 2003

OS 0469/2003

