

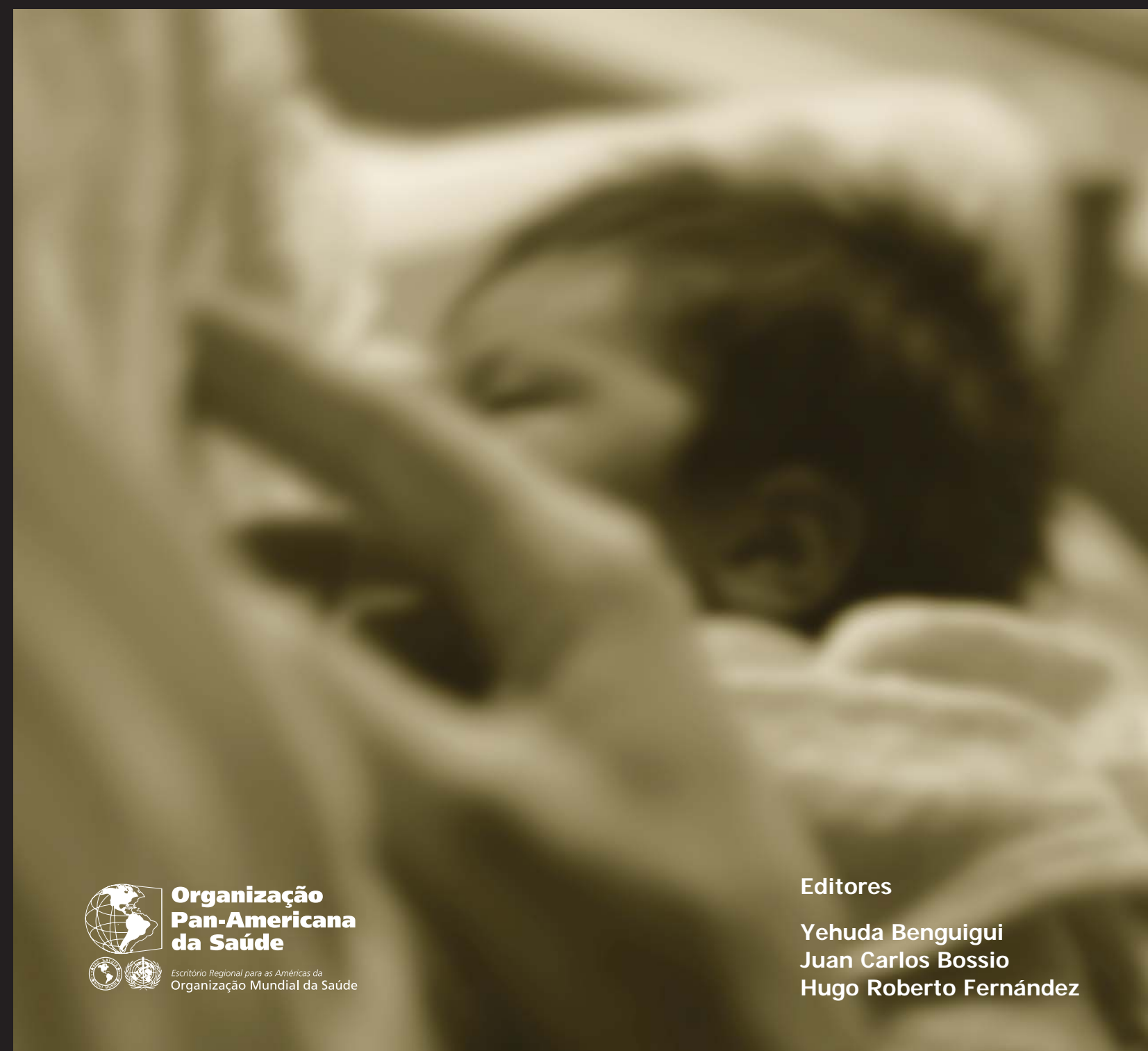
OPAS

OPS/FCH/CA/04.5.P

PROTOCOLOS DE PESQUISAS

sobre a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

PROTOCOLOS DE PESQUISAS
sobre a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância



525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037, U.S.A.
www.paho.org



**Organismo dos Estados Unidos
para o Desenvolvimento Internacional**

Essa publicação tem sido possível pelo apoio do Escritório Regional do
Desenvolvimento Sustentável, o Escritório para América Latina e o Caribe, do
Organismo dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional.

Washington, D.C., U.S.A.
Setembro 2004



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Editores

Yehuda Benguigui
Juan Carlos Bossio
Hugo Roberto Fernández

OPS/FCH/CA/04.5.P



**Protocolos de Pesquisas
sobre a
Atenção Integrada às
Doenças Prevalentes
na Infância (AIDPI)**

–Editores–

**Yehuda Benguigui
Juan Carlos Bossio
Hugo Roberto Fernández**



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Saúde de Criança e Adolescente
Saúde Familiar e Comunitária

e- mail benguigy@paho.org
Tel: 202 974-3798
Fax: 202 974-3724

Washington, DC, EE.UU. • Dezembro 2004

Biblioteca Sede OPAS – Catalogação na fonte
Benguigui, Yehuda - ed
Protocolos de pesquisas sobre Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na
Infância.
Washington, D.C: OPAS, © 2004.
600p. (Série FCH/CA/04.05.P)

ISBN 92 75 72352 4

I. Título II. Bossio, Juan Carlos - ed
III. Fernández, Hugo Roberto - ed IV. Série

1. PESQUISA OPERACIONAL
2. AVALIAÇÃO DE RESULTADO DE AÇÕES PREVENTIVAS
3. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
4. BEM-ESTAR DA CRIANÇA
5. SERVIÇOS DE SAÚDE INFANTIL
6. PESQUISA SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE

NLM WS18.2

Série FCH/CA/04.05.P

© Organização Pan-Americana da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde irá considerar de modo muito favorável as solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, esta publicação. As solicitações deverão ser encaminhadas à Área de Saúde da Criança e do Adolescente, Unidade Técnica de Saúde Familiar e Comunitária, Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância - AIDPI.

Pan-Americana Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037, EUA

As denominações usadas nesta publicação e o modo de apresentação dos dados não fazem pressupor, por parte da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a consideração jurídica de nenhum dos países, territórios, cidades ou áreas citados ou de suas autoridades, nem a respeito da delimitação de suas fronteiras.

A menção de determinadas sociedades comerciais ou nome comercial de certos produtos não implica a aprovação ou recomendação por parte da Organização Pan-Americana da Saúde com preferência a outros análogos.

ÍNDICE

Prólogo	ix
Apresentação	xi
Lista de pessoas que participaram da elaboração e da revisão do documento	xiii
PARTE I	
Introdução e Objetivos	1
Antecedentes	2
Características do problema	3
Mortalidade	3
Morbidade	5
Qualidade do Atendimento	6
Progressos na implementação de medidas de prevenção e de controle	7
Características da estratégia AIDPI	9
Enfoque integrado para o atendimento da criança doente	9
Fortalecimento da aplicação de medidas preventivas.....	11
Fomento das atividades de promoção da saúde	11
Objetivos que se esperam alcançar mediante a aplicação da estratégia AIDPI	11
Atividades a serem realizadas para alcançar os objetivos.....	12
Pesquisas epidemiológicas e operacionais sobre a estratégia AIDPI	14
PARTE II	
Módulo de Apoio em Metodologia Estatística	17
Introdução	18
Pesquisas comparativas entre uma situação anterior e a posterior à implementação da estratégia AIDPI	19
Tamanho da amostra.....	19
Tomada de decisão - Verificação da Hipótese	23
Pesquisas de estimativa.....	28
Pesquisas de associação	33

Anexo II.A: Estudo da cobertura de vacinação na cidade de Santa Fé.....	37
Anexo II.B: Tamanho de amostra exigido para a comparação de dois grupos a fim de detectar variações entre p_1 e p_2	44
Anexo II.C: Tamanho de amostra para estudos de associação	45
PARTE III	
Pesquisas de Avaliação do Impacto da Estratégia AIDPI na Morbidade e na Mortalidade na Infância	47
1. Impacto da estratégia AIDPI sobre a prevalência de crianças com menos de cinco anos, com desnutrição, levadas aos serviços de saúde.....	48
2. Impacto da estratégia AIDPI sobre o estado nutricional de crianças com menos de cinco anos, com diarreia persistente	57
3. Prevalência de pneumonia com derrame pleural entre as crianças hospitalizadas	67
4. Impacto da estratégia AIDPI sobre a letalidade hospitalar por doenças prevalentes na infância.....	73
5. Impacto da estratégia AIDPI sobre as mortes domiciliares devidas a doenças prevalente em crianças de dois meses a cinco anos de idade	83
6. Modificação do perfil dos casos hospitalizados devido a doenças predominantes na infância	95
7. Impacto da estratégia AIDPI sobre a prevalência de anemia em crianças de dois meses a quatro anos de idade atendidas nos serviços de saúde	103
8. Prevalência de parasitoses intestinais em crianças de dois a quatro anos de idade antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI	111
9. Modificação do perfil da procura de atendimento nos serviços de saúde de crianças com menos de cinco anos.....	120
PARTE IV	
Pesquisas de Avaliação dos Resultados da Aplicação da Estratégia AIDPI no Cuidado e na Atenção da Criança em casa	131
10. Impacto da estratégia AIDPI na prevalência e na duração do aleitamento materno em crianças com menos de dois anos que foram levadas aos serviços de saúde	132

11. Conhecimento dos pais sobre os sinais de alarme para levar a criança a um serviço de saúde	140
12. Retorno para a consulta de reavaliação e acompanhamento de crianças com doenças prevalentes.....	149
13. Cumprimento do tratamento de anemia com ferro em crianças de dois meses a quatro anos	160
14. Compreensão e cumprimento do tratamento indicado pelo pessoal de saúde	172
15. Tendência de consumo e hábitos alimentares das famílias com crianças de dois meses a cinco anos de idade	191
 PARTE V	
Pesquisas de Avaliação da Aplicação da Estratégia AIDPI por Parte do Pessoal de Saúde	203
16. Impacto da estratégia AIDPI com respeito ao uso de radiología para o diagnóstico das infecções respiratórias agudas	204
17. Impacto da estratégia de AIDPI sobre o uso de exames de laboratório para o diagnóstico das diarreias	211
18. Impacto da estratégia AIDPI sobre o uso de medicamentos para a tosse e de outros medicamentos para o tratamento sintomático das IRA.....	218
19. Impacto da estratégia AIDPI sobre o uso de antiespasmódicos, antidiarréicos e de outros medicamentos para o tratamento da diarreia	224
20. Impacto da estratégia AIDPI sobre o uso de antibióticos para o tratamento das IRA e da diarreia.....	230
21. Impacto da estratégia AIDPI sobre a referência ao hospital de crianças com menos de cinco anos levadas ao primeiro nível de atenção para consulta	237
22. Impacto da estratégia AIDPI sobre a qualidade da referência de casos por parte dos serviços do primeiro nível de atenção de saúde.....	244
23. Impacto da estratégia de AIDPI sobre a cobertura de vacinação de crianças com menos de cinco anos	262
24. Impacto da estratégia AIDPI sobre a cobertura do estado nutricional das crianças com menos de cinco anos	272

PARTE VI:**Pesquisas sobre Normas Técnicas de Manejo de Casos da Estratégia AIDPI****281**

25. Validez dos sinais clínicos para a avaliação e a classificação de anemia em crianças com menos de cinco anos..... 282
26. Concordância na identificação do sinal palidez palmar entre o pessoal de saúde capacitado na aplicação da estratégia AIDPI..... 291
27. Superposição da classificação de malária e pneumonia na consulta ambulatorial de crianças com menos de cinco anos 298
28. Comparação da eficácia do tratamento de anemia em crianças de dois meses a quatro anos com a administração de ferro em doses diária ou em dias alternados..... 305
29. Evolução de crianças desnutridas com menos de cinco anos atendidas nos serviços de saúde 311

PARTE VII**Exame de Fatores de Risco****327**

30. Fatores associados à falta de cumprimento, por parte dos pais, da referência ao hospital 328
31. Fatores associados à falta de cumprimento, por parte dos pais, da visita de reavaliação e acompanhamento 341
32. Fatores sociais e culturais que influenciam o estado nutricional de crianças de dois meses a quatro anos de idade..... 355
33. Fatores de acesso e padrões de cuidado da criança associados com a mortalidade domiciliar de crianças de dois meses a cinco anos..... 368
34. Correlação entre a asma e o hábito de fumar na família..... 378
35. Influência das condições do ambiente físico domiciliar sobre a saúde das crianças com menos de cinco anos 387
36. Magnitude e características dos contaminantes do ar no interior do domicílio e seu efeito nas doenças respiratórias em crianças 403
37. A importância da contaminação alimentar como causa de doença diarreica em crianças com menos de cinco anos 412

38. Fatores associados ao fracasso no tratamento das parasitoses intestinais em crianças.....	421
39. Características do controle da gravidez, em mães de crianças com menos de cinco anos, associadas com à maior incidência e gravidade das doenças da infância	429
PARTE VIII	
Pesquisas sobre outras Causas de Doenças e Problemas de Saúde em Crianças	437
40. Utilização e características da demanda de antibióticos para o tratamento das infecções respiratórias agudas.....	438
41. Prevalência da síndrome de obstrução bronquial em crianças com menos de três anos.....	444
42. Prevalência da asma em crianças de cinco a 14 anos	455
43. Critérios utilizados pelo pessoal de saúde para o diagnóstico de asma e de síndrome de obstrução bronquial em crianças	467
44. Critérios adotados pelo pessoal de saúde para o tratamento ambulatorial da síndrome de obstrução bronquial em crianças	478
45. Critérios adotados pelo pessoal de saúde para o tratamento da asma em crianças de cinco a 14 anos	487
46. Características do tratamento em casa da síndrome de obstrução bronquial e da asma em crianças.....	500
47. Características da atenção no lar de crianças nascidas em casa	507
48. Freqüência e características da consulta de crianças com menos de um mês	514
49. Características da atenção de crianças com doença febril	523
50. Prevalência e características dos acidentes com crianças com menos de cinco anos	532
51. Prevalência de tuberculose em crianças com menos de cinco anos.....	540
52. Características do diagnóstico e do tratamento da tuberculose de crianças com menos de cinco anos nos serviços de saúde.....	545
53. Prevalência da doença de Chagas em crianças com menos de cinco anos	554

54. Prevalência e características dos casos de dengue em crianças com menos de cinco anos	560
55. Prevalência de problemas associados com o desenvolvimento de crianças com menos de cinco anos	568
56. Características de maus-tratos infantis em crianças com menos de cinco anos	574
57. Prevalência de anomalias congênitas em recém-nascidos.....	580
58. Resistência aos antibióticos das principais bactérias causadoras das doenças prevalentes na infância	586
59. Avaliação da eficiência da estratégia de AIDPI nos serviços de saúde.....	595
60. Auditoria de mortes de crianças de uma semana a quatro anos para identificar fatores de risco e causas evitáveis de mortalidade.....	602
Bibliografia	631

Prefácio

A compromisso adotado pelos países participantes na Cúpula do Milênio no sentido de reduzir em dois terços a mortalidade dos menores de cinco anos até 2015 em relação ao índice de 1990 confirma a prioridade e importância da sobrevivência infantil para a melhoria das condições de saúde da população. Para alcançar este objetivo na Região das Américas, é mister reforçar as intervenções destinadas à prevenção e ao tratamento efetivo das doenças infecciosas, das doenças respiratórias e da desnutrição, que ainda causam aproximadamente 30% dos óbitos anuais de menores de cinco anos. Mas dado que este conjunto de doenças e problemas já não causa a maioria dos óbitos do grupo, a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) exigirá que se aborde a prevenção e controle de outros problemas de saúde, como as afecções peri-neonatais, que são a causa de 40% da mortalidade de menores de cinco anos e de 60% da mortalidade infantil.

Conseguir que um número cada vez maior de crianças sobrevivam aos primeiros anos de vida não pode ser o objetivo único das providências para melhorar a saúde da população, que devem ser complementadas com intervenções destinadas a brindar a todas elas condições adequadas para crescer e desenvolver-se. Só desta forma se contribuirá para que as crianças se convertam em adolescentes, jovens e adultos saudáveis, capazes de por sua vez contribuir para o desenvolvimento e crescimento de suas próprias famílias e comunidades.

Inspirada pela crescente mobilização dos países para alcançar as metas da Cúpula Mundial pela Infância, propostas em 1990 para o ano 2000, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) foi projetada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como uma estratégia integradora das intervenções disponíveis em meados da década de 90 a fim de contribuir para a prevenção e controle das principais doenças que afetavam a infância. Em seu processo de adaptação e implementação, essa estratégia enriqueceu-se e cresceu a partir das várias experiências dos países, reforçando uma de suas principais inovações para a saúde infantil, qual seja o seu caráter integrado e sua versatilidade para adaptar-se às distintas realidades epidemiológicas e operacionais de cada lugar.

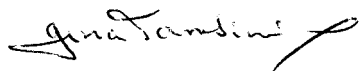
Na Região das Américas, novos componentes foram integrados à AIDPI desde o início de sua implementação, e atualmente esta iniciativa inclui não só elementos que cobrem a prevenção e tratamento de outras doenças e problemas de saúde do menor de cinco anos, mas também um componente perineonatal que abrange a recepção, reanimação e cuidado integrado do recém-nascido e do neonato; além disso, tais componentes se vinculam a intervenções voltadas para a saúde da mulher e a saúde materna.

A vasta aceitação da AIDPI desde seu lançamento até meados da década de 90, bem como a expansão que alcançou tanto nos serviços de saúde como na comunidade e na família têm reforçado seu papel como estratégia chave para a consecução, primeiro, das metas da Cúpula Mundial pela Infância, e atualmente dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Além disso, a AIDPI deu aos países uma estratégia que permitiu a integração das intervenções de sobrevivência infantil às destinadas a garantir o crescimento e desenvolvimento ao longo da primeira e da segunda infância.

No processo de implementação da AIDPI as atividades de seguimento e avaliação têm-se revelado críticas e enriquecido o conhecimento de seu desempenho na prática clínica do profissional da saúde, tanto em termos do tratamento e controle de doenças como da prevenção e promoção da saúde. As pesquisas operacionais incluídas neste volume constituem neste sentido um instrumento prático de grande utilidade para o pessoal dos serviços de saúde e para os responsáveis pelo planejamento, seguimento e avaliação de planos e projetos, tanto na área da saúde como no âmbito da comunidade. Mediante sua adaptação e aplicação, estes protocolos têm permitido obter resultados da aplicação da estratégia AIDPI e estudar outros aspectos da saúde infantil, fundamentando em muitos casos a necessidade e importância de adaptar e complementar os elementos da AIDPI com outras intervenções preventivas, tratamento ou promoção da saúde.

Deste modo, as Pesquisas Operacionais sobre AIDPI se apresentam como uma ferramenta para reforçar o contínuo processo de identificação de problemas, implementação de providências para sua solução e avaliação dos efeitos que estas produzem. Neste contexto, espera-se que tais protocolos contribuam não só para revelar o impacto da estratégia na saúde infantil mas também para aprofundar o conhecimento sobre a situação da saúde da infância e fortalecer a capacidade das esferas locais para identificar e resolver problemas.

Com base nestes elementos, espera-se que, assim como os benefícios da estratégia AIDPI se estendem além da saúde infantil, fortalecendo a capacidade da família para prevenir doenças e promover a saúde, a aplicação destes protocolos também se estenda além das ações de saúde infantil, contribuindo para melhorar a capacidade de gestão de todas as pessoas que, na esfera local, tanto em serviços de saúde como na comunidade, trabalham pela melhoria das condições de saúde da população.



Dra. Gina Tambini

Gerente

Área de Saúde Familiar e Comunitária

OPAS/OMS

Apresentação

O esforço para controlar as doenças e os problemas que afetam a sobrevivência estende-se ao longo da história da humanidade e se reflete na busca constante das causas e das soluções para esses desafios que são uma ameaça para a saúde das pessoas. Durante as últimas décadas, assistimos a um descobrimento contínuo de novos fatores que afetam nossa saúde e ao desenho concomitante de alternativas para seu controle. Existem atualmente muitas medidas de prevenção, de tratamento e de recuperação para a maioria das doenças, e sua aplicação permitiu que se estendesse continuamente a esperança de vida da população.

Entretanto, uma alta porcentagem da população mundial ainda não tem acesso aos novos conhecimentos e tecnologias sobre medidas de prevenção e controle de doenças e, algumas vezes, mesmo quando estas se encontram disponíveis, a população não as utiliza por falta de informação adequada. As conseqüências da falta de acesso ou da falta de informação adequada são os riscos para a saúde individual e coletiva.

A falta de equidade em relação ao acesso aos conhecimentos e às tecnologias de saúde e em sua utilização tornou-se uma preocupação sumamente importante nos últimos anos. O desenho de novas estratégias, orientadas com o fim de garantir esse acesso e utilização, constitui uma linha de ação fundamental para alcançar condições melhores e mais equitativas de saúde geral para a população.

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é um exemplo de estratégia nova, posto que seu objetivo é conseguir que todas as crianças com menos de cinco anos tenham acesso a medidas básicas de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças mais freqüentes e também a medidas gerais de promoção da saúde. A aplicação desta estratégia, tanto por meio do pessoal e dos serviços de saúde, como no lar e na comunidade, pode assegurar que os benefícios dos conhecimentos e da tecnologia cheguem a milhões de crianças que ainda não os recebem. Neste contexto, a execução da estratégia AIDPI representa um desafio ético para garantir condições equitativas ao acesso às intervenções que podem determinar a sobrevivência, o crescimento normal e desenvolvimento adequado da criança.

No entanto, a estratégia AIDPI não se encontra imediatamente acessível a todas as crianças, o que significa que muitas crianças continuarão esperando pelas suas vantagens, quais sejam, a prevenção de doenças e o controle de sua gravidade. Na batalha para fazer com que este tempo seja mais curto é preciso empenhar todos os esforços possíveis a fim de acelerar a sua implantação eficaz e garantir o acesso universal das crianças aos seus benefícios por intermédio não apenas dos serviços de saúde mas também de toda a comunidade.

As pesquisas operacionais prioritárias sobre a AIDPI foram elaboradas como ferramentas capazes de acelerar o processo de implantação da estratégia AIDPI. Estas pesquisas envolvem não apenas o pessoal de saúde, mas também pessoal acadêmico e cientistas que trabalham com problemas e doenças que afetam a saúde infantil. Os protocolos de pesquisa propostos neste compêndio têm por finalidade direta oferecer ferramentas práticas para serem utilizadas no nível local, isto é, nos serviços de saúde e na comunidade. Por meio de sua aplicação pode-se, por um lado, aprofundar o conhecimento a respeito das doenças e dos problemas de saúde da criança e identificar prioridades e áreas a serem enfatizadas. Por outro lado, a aplicação destes protocolos pode contribuir para a avaliação dos efeitos da aplicação da estratégia AIDPI, para introduzir modificações nas normas técnicas e operacionais e para mostrar a importância de vencer os obstáculos que impedem que recursos suficientes para estender sua cobertura sejam alcançados.

Ao empreender esta atividade, o programa AIDPI levou em consideração a importância da pesquisa, como catalisador, para melhorar a qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde e para incorporar a avaliação sistemática dos resultados das intervenções de prevenção e controle. A pesquisa operacional contribui para fortalecer o papel dos serviços de saúde na geração do conhecimento e no esforço coletivo para melhorar a saúde da população.

As pesquisas operacionais também foram elaboradas tendo em vista a necessidade de fortalecer os vínculos entre os pesquisadores e os acadêmicos, entre os serviços de saúde e a comunidade, mediante um trabalho conjunto que integre a geração de conhecimentos e a avaliação das intervenções incluídas na estratégia AIDPI.

O programa da AIDPI da Organização Pan-Americana da Saúde espera que estes protocolos de pesquisa operacional sejam objeto de análise, discussão, adaptação e, sobretudo, que eles sejam postos em prática, com a finalidade de acelerar os processos de implantação da estratégia AIDPI nos países e estender os benefícios dos conhecimentos e tecnologias disponíveis para a prevenção e controle das doenças da infância a toda a população.

Yehuda Benguigui

Chefe de Unidade,

Área Saúde da Criança e Adolescente

Saúde Familiar e Comunitária, OPAS/OMS, Washington DC, EUA.

Juan Carlos Bossio

Chefe de Departamento Programas de Saúde

Instituto Nacional de Doenças Respiratórias “Emilio Coni”

Ministério da Saúde, Santa Fé, Argentina

Hugo Roberto Fernández

Diretor de epidemiologia Nacional, Argentina

Lista de pessoas que participaram da elaboração e da revisão do documento

Alencar, Dione, Escola de Ciências Médicas de Alagoas, Brasil.

Almeida, Elenilde, Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

Almeida, Claudio, Diretor, Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonose (INPPAZ), OPAS/OMS, Martínez, Buenos Aires, Argentina.

Alves, Rosana, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Amaral, João, Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Fortaleza, Brasil.

Andrade, Ana Lúcia, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Brasil.

Araújo, Eleite Cunha, Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil.

Arias, Sérgio Javier, Chefe Divisão Epidemiologia, Instituto Nacional de Doenças Respiratórias Emilio Coni, Ministério da Saúde, Santa Fé, Argentina.

Balanzat, Ana María, Chefe Serviço da Pediatria Hospital de Clínicas, Universidade de Buenos Aires, Argentina.

Baracat, Emílio, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Brasil.

Barbosa, Grant, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Barreto, Maria do Rosário, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Salvador, Brasil.

Barros Filho, Antonino, Hospital Antônio Pedro, Niterói, Brasil.

Beltrán, Martha, Clínica del Country, Bogotá, Colômbia.

Yehuda Benguigui, Chefe de Unidade, Área Saúde da Criança e Adolescente Saúde Familiar e Comunitária, OPAS/OMS, Washington DC, EUA.

Bossio, Juan Carlos, Chefe Departamento Programas de Saúde, Instituto Nacional de Doenças Respiratórias Emilio Coni, Ministério da Saúde, Santa Fé, Argentina.

Brasileiro Maria Clezilde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

Brunacci, Júlio, Coordenação de Saúde da Criança, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

Burbano, Esmeralda, Fundação CIMDER, Universidade Del Valle, Cali, Colômbia.

Cabral, Belkys, Hospital Infantil Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

Cabrera Meza, Gerardo, Baylor College of Medicine, Texas Children Hospital, Houston, Texas, EUA.

Camargo, Paulo, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Carrizo, Juan, Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Cassani, María Cristina, Psicóloga, Zona de Saúde VIII, Ministério da Saúde da Província de Santa Fé, Argentina.

Coelho, Sérgio, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Concha-Eastman, Alberto, Assessor Regional da Violência e Prevenção de Lesões. Desenvolvimento Sustentável e Área de Ambientes e Saúde, OPAS/OMS, Washington, D.C.

Costantini, Olga, Especialista em Epidemiologia, Santa Fe, Argentina.

Chatkin, José Miguel, Professor, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Chew, Francisco, Centro de Nutrição e Metabolismo, Guatemala.

da Cunha, Antônio José Alves, Diretor Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

da Paixão, Antônio Carvalho, Universidade Federal de Sergipe, Brasil.

dos Santos, Sílvia Reis, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Espindola, Javier, Consultor AIDPI, OPAS/OMS, Brasília, Brasil.

Evangelista, Ivone, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Fernández, Hugo Roberto, Diretor de Epidemiologia Nacional, Argentina.

Ferreira, Ana Lúcia, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Ferrari, Ana María, Professora, Primeira Cátedra de Pediatria. Decano Faculdade de Medicina, Universidade Nacional do Uruguai, Montevideu, Uruguai.

Ferreira, Sidnei, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Figueiras, Amira, Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil.

Fontenelle, Maria Anice, Fundação Nacional de Saúde, Brasília, Brasil.

França, Francisco, Serviço de Infectologia, Hospital das Clínicas, São Paulo, Brasil.

Galvão, Luiz, Gerente da área. Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental OPAS/OMS, Washington D.C., EUA.

Grissi, Sandra, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, São Paulo, Brasil.

Gusmão, Renato, Representante da OPAS/OMS de Venezuela.

Hortal de Peluffo, María, Departamento de Laboratórios de Saúde Pública, Montevideu, Uruguai.

Ippólito, Josefa, Assessora Regional, Unidade de Área de Entorno Saudável, Área de Desenvolvimento Sustentável e de Saúde Ambiental.

Jaime Gaete, Luis, Hospital Regional, Talca, Chile.

Jáuregui, César, Diretor Hospital de Facatativa, Departamento de Cundinamarca, Bogotá, Colômbia.

Lacerda, Elisa María de Aquino, Instituto de Nutrição, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Lambrecht, Thierry, Divisão de Saúde da Criança e do Adolescente, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

Leite, Álvaro, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil.

López, Emilton, Direção Provincial de Saúde, Perdize, República Dominicana.

Lima, Eduardo Jorge, IMIP, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, Brasil.

Lutter, Chesa, Assessora Regional em Nutrição, Programa de Alimentos e Nutrição, Área de Saúde Familiar e Comunitária, OPAS/OMS, Washington D.C., EUA.

Maciel, Gilda, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Maggi, Ruben, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, Recife, Brasil.

Mejía, Héctor, Hospital de Crianças, La Paz, Bolívia.

Merino, Marlene, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Mir, Ramón, Hospital de Clínicas, Assunção, Paraguai.

Mitchnik, Ana Lia, Antropóloga, Zona de Saúde VIII, Ministério da Saúde da Província de Santa Fé, Argentina.

Montano, Alicia, Chefe da cátedra de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade de la República, Montevideú, Uruguai.

Motta, Sônia, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Motta, Vanda, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Moulin, Zeina Soares, Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Ordoñez, Gabriel, Hospital Carlos Andrade Marin, Instituto Equatoriano de Seguro Social, Quito, Equador.

Penate Polanco, Jose Emilio, Hospital Nacional de Crianças Benjamin Bloom, El Salvador

Peña, Manuel, Representante da OPAS/OMS, Peru.

Pinheiro, Francisco, Consultor em Dengue, Belém, Pará, Brasil.

Pinto, Matilde, Assessor Regional na Unidade de Apoio a Projetos de Análise Econômica de Atenção à Saúde, OPAS/OMS, Washington, DC

Portela, Zuleica, Consultora em Nutrição, OPAS/OMS, Brasília, Brasil.

Riefkohl, Gloria, Divisão de Medicina Preventiva, Miami Children's Hospital, Miami, Flórida, EUA.

Rios, Richard, Serviço de Pediatria, Hospital Clínico Valdivia, Chile.

Rodríguez Cruz, Rodolfo, Consultor WHO, OPAS/OMS Brasília.

Ruiz Merino, Roberto, Professor, Instituto Nacional de Saúde da Criança, Lima, Peru.

Saráchaga, María Julia, Hospital Pereira Rossel, Montevideu, Uruguai.

Segura, Elsa, Instituto Nacional de Genética Humana, Ministério da Saúde, Buenos Aires, Argentina.

Simões, Celso Cardozo, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rio de Janeiro, Brasil.

Sosa, Aníbal, Aliança para o Uso Prudente dos Antibióticos (APUA), Boston, Massachussetts, EUA.

Sperotto, Giuseppe, Professor Titular, Universidade de Campinas, São Paulo, Brasil.

Surriel, Oscar, Consultor Nacional do Programa de AIDPI, OPAS/OMS, Santo Domingo, República Dominicana.

Tavela, Susana Rosa, Médico Pediatra, Centro de Salud Guadalupe Oeste, Santa Fe, Argentina.

Terra, Viviane, Centro de Saúde, Escola de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.

Tirre, Regina, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

Toro, Jorge, Departamento de Epidemiologia, Ministério da Saúde, Santiago, Chile.

Tortori, Maria Marta Lima, Universidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Valenzuela, Carmen, Consultora do Programa de AIDPI, OPAS/OMS, Guatemala.

Wagener, Marta, Gastroenterologista Pediatra, Hospital de Crianças “Orlando Alassia”, Ministério da Saúde da Província de Santa Fe, Argentina.

Yadón, Zaida, Assessora Regional, Programa de Doenças Transmissíveis. Instituto Pan-Americano para a Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), Martínez, Província Buenos Aires, Argentina.

Zegarra, Eduardo, Professor, Faculdade de Medicina, Cochabamba, Bolívia.

Reconhecimento

Os editores desejam dar destaque especial ao trabalho realizado pelos seguintes profissionais:

A Lic. Olga Costantini, Estatística, especialista em epidemiologia e metodologia da pesquisa, que se encarregou da revisão e do ajuste dos aspectos metodológicos e estatísticos de todos os protocolos apresentados neste documento, assim como da elaboração do capítulo relacionado com o mesmo tema.

O Dr. Antonio Pio, Consultor em AIDPI, Tuberculose e Doenças Respiratórias, para OPAS/OMS, IUATLD e outros organismos internacionais, que teve a seu cargo a revisão completa de todos os protocolos, tanto nos aspectos técnicos específicos, como nos aspectos apresentação e de terminologia, e o ajuste e edição final da publicação.

PARTE I
INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Antecedentes

As infecções respiratórias agudas, a diarreia e a desnutrição são três das principais causas de morte de crianças de uma semana até os cinco anos de idade na maioria dos países em desenvolvimento, representando até 70%, isto é, sete de cada 10 óbitos. Em muitos países, estes problemas representam um número igual ou maior do que o número de mortes associadas a problemas perinatais. Junto a outras doenças transmissíveis, tais como as parasitoses intestinais, as doenças preveníveis por vacinação, a malária, o dengue e a tuberculose, também representam as principais causas de morbidade de crianças com menos de 5 anos, o que significa que correspondem aos principais motivos de consulta e hospitalização, nestes países.

Anualmente, milhares de crianças se vêem afetadas por estas doenças e têm sua condição de saúde temporária ou permanentemente deteriorada. Este conjunto de doenças foi reconhecido como o principal problema de saúde que afeta as crianças após a primeira semana de vida, quando os problemas e as doenças associadas ao nascimento já não representam mais uma ameaça para a sobrevivência infantil. Depois deste período, as crianças dos países em desenvolvimento ficam expostas a uma combinação de doenças e fatores de risco que são causas frequentes de mortalidade.

Nos países em desenvolvimento, foram verificadas diferenças no progresso do controle destas doenças da infância. A poliomielite foi eliminada como causa de doença e, durante a década dos 90, a circulação local da infecção foi interrompida na Região das Américas. Os casos e as mortes por sarampo diminuíram drasticamente e a transmissão local da infecção também se encontra em processo de extinção.

Em alguns países da Região das Américas houve uma grande redução no número de casos de diarreia registrados e, sobretudo, no número de óbitos causados por esta doença. Embora em proporção menor, em vários países da Região, a mortalidade por pneumonia também diminuiu.

Em outros países das Américas, no entanto, a mortalidade por pneumonia permaneceu estável e a mortalidade por diarreia, mesmo tendo mostrado um declínio, continua sendo a causa de uma alta porcentagem das mortes de crianças com menos de cinco anos.

Pode-se atribuir as diferenças na evolução da mortalidade nos diferentes países a fatores que afetam (i) o acesso da população às intervenções disponíveis para a prevenção, detecção e tratamento de doenças; (ii) o uso destas intervenções por parte da população, ou seja, a compreensão das recomendações dadas pelo pessoal de saúde por parte da população e (iii) as práticas de vida familiar e comunitária relacionadas com a saúde.

O reconhecimento desta disparidade na situação da saúde da infância, bem como dos fatores que a determinam, serviu de estímulo para desenvolver novas intervenções. O objetivo destas foi reduzir a brecha que separa, não só os países desenvolvidos dos países em desenvolvimento como, também, os diferentes grupos da população dentro de um mesmo país.

No contexto deste esforço, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elaboraram a Atenção

Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como uma estratégia eficaz ímpar para abordar a atenção à criança, tanto nos serviços de saúde do primeiro nível, como na família e na comunidade.

A estratégia AIDPI é eficaz tanto quando se trata da avaliação da condição de saúde e dos diferentes problemas que afetam a criança, como na escolha do tratamento mais apropriado, na aplicação deste tratamento e no acompanhamento da criança durante o tratamento. A estratégia AIDPI também é eficiente quando se trata de aumentar a cobertura de medidas preventivas básicas, por exemplo, a vacinação, assim como para melhorar os conhecimentos e as práticas da família e da comunidade a respeito do cuidado e da atenção da criança no lar. Desta maneira, a estratégia AIDPI contribui não apenas para renovar a qualidade do atendimento dos diferentes episódios das doenças que afetam a criança, mas também para melhorar os cuidados com a saúde desta, por parte da família e da comunidade.

Por esta razão, colocar à disposição de todas as crianças com menos de cinco anos os benefícios desta estratégia transformou-se no principal objetivo para se alcançar uma melhora na condição geral da infância em todos os países e uma maior equidade no acesso da população aos conhecimentos e intervenções que são essenciais para evitar mortes e casos de doença.

Na Região das Américas, a implementação da estratégia AIDPI foi adotada como uma medida prioritária, para contribuir para o aumento da esperança de vida e para reduzir a brecha existente entre países e entre grupos populacionais, no que tange a saúde da infância. Neste contexto, a OPAS/OMS lançou a iniciativa “Crianças Saudáveis: a Meta para 2002” que, mediante a implementação universal da estratégia AIDPI, propõe reduzir em 100.000, até o ano 2002, as mortes de crianças com menos de cinco anos, principalmente por doenças transmissíveis, tais como as IRA e a diarreia, em comparação com os óbitos ocorridos em 1998. O sucesso desta Meta, adotada como um desafio pelos países da Região, contribuirá para melhorar a condição de saúde da infância, garantindo a sobrevivência de um número maior de crianças da Região.

Características do problema

A persistência de um conjunto de doenças e problemas de saúde, para os quais existem medidas de prevenção e controle, tem sérias implicações para as possibilidades de sobrevivência e bem-estar das crianças com menos de cinco anos. Estas doenças se expressam tanto em termos de morte prematura e evitável de milhares de crianças, anualmente, como em termos da deterioração temporária ou permanente de sua saúde, o que afeta o bem-estar da sociedade como um todo. O controle destes problemas requer, por sua vez, o investimento continuado de recursos que, muitas vezes, não são utilizados de modo racional, tanto por parte das famílias como dos serviços de saúde.

Mortalidade

Muitas das mortes que anualmente ocorrem em crianças com menos de cinco anos de idade e com mais de uma semana de vida (isto é, que em sua maioria não estão associadas com a gravidez nem com o nascimento) podem ser evitadas por medidas simples de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

- Muitas mortes por pneumonia podem ser evitadas mediante: 1. a detecção a tempo, no lar, dos sinais de alarme, 2. a orientação para que sejam rapidamente procurados os serviços de saúde e, 3. garantindo que estes – os serviços de saúde - estejam capacitados para fazer uma avaliação clínica adequada, uma classificação adequada e para prestar tratamento com antibióticos apropriados.
- Muitas mortes por diarreia podem ser evitadas se forem melhoradas as práticas de alimentação das crianças (especialmente o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses de vida, as práticas de desmame e a higiene na preparação, conservação e manipulação dos alimentos); se puderem ser mantidas as condições sanitárias básicas à população (especialmente no que tange as fontes de água potável e a eliminação adequada das dejeções) e; se forem melhoradas as práticas de higiene pessoal e doméstica.
- Pode-se evitar um número adicional de mortes por diarreia assegurando-se a rápida detecção dos casos por parte da família, a pronta administração de líquidos adicionais para evitar a desidratação no domicílio e o uso de Sais de Reidratação Oral (SRO) para tratar a desidratação nos serviços de saúde de primeiro nível de atendimento.
- As mortes por sarampo, coqueluche, difteria, tétano e meningite tuberculosa podem ser evitadas por vacinação.
- Pode-se evitar as mortes de crianças por malária, garantindo-se a pronta detecção dos casos e a administração de medicamentos antimaláricos, utilizando medidas de prevenção da transmissão (mosquiteiros) e melhorando-se as condições ambientais deficientes associadas com a proliferação dos mosquitos transmissores da doença.
- As mortes devidas à desnutrição, ou a ela associadas, podem ser evitadas mediante a adoção de práticas adequadas de alimentação durante os primeiros cinco anos de vida (incluindo o aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses, as práticas apropriadas para o desmame, a continuação da amamentação de forma complementar até os dois anos e a alimentação adequada da criança) e a detecção a tempo do atraso do crescimento e da presença de desnutrição.

Atualmente, muitas crianças com menos de cinco anos e suas famílias não se beneficiam de todas estas intervenções, por diferentes razões:

- A falta de acesso a serviços de saúde que tenham condições de proporcionar o tratamento adequado das crianças doentes, seja por falta de serviços ou de pessoal de saúde perto de seus domicílios, seja por falta de pessoal capacitado ou de recursos para proporcionar às famílias as medidas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.
- A demora por parte das famílias em consultar um serviço de saúde quando a criança está doente, seja por não terem notado a tempo os sinais que indicam a gravidade da condição da saúde da criança, seja por terem consultado outros provedores de atenção ou por terem utilizado tratamentos caseiros.

- A atenção inadequada à criança nos serviços de saúde, incluindo a avaliação clínica insuficiente, que envolve a não-detecção, em tempo oportuno, de sinais e sintomas de doença, a classificação errônea das doenças e o uso de tratamentos ineficazes ou desnecessários.

Morbidade

Muitas doenças transmissíveis, particularmente aquelas que mais frequentemente afetam a saúde das crianças e muitos problemas nutricionais podem ser evitados mediante a utilização de métodos simples. Por exemplo:

- A vacinação pode evitar a incidência do sarampo, da coqueluche, da difteria, do tétano e da meningite tuberculosa.
- O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses de vida evita a incidência e a gravidade dos casos de diarreia e de outras doenças associadas com a falta de higiene da alimentação.
- A melhora nos hábitos de higiene pessoal e doméstica, o uso de água potável e a eliminação sanitária de matérias fecais também evita a incidência de diarreia e de parasitoses intestinais.

Além disto, a morbidade grave devida a certas doenças, também pode ser evitada com a aplicação de diferentes medidas, tais como:

- O aleitamento materno, por exemplo, evita a ocorrência de casos graves de infecções respiratórias agudas, especialmente a pneumonia.
- As práticas adequadas de alimentação também contribuem para reduzir a incidência de casos graves de infecção, ao melhorar a capacidade de resposta imunitária do organismo nos períodos iniciais dessas doenças.
- A administração de líquidos quando as crianças têm diarreia também evita a desidratação.
- A administração de micronutrientes melhora o crescimento e evita deficiências causadoras de muitas doenças. A administração de vitamina A diminui a prevalência de xeroftalmia e reduz o risco de doenças graves e de mortalidade. A administração de ferro elimina a anemia ferropriva e a de iodo evita retardamento no desenvolvimento físico e psicológico das crianças.
- O tratamento em tempo oportuno com antibióticos e outros medicamentos (por exemplo antimaláricos) evita a ocorrência de casos graves de doenças como pneumonia, meningite e septicemia ou de malária cerebral.
- O tratamento periódico com medicamentos antiparasíticos reduz a incidência de complicações associadas a parasitoses intestinais, tais como anemia e desnutrição.
- Existem medidas eficazes para evitar a transmissão vertical do HIV de mães seropositivas para a criança, tais como o tratamento com AZT, durante a gravidez e durante o parto, e o uso de substitutos para o leite materno.

Qualidade do atendimento

O atendimento da criança no lar, quando correto, pode contribuir para melhorar seu estado geral de saúde, reduzir a incidência de doenças e diminuir a gravidade dos episódios que possam ocorrer, com a consequente redução de mortes por estas causas. O atendimento adequado nos serviços de saúde de primeiro nível, por outro lado, contribui para a rápida detecção de sinais de doença, para o seu tratamento e acompanhamento eficazes, para a aplicação de medidas de prevenção e para a educação dos pais, a fim de melhorar seus conhecimentos e práticas de cuidado da criança no lar.

No lar, as práticas adequadas de atendimento da criança incluem:

- A prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses de vida da criança e a amamentação materna complementar até os dois anos de idade, o que contribuirá para garantir o crescimento e a nutrição adequados e para fortalecer a capacidade de defesa do organismo contra infecções.
- Os hábitos alimentares adequados, como por exemplo, a higiene apropriada na preparação dos alimentos que contribuirá para melhorar a condição nutricional da criança, para evitar a desnutrição e para estimular sua capacidade de reagir às doenças.
- O cumprimento das datas de vacinação que irá garantir que a criança receba todas as vacinas necessárias no momento oportuno, reduzindo, assim, o risco de contrair doenças.
- A prática de comportamento de vida saudável, incluindo a higiene pessoal e doméstica, o que reduzirá os casos de diarreia e parasitoses intestinais; a aplicação de medidas básicas de saneamento, o que evitará a proliferação de vetores de doenças tais como a malária e o dengue (mosquitos) ou a doença de Chagas (barbeiro); e o controle da poluição do ar no interior das casas, o que diminuirá a incidência e a gravidade de episódios de doenças respiratórias agudas.
- O conhecimento dos sinais iniciais de doença nas crianças e a vigilância de seu aparecimento, a fim de fomentar a consulta rápida a um serviço ou a um trabalhador de saúde.
- A utilização de provedores de atenção da saúde confiáveis.
- A condenação do uso de remédios caseiros que possam ser prejudiciais para a criança e de medicamentos não indicados pelo pessoal de saúde.

Por parte dos **serviços de saúde do primeiro nível**, as práticas adequadas do atendimento da criança incluem:

- A avaliação do estado geral de saúde da criança, independente da razão dada pelos pais para levá-la à consulta, o que permitirá detectar sinais e sintomas não identificados por eles contribuindo, assim, para o diagnóstico precoce de doenças.
- Indicações rigorosamente justificadas de tecnologias de diagnóstico que podem ser prejudiciais (a radiografia, a qual expõe a criança a radiações); e daquelas que sejam dispendiosas (radiologia, exame de laboratório).

- A interdição do uso de medicamentos desnecessários para o tratamento sintomático de diarreia e de infecções respiratórias agudas (medicamentos antidiarréicos, antitussígenos, expectorantes, descongestionantes nasais), alguns dos quais podem ser prejudiciais para a criança.
- Não receitar antibióticos desnecessariamente, especialmente para casos de diarreia (sem prova de disenteria ou cólera) ou para infecções respiratórias agudas (sem prova de pneumonia, otite média aguda ou faringite estreptocócica), por não contribuírem para a evolução favorável do quadro, porque podem aumentar a resistência bacteriana e por aumentarem os custos da atenção sem benefício para o paciente.
- A verificação da situação de vacinação da criança, a aplicação das vacinas necessárias e a avaliação do estado nutricional.
- A educação dos pais quanto ao tratamento das doenças e dos problemas de saúde detectados, bem como a informação sobre as práticas de cuidado e atenção mais adequadas, incluindo as medidas de prevenção e promoção da saúde infantil e familiar.

Progressos na implementação de medidas de prevenção e de controle

Há várias décadas, os países das Américas implementaram muitas intervenções necessárias para reduzir as mortes e episódios de doença na infância, assim como para melhorar as práticas de atenção e cuidado da criança no lar. A implementação destas medidas teve grande participação na redução observada no número de óbitos devidos às doenças transmissíveis e à desnutrição, o que reduziu o total da mortalidade na infância. Também contribuiu para reduzir o número de episódios de doença, para a erradicação da poliomielite e para o grande progresso obtido para a eliminação da transmissão do sarampo.

O esforço realizado pelos países foi enorme e visou proporcionar capacitação e informação ao pessoal de saúde com relação às medidas recomendadas, assim como prover os materiais necessários, tais como medicamentos, vacinas, seringas e outros insumos essenciais. Em muitos países, em menor medida, foram estabelecidos mecanismos de supervisão direta e indireta, destinados a dar apoio continuado ao pessoal e aos serviços de saúde e a monitorizar a aplicação das estratégias específicas de controle. Em alguns países também foram aproveitados os sistemas de informação existentes ou foram montados novos mecanismos para a monitorização das atividades, para a avaliação dos resultados e para a vigilância epidemiológica.

Entretanto, os resultados obtidos não foram homogêneos nos diferentes países. As avaliações mostraram que em muitos países somente uma pequena porcentagem da população tinha acesso aos programas de saúde infantil e recebia seus benefícios.

Estudos efetuados para avaliar a aplicação das estratégias de controle das doenças diarréicas, por exemplo, mostraram que:

- A proporção de casos corretamente avaliados por pessoal de saúde que tinha recebido capacitação variava entre 6% e 70%.
- A proporção de casos de diarreia atendida nos serviços de saúde que recebeu indicações corretas de hidratação variou entre 6% e 48%.

- Menos de 15% dos pais destas crianças recebeu assessoramento e conselhos com respeito ao atendimento da criança no lar.
- A proporção de casos de diarreia disentérica que recebeu indicação de tratamento com antibióticos variou entre 5% e 64%.
- As avaliações para saber qual o grau de aplicação das estratégias de controle das infecções respiratórias agudas, apresentaram dados semelhantes:
- A proporção de casos identificados de pneumonia que foram avaliados corretamente e tratados variou entre 10% e 42%.
- O emprego desnecessário de antibióticos chegou a 56% dos casos de infecções respiratórias agudas.
- Menos de 40% dos pais receberam aconselhamento e assessoramento para melhorar as práticas de cuidado e atenção da criança no lar.

Em ambos os exemplos, a avaliação visou medir indicadores da aplicação de uma estratégia específica sobre o manejo de casos de apenas um tipo de doença. Em nenhum dos casos se avaliou em que medida as crianças com diarreia ou com infecções respiratórias agudas eram também examinadas para determinar a presença de outros sinais e sintomas de doença.

Estudos realizados por volta da metade da década dos 90 mostraram que em cerca de 10% a 20% das consultas de crianças com o pessoal de atenção primária à saúde não foram verificados os antecedentes de vacinação da criança e, conseqüentemente, estas foram oportunidades perdidas de vacinação. Conquanto estas porcentagens tenham sido bem inferiores às observadas no final da década dos 80, quando as oportunidades perdidas alcançavam 50%, mesmo assim muitas crianças não se beneficiaram a tempo com a aplicação das medidas de prevenção.

A possibilidade de dispor da estratégia AIDPI que, por um lado, considera a atenção das doenças mais freqüentes na infância e, por outro, vincula sistematicamente essa atenção à aplicação de medidas de prevenção e promoção, foi recebida pelos administradores de serviços de saúde como uma resposta adequada para os problemas de saúde da criança, já citados tanto nos serviços de saúde de primeiro nível de atenção como no seio das famílias e da comunidade.

A estratégia AIDPI permite integrar as atividades de gestão de diversos programas, a saber, a capacitação e a supervisão do pessoal de saúde, o sistema de provisão contínua de materiais, a monitorização da implementação eficaz da estratégia, e a avaliação do alcance das metas e objetivos. Também permite integrar os conteúdos educacionais relacionados com a prevenção e a promoção da saúde infantil, ao mesmo tempo em que estabelece uma porta de entrada para a avaliação e a detecção de outros problemas de saúde que afetam a família.

Características da estratégia AIDPI

A estratégia AIDPI inclui um conjunto ordenado de medidas e procedimentos que visam a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em relação a doenças e problemas de saúde que afetam as crianças com menos de cinco anos (Quadro 1).

Enfoque integrado para o atendimento da criança doente

A aplicação da estratégia AIDPI para o manejo clínico da criança doente oferece as seguintes vantagens:

- a) Ao se concentrar inicialmente na detecção rápida e no tratamento das doenças e problemas de saúde que afetam as crianças e as colocam em risco de morte, a estratégia AIDPI permite dar uma resposta imediata ao problema principal que fez com que a criança fosse levada ao serviço de saúde. Deste modo, responde às principais inquietações da população no que diz respeito à saúde das crianças.
- b) A avaliação pormenorizada do estado de saúde da criança que a estratégia AIDPI propõe, permite a detecção de outros problemas e doenças, mesmo quando eles não são a principal razão da consulta. Desta forma, é possível assegurar a detecção precoce das doenças que afetam as crianças e o manejo adequado das mesmas, que muitas vezes deixam de ser tratadas por não serem detectadas pelos trabalhadores de saúde.

Quadro 1. Medidas aplicadas pelos trabalhadores de saúde ao executar a estratégia AIDPI no atendimento das crianças

Diagnóstico e tratamento
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação rápida de sinais não específicos de doença grave (convulsões, sonolência, dificuldade para beber), cuja presença indica que a criança deva ser encaminhada ao hospital • Avaliação seqüencial dos sinais e sintomas das doenças mais freqüentes para efetuar a classificação e administrar o tratamento específico: <ul style="list-style-type: none"> - Tosse ou dificuldade para respirar - Diarréia - Febre - Dor de garganta - Dor de ouvido - Outros sinais de doenças comuns (segundo a adaptação com base na situação epidemiológica local) - Avaliação do estado de nutrição - Avaliação da situação de vacinação
Prevenção
<ul style="list-style-type: none"> • Administração de vacinas • Administração de vitamina A
Promoção da saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Educação e apoio sobre a técnica de amamentação adequada • Educação e apoio sobre a alimentação adequada das crianças • Ensino sobre as medidas de natureza geral para a atenção da criança no lar • Ensino sobre os sinais de alarma que indicam que a criança deve ser levada imediatamente ao serviço de saúde para consulta

Fortalecimento da aplicação de medidas preventivas

A estratégia AIDPI inclui a avaliação sistemática das vacinas recebidas e do estado de nutrição da criança, assim como inclui atividades para fomentar a prevenção de doenças e reduzir a prevalência de desnutrição. Este enfoque integrado contribui para reduzir as oportunidades perdidas de detecção e tratamento de problemas, ao mesmo tempo em que incorpora sistematicamente intervenções preventivas.

Fomento das atividades de promoção da saúde

A estratégia AIDPI inclui componentes educacionais específicos. Suas atividades educacionais visam sobretudo o esclarecimento dos pais quanto ao cuidado da criança no lar. A educação dos pais está voltada para a prevenção de doenças e para a detecção em tempo oportuno dos sinais de alarme das doenças que atingem seus filhos. Desta forma, a estratégia AIDPI ajuda a melhorar os conhecimentos, as atitudes e as práticas da população no que diz respeito à saúde da criança.

Objetivos que se esperam alcançar mediante a aplicação da estratégia AIDPI

A aplicação da estratégia AIDPI visa atingir os seguintes **objetivos epidemiológicos**:

- Reduzir a mortalidade de crianças com menos de cinco anos, especialmente a mortalidade devida a doenças infecciosas, tais como pneumonia, diarreia, malária, dengue, tuberculose, meningite, septicemia, sarampo e outras doenças evitáveis por vacinação, bem como a mortalidade devida a transtornos nutricionais.
- Reduzir a incidência de doenças, tais como sarampo e outras doenças preveníveis por vacinação, assim como a diarreia, parasitoses intestinais, malária, dengue, tuberculose e desnutrição.
- Reduzir a incidência de casos graves de doenças transmissíveis, tais como pneumonia, diarreia, malária, tuberculose e desnutrição.

Para alcançar esses objetivos epidemiológicos, é necessário que o programa atinja os seguintes **objetivos estratégicos**:

- Diminuir a taxa de letalidade hospitalar por infecções respiratórias, diarreia e malária já que os casos que requerem tratamento hospitalar serão detectados mais cedo e serão menos graves.
- Melhorar o conhecimento das mães e o de outras pessoas responsáveis pela atenção da criança no lar, no que diz respeito ao reconhecimento dos sinais de alarma de doença, a fim de que busquem atendimento fora de casa.
- Diminuir a frequência de casos graves entre as crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de saúde pelas mães, ou por outras pessoas responsáveis por seu atendimento em casa.
- Diminuir as baixas hospitalares por pneumonia, diarreia, malária e desnutrição, ao diminuir a

ocorrência de casos graves e aumentar a resolução dos casos que consultam o primeiro nível de atenção.

- Reduzir a referência de casos de IRA, diarreia e malária que podem ser tratados adequadamente no primeiro nível de atenção.
- Modificar o número e a distribuição dos diagnósticos na consulta de atenção primária e na hospitalização de crianças com menos de cinco anos, como resultado da diminuição da incidência de casos de doenças evitáveis.
- Diminuir o uso desnecessário de tecnologias de diagnóstico (radiologia, análises de laboratório).
- Reduzir o uso desnecessário de antibióticos para o tratamento dos casos de IRA e diarreia que não os exijam para sua cura.
- Suprimir o emprego de medicamentos ineficazes e nocivos para o tratamento das IRA e da diarreia, tais como xaropes para a tosse, expectorantes e antidiarréicos.

Atividades a serem realizadas para alcançar os objetivos

Para alcançar os objetivos acima mencionados é necessário que as **metas de acesso e utilização** sejam alcançadas: toda a população deve ter acesso ao pessoal e aos serviços de saúde que aplicam corretamente a estratégia AIDPI, e colocar em prática as recomendações que a estratégia AIDPI inclui com relação ao cuidado e à atenção da criança no lar, tanto quando esta estiver saudável como quando sofra um episódio de alguma doença.

No processo de implementação há a recomendação específica de estabelecer um sistema gradativo que permita, em primeiro lugar, conduzir os esforços obedecendo a uma seqüência geográfica, selecionando como áreas iniciais, aquelas que tenham os níveis mais altos de mortalidade infantil. Desta forma, contribuir-se-á para que o impacto seja mais rápido sobre os problemas que produzem maior dano à saúde, ao mesmo tempo em que se fortalecerá o funcionamento adequado da estratégia para sua expansão posterior.

Dado que a estratégia foi elaborada de forma genérica pela OPAS/OMS e o UNICEF é necessário, numa primeira etapa, adaptar seus conteúdos de modo a garantir que todas as doenças e problemas de saúde que em uma região ou país afetem a saúde infantil com maior freqüência estejam nela refletidos. Esta adaptação também inclui considerações relacionadas com os tratamentos mais apropriados ao lugar de sua aplicação, assim como a adequação dos conteúdos de comunicação, de modo a torná-los acessíveis e compreensíveis por parte da população que deve ser beneficiada.

A implementação da estratégia AIDPI adaptada tem três componentes: o componente acesso, o componente utilização e o componente controle de gestão.

- O **componente acesso** destina-se a melhorar os sistemas de saúde para que ofereçam atendimento de boa qualidade. As atividades de gestão que fazem parte do componente acesso são:
 - A **capacitação** do pessoal de saúde para proporcionar-lhe a informação, os conhecimentos e as habilidades necessárias para aplicar corretamente a estratégia AIDPI, melhorar a organização dos serviços de saúde para sua aplicação e reforçar as atividades educacionais e de comunicação social, tanto no serviço de saúde como em coordenação com outros organismos e representantes da comunidade.
 - A **provisão** dos materiais necessários para a execução de todas as atividades técnicas e de gestão incluídas na estratégia.
 - A **supervisão** periódica do pessoal capacitado para identificar os problemas que enfrentam para a aplicação da estratégia e criar soluções adequadas.
- O **componente utilização** destina-se a melhorar as práticas familiares e comunitárias relacionadas com a saúde das crianças. A atividade de gestão deste componente é a comunicação (com este termo também se incluem as noções de informação e educação).
 - A **comunicação** para melhorar os conhecimentos, as atitudes e as práticas da população com relação ao cuidado e ao atendimento da criança no lar, a prevenção e a promoção da saúde infantil, a identificação em tempo oportuno de sinais de doença, e a consulta imediata a um serviço de saúde.
- O **componente controle de gestão** compreende três atividades: monitorização, avaliação e vigilância epidemiológica.
 - A **monitorização** visa verificar continuamente se as atividades de capacitação, de fornecimento, de supervisão e de comunicação estão sendo realizadas de acordo com o que foi planejado e se os serviços de saúde estão dando cumprimento às atividades de identificação, classificação e tratamento de casos, de prevenção e de promoção em conformidade com as normas da estratégia AIDPI. A monitorização visa identificar problemas, à medida que estes surjam, a fim de poder aplicar imediatamente medidas para solucioná-los.
 - A **avaliação** permite medir o alcance das metas programáticas de acesso e de utilização e dos objetivos estratégicos. A avaliação se realiza a intervalos regulares, mensalmente para algumas atividades, e para outras mais espaçadamente, porém pelo menos anualmente.
 - A **vigilância epidemiológica** determina a tendência dos indicadores de mortalidade e morbidade e se os correspondentes objetivos epidemiológicos são alcançados.

Para monitorizar e avaliar o sucesso das metas e dos objetivos é necessário recorrer a tipos de indicadores diferentes e sua seleção deverá levar em consideração a possibilidade de se obter os dados necessários para sua medição, assim como a sensibilidade e a especificidade para definir as mudanças que se pretenda medir.

A OPAS/OMS propôs um conjunto básico de indicadores de monitorização e de avaliação que permitem medir o alcance das metas das atividades de gestão do programa (como, por exemplo, o grau de capacitação alcançado e a regularidade do fornecimento de material suficiente para a aplicação da estratégia), o alcance das metas de acesso da população à estratégia e o alcance das metas de utilização. Outros indicadores dizem respeito ao alcance dos objetivos epidemiológicos de morbidade e de mortalidade.

Os indicadores propostos constituem uma seleção dentre um conjunto amplo de resultados que se podem obter a partir da aplicação da estratégia AIDPI. A fim de não trabalhar com um número de indicadores muito grande, o que complicaria os processos de monitorização e de avaliação, optou-se por utilizar um número limitado deles. Isto não significa que muitos outros indicadores possam ser medidos para mostrar o efeito positivo da aplicação da estratégia em termos de:

- Menor ocorrência de dano à saúde das crianças.
- Melhor qualidade de atenção e de referência de casos por parte do pessoal de saúde dos serviços dos três níveis.
- Aumento na participação do pessoal de saúde não-médico no diagnóstico e no tratamento de casos de IRA, diarreia e malária, incluindo agentes comunitários de saúde e farmacêuticos, conforme as modalidades de adaptação da estratégia.

Pesquisas epidemiológicas e operacionais sobre a estratégia AIDPI

Neste documento são apresentadas algumas propostas de pesquisa para serem incorporadas às atividades habituais do programa AIDPI. Estas pesquisas são úteis para melhorar o conhecimento dos problemas de saúde que afetam a infância e suas características, para determinar sua evolução a partir da aplicação da estratégia AIDPI e para definir problemas que atuam como obstáculos à implementação da estratégia. Desta maneira, poder-se-á verificar em que medida a estratégia pode ser útil para melhorar a condição de saúde na infância e em que medida é possível aperfeiçoar a implementação do programa.

Os protocolos que orientam a realização destes diferentes tipos de estudo foram elaborados para sua aplicação por parte dos serviços de saúde. A seleção do protocolo a ser empregado deverá basear-se em diferentes considerações relacionadas à necessidade e a pertinência dos estudos propostos em função das características de cada serviço como, por exemplo, o perfil epidemiológico da consulta, o nível de complexidade, o poder de resolução e as possibilidades de referência.

Os protocolos apresentados têm a função de modelos, o que significa que eles devem ser adaptados e modificados para se adequarem ao interesse dos responsáveis pelo estudo, assim como às circunstâncias do lugar onde serão aplicados, seja este o serviço de saúde, seja a comunidade. A implementação dos protocolos requer, em alguns casos, a utilização de algumas ferramentas estatísticas descritas na Parte II, o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística. Este Módulo proporciona elementos teóricos que fundamentam alguns aspectos das pesquisas relacionadas com o número de observações necessárias e os critérios para analisar os resultados que forem obtidos.

As ferramentas apresentadas no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística têm como objetivo garantir a qualidade dos resultados que forem obtidos nas pesquisas. É possível que em certos casos alguns aspectos que o método científico exige não possam ser cumpridos, mas isto não deve diminuir o interesse na continuidade da observação e da análise de todos os aspectos da implementação da estratégia e a avaliação dos resultados. Cometer erros faz parte do processo de pesquisa, desde que eles possam ser detectados. Com base nos possíveis erros cometidos pode-se elaborar e executar novas pesquisas.

PARTE II
MÓDULO DE APOIO EM
METODOLOGIA ESTATÍSTICA

Introdução

Os protocolos aqui apresentados para a realização das Pesquisas Operacionais voltadas para a medição da eficácia da estratégia AIDPI, requerem a utilização de ferramentas específicas, próprias da metodologia científica. É muito importante destacar que a decisão de realizar estes estudos envolve compromisso, seriedade no trabalho e o desejo de melhorar que devem ser incentivados. A procura do conhecimento é um processo permanente e as ferramentas aqui oferecidas têm como objetivo orientar este processo para que os estudos sejam realizados da maneira correta e para que sejam detectados os aspectos metodológicos que não puderam ser cumpridos com exatidão por alguma causa alheia à pessoa responsável pelo estudo. Neste último caso, a análise deverá ser acompanhada das considerações correspondentes, mas o estudo não deverá ser abandonado. Mesmo quando não é possível alcançar conclusões finais, pode-se obter elementos que contribuam para a melhoria ou para a elaboração de outras hipóteses para novos estudos. Novos estudos contribuem para o aperfeiçoamento constante da qualidade do trabalho.

Este módulo proporciona fundamentos teóricos para alguns dos aspectos das pesquisas, relacionados com as **observações** que terão que ser realizadas e com a **análise** que deverá ser efetuada a partir destas observações. Os fundamentos teóricos são elementos de metodologia estatística que são adaptados para serem explicados conceitualmente. Nem todos os estudos propostos necessitam dos mesmos fundamentos teóricos para a sua realização; por esta razão, será conveniente fazer uma classificação dos mesmos levando em consideração as teorias que os vinculam.

Os elementos de teoria estatística que são necessários para uma pesquisa dependem do objetivo que foi proposto. Conforme o objetivo, três tipos de pesquisas podem ser propostos:

- **Pesquisas nas quais se realiza uma comparação entre a situação anterior e a posterior à implementação da estratégia AIDPI**, com relação a aspectos vinculados com o atendimento prestado nos estabelecimentos de saúde e com relação aos resultados almejados em relação à saúde das crianças com menos de cinco anos. Estas pesquisas estão diretamente associadas com a avaliação da implementação da estratégia AIDPI e são, em si mesmas, pesquisas operacionais.
- **Pesquisas nas quais se realiza uma estimativa** sobre a frequência e a distribuição de patologias predominantes nas crianças ou que realizam uma descrição dos conhecimentos, crenças e práticas das mães e das famílias, ou que realizam uma determinação da frequência de alguns fatos, tais como a vacinação e a amamentação.
- **Pesquisas nas quais se mede a associação** entre as condições de saúde das crianças com menos de cinco anos e as características da criança, da mãe e do meio ambiente.

As pesquisas de estimativa e as pesquisas de associação são necessárias para a adequação dos aspectos operacionais da estratégia AIDPI e sua repetição, depois da estratégia ter sido adaptada com base nos conhecimentos obtidos por essas pesquisas, servirá para avaliar sua eficácia.

Em cada um dos casos mencionados é necessário estabelecer critérios para determinar o número de observações que terão que ser efetuadas e os critérios para a análise dos dados obtidos.

Pesquisas comparativas entre a situação anterior e a posterior à implementação da estratégia de AIDPI

As comparações feitas entre um período anterior a uma intervenção e outro posterior baseiam-se na suposição de que entre estes períodos não houve modificações em nenhum outro aspecto, salvo a intervenção cujos efeitos se deseja avaliar, neste caso, os efeitos da implementação da estratégia AIDPI. Qualquer fator diferente interferente que possa influenciar os resultados que se deseja medir poderia invalidar a comparação.

Há dois aspectos muito importantes na realização dessas pesquisas.

- O número de observações a serem realizadas antes e depois da implementação da estratégia, isto é, **o tamanho da amostra** e
- A maneira como os dados obtidos a partir das observações realizadas devem ser **analisados**, a fim de determinar se as mudanças foram realmente alcançadas com a estratégia, ou seja, se as mudanças foram resultado da implementação da estratégia.

Os fundamentos teóricos para a solução destes dois aspectos são apresentados a seguir.

Tamanho da amostra

Define-se por amostra a parte dos elementos da **população em estudo** que será observada e a partir da qual se obterá a informação necessária para a análise e a obtenção dos resultados propostos nos objetivos da pesquisa.

Define-se em cada um dos protocolos, qual é a população em estudo. A população em estudo é constituída pelo conjunto de pessoas ou fatos que se deseja estudar. É muito importante defini-la corretamente, pois as conclusões que forem alcançadas a partir da amostra ou das amostras só poderão ser aplicadas às populações inicialmente estabelecidas. Se, por exemplo, a frequência com que os casos de diarreia aparecem nas consultas de atendimento primário de saúde nos meses de verão estiver sendo estudada é óbvio que as conclusões do estudo não poderão ser aplicadas às consultas que tiverem lugar nos meses de inverno.

Decidir o tamanho da amostra significa definir **quantas observações serão realizadas**. Para este tipo de estudo sempre haverá duas amostras que corresponderão a um período anterior e a outro posterior à implementação da estratégia. Este número depende de vários fatores resumidos a seguir:

Primeiro Fator

De que maneira se deve expressar o que se quer estudar? Trata-se de uma medição que se expressará com um número? Por exemplo: peso em kg, altura em cm; ou melhor, trata-se de observar uma qualidade ou uma característica? Por exemplo: evolução de uma doença, classificada como boa ou má; estado de nutrição, classificado como eutrófico e distrófico (embora se faça esta classificação com base em uma medição numérica).

No primeiro exemplo, o que se deseja estudar em cada criança, mãe, fato ou elemento é uma característica que se expressa com um **número**. No segundo exemplo, o que interessa conhecer é uma **qualidade** que se expressa com uma categoria (categoria qualitativa).

Cada criança, mãe, fato ou elemento, constitui uma **unidade de observação**, também denominada unidade de amostragem. As unidades de observação foram caracterizadas para os casos nos quais o observável seja uma qualidade (nutrição, derivação, gravidade); estas são categorias qualitativas, das quais serão consideradas apenas aquelas que tenham duas alternativas de variação (nutrido ou desnutrido, derivado ou não derivado, grave ou não grave). Conforme o montante de casos registrados em uma ou em outra alternativa da condição estudada, construir-se-á o indicador ou os **indicadores** propostos em cada estudo.

Exemplo:
$$\frac{\text{Número de crianças desnutridas consultadas}}{\text{Número de crianças consultadas}}$$

Pode-se expressar os indicadores multiplicados por 100; nestes casos recebem o nome de porcentagens ou proporções que são simbolizadas com a letra "p".

Exemplo:
$$\frac{\text{Número de crianças desnutridas consultadas} \times 100}{\text{Número de crianças consultadas}}$$

Em conclusão, deve-se estabelecer o que se vai observar em cada unidade de amostragem e como será resumida a informação compilada para caracterizar o conjunto.

Segundo Fator

Qual é a freqüência com que o fato sob estudo se apresenta? De acordo com o exemplo proposto no ponto anterior, a pergunta seria: quantas crianças desnutridas se apresentam para consulta? Também se pode expressar o mesmo perguntando qual é a magnitude do indicador escolhido? Caso se trate de algo freqüente, sua detecção poderá ser alcançada após poucas observações de consultas de crianças, porém, se for algo muito raro, será necessário observar muitas consultas para encontrar crianças desnutridas.

Além disto, é necessário ter uma idéia aproximada de quanto se espera que o problema diminua como resultado da implementação da estratégia AIDPI, já que se empregará o mesmo tamanho de amostra, "depois de implementada a estratégia", para analisar se houve alguma mudança¹.

1 A verificação da hipótese proposta para provar diferença ou igualdade de proporções entre duas populações se baseia na distribuição binomial com aproximação à curva de Gauss. Se a hipótese nula de igualdade entre as duas proporções estiver certa, as diferenças das proporções, provenientes de sucessivos pares de amostras, se distribuirão como uma binomial e, para amostras maiores de 20, se aproxima da curva de Gauss, com média igual a zero. Isto se prova algebricamente quando $n_1 = n_2$ porquanto permite obter um fator comum. Quando as amostras não são iguais, a distribuição das possíveis diferenças torna-se assimétrica, mas continua-se a empregá-la, pensando em sua aproximação, quando as diferenças não são superiores a 10%, aproximadamente.

É necessário parar para explicar um conceito relacionado especificamente com a **mudança que se espera**. A análise pode ser desdobrada em duas partes: Houve mudanças favoráveis, ou seja, positivas? A resposta pode ser **SIM ou NÃO**. Se houve mudanças, quanto mudou? A análise foi desdobrada em duas partes por conter as preocupações lógicas de quem está fazendo o estudo, mas nem sempre as ferramentas estatísticas disponíveis podem responder às duas perguntas. As amostras podem representar a população em estudo com aproximações diferentes, e estas aproximações dependem do tamanho da amostra. Na medida em que se torne imprescindível responder às duas perguntas feitas será necessário aumentar cada vez mais o tamanho da amostra. No entanto, na maioria das vezes, não se dispõe de tempo nem dos recursos suficientes e é necessário perguntar ao pesquisador se seu interesse é saber se houve alguma mudança, por menor que seja, ou se seu interesse é saber se, no caso de ter havido melhora, esta melhora foi de pelo menos uns 20%. Fez-se referência a isto um pouco mais acima quando se apresentou a pergunta sobre qual é a mudança que se espera.

É oportuno acrescentar aqui que se o desenho do estudo é feito para detectar uma mudança de **pelo menos 20%** e o resultado da análise final conclui que não houve esta mudança, isto **NÃO SIGNIFICA** que não houve **NENHUMA MUDANÇA**. A amostra foi preparada para detectar mudanças de 20% ou mais; se estas forem menores pode ocorrer que o estudo não as "detecte", embora elas tenham ocorrido.

Para concluir, o tamanho das amostras está relacionado com a mudança que se espera alcançar com a implementação da estratégia AIDPI.

Terceiro Fator

Os resultados obtidos em um estudo realizado a partir de uma ou mais amostras estão sujeitos à **probabilidade** de que, por razões exclusivamente do acaso, a amostra escolhida não represente exatamente a população em estudo, embora tanto a elaboração do estudo como sua execução tenham sido corretas. Isto levaria a erros nas conclusões.

Os erros nas conclusões podem ser: concluir que houve uma melhora quando, em verdade, não houve - a este tipo de erro dá-se o nome de **erro de tipo I**; ou então, concluir que não houve modificações quando, na realidade, houve uma mudança positiva na situação estudada - a este tipo de erro dá-se o nome de **erro de tipo II**. Estes erros não podem ser eliminados totalmente, porém podem ser diminuídos, se for possível aumentar o tamanho da amostra. Portanto, deve-se especificar qual será a probabilidade de erro que se aceitará com respeito aos resultados do estudo.

Convém deixar claro aqui que, além do tamanho, a forma como se escolhe a amostra é muito importante, e isto deve vir especificado nos protocolos correspondentes.

Com relação aos três fatores mencionados apresenta-se um exemplo a seguir. Suponhamos que se deseje estudar o **aumento das derivações corretas por pneumonia**.

Para estabelecer o que foi dito no primeiro fator, a expressão numérica a partir da qual se fará a análise é:

$$\frac{\text{Número de derivações corretas por pneumonias} \times 100}{\text{Número total de derivações por pneumonias}}$$

Para pôr em execução o que foi estabelecido no segundo fator é necessário ter alguma informação, mesmo que seja aproximada, sobre qual é o valor inicial e qual é o aumento que se espera conseguir; suponhamos que, inicialmente, 40% das derivações estejam corretas e que se espera que aumentem para 60%. Isto se expressa dizendo que se estima que $p_1=40$ e que se espera que $p_2=60$.

Com respeito ao que foi citado no terceiro fator é necessário decidir qual a probabilidade de erro que se aceitará para cada tipo.

Erro Tipo I - Concluir que houve mudanças quando, na realidade, não houve.

Erro Tipo II - Concluir que não houve mudanças quando, na realidade, houve.

Em geral, os valores que são aceitos para determinar a probabilidade de cometer um **erro do tipo I**, variam entre 0,01 e 0,05, que também se pode expressar como 1% e 5%. Este tipo de erro é simbolizado com a letra alfa e se interpreta da seguinte maneira: existirá uma probabilidade de 1% ou 5% de que, ao tirar as conclusões, se cometa um erro do tipo I, isto é, que se esteja chegando à conclusão de que houve mudanças quando, na realidade, não houve e aconteceu que, por acaso, a amostra escolhida não representou corretamente a realidade.

Com relação ao erro do tipo II, os valores que são aceitos para determinar a probabilidade de que estes sejam cometidos variam entre 0,10 e 0,20, o que, como no caso anterior, também se pode expressar como 10% e 20%. Este tipo de erro é simbolizado com a letra beta e se interpreta da seguinte maneira: existirá uma probabilidade de 10% ou 20%, de que ao se chegar às conclusões cometa-se um erro do tipo II, isto é, que se esteja concluindo que não houve mudanças quando, na realidade, houve e, tal como para o erro do tipo I, isto pode suceder por acaso.

Resumindo, o indicador selecionado é a proporção de derivações corretas por pneumonia com relação ao total de derivações por pneumonia. Estima-se o valor inicial em aproximadamente 40% e espera-se que, com a implementação da estratégia, ele aumente para 60%. Aceitar-se-á um erro do tipo I, isto é, $\alpha = 0,05$, e um erro do tipo II, isto é, $\beta = 0,20$. Com estes dados deve-se ir à tabela que aparece no Anexo II.B e nela localizar o quadrado que aparece no cruzamento da coluna 0,40, que é o mesmo que 40%, com a linha 0,60, que é o mesmo que 60%. Neste quadrado figura o valor 76 que será o tamanho de cada uma das amostras que serão escolhidas para representar uma população a ser estudada, neste caso, as derivações que serão feitas por pneumonia em crianças de determinada idade.

Para generalizar a busca a partir da tabela do Anexo II.B deve-se esclarecer que nas colunas que correspondem aos valores de p_1 , sempre se buscará o menor dos valores que o indicador possa tomar e, nas linhas que correspondem a p_2 , o maior, seja qual for a ordem da amostra a que correspondam. Em nosso exemplo, esperava-se aumentar o valor do indicador com a implementação da estratégia, porém, em outros casos pode-se estabelecer o benefício esperado com uma diminuição do indicador proposto.

É conveniente alertar que, em alguns livros ou artigos, é representado com a letra "p", o que pode criar confusão já que a letra "p" também pode ser usada para simbolizar o indicador.

Como haverá uma amostra inicial, antes da implementação, e uma amostra posterior, depois da implementação, denominar-se-á de:

n_1 a primeira amostra e

n_2 a segunda amostra

Sempre que possível, se procurará fazer com que $n_1 = n_2$, neste caso = 76.

Deve-se dar muita atenção aos objetivos que forem fixados. Se o que se quer é fazer a distinção do que se está estudando para diferentes grupos etários, por exemplo:

- derivações por pneumonia de crianças com menos de dois meses
- derivações por pneumonia de crianças entre dois meses e 12 meses
- derivações por pneumonia de crianças de 12 meses a cinco anos

deve-se prever que, na determinação do tamanho da amostra, 76 é o número mínimo necessário, em outras palavras, que se terá que compilar pelo menos 76 observações no grupo de idade menos freqüente, neste caso, as crianças com menos de dois meses. Uma restrição deste número poderia dar lugar a que, inicialmente, só se estudassem as crianças com menos de cinco anos e, posteriormente, se estudassem os subgrupos dentro deste grupo etário.

Tomada de Decisão - Verificação da Hipótese

Estas verificações são cálculos a serem realizados com os indicadores obtidos e, de acordo com o resultado a que se chegar, decidir-se-á se a implementação da estratégia provocou mudanças ou não, devendo-se levar em consideração que as conclusões vêm acompanhadas de probabilidade de erro.

As verificações das hipóteses mencionadas funcionam da seguinte maneira: Por exemplo, se a derivação incorreta de casos de pneumonias, antes e depois da implementação da estratégia de AIDPI, alcançasse os seguintes resultados:

- **Antes** 40% (Proporção de pneumonias derivadas corretamente para internação)
- **Depois** 41,5% (Proporção de pneumonias derivadas corretamente para internação)

poderíamos, sem necessidade de nenhum outro elemento, concluir que por enquanto não houve mudanças no que se está avaliando e que se deve continuar com a capacitação.

Por outro lado, se os resultados observados fossem:

- **Antes** 40 %
- **Depois** 77 %

não haveria necessidade de recorrer a nenhum cálculo estatístico para concluir, com bastante certeza, que a situação melhorou.

Se, por acaso, o resultado apresentado expressasse que a situação tinha piorado:

- **Antes** 40 %
- **Depois** 28 %

seria necessário, para estes casos, revisar a implementação da estratégia. Se esta não apresentar deficiências aparentes, o que se tem que fazer é examinar como o estudo foi realizado. A partir do que for detectado nas observações, far-se-ão correções na implementação da estratégia, ou no sistema de informações, ou se repetirá o estudo correspondente à etapa posterior.

Porém, que decisão deveria ser tomada se os resultados obtidos fossem:

- **Antes** 40 %
- **Depois** 45 %

Tendo em mente que a informação foi obtida a partir de "amostras", será que se pode ter certeza de que houve uma mudança favorável ou será que o observado é resultado do acaso? É necessário lembrar que mesmo que a estratégia ainda não tenha sido implementada é possível que, durante algum tempo, modificações devidas puramente ao acaso possam ser registradas, ou seja, é possível que surjam modificações que não refletem a realidade do que ocorre habitualmente.

Com o cálculo da verificação da hipótese obtém-se a probabilidade de que a variação observada ocorra por acaso.

Deve-se acrescentar ao que aparece dentro do quadro acima que - com o tamanho da amostra calculada - o cálculo pode ter sido feito com uma variação esperada, diferente da observada.

Se houver grande probabilidade de que a modificação se deva ao acaso, conclui-se que, na realidade, a estratégia não trouxe mudanças; porém, se, por outro lado, for pequena, pode-se dizer que a estratégia AIDPI introduziu mudanças benéficas para os aspectos que estão sendo avaliados. Surge agora a pergunta: Quando é que a probabilidade é alta? ou, o que resulta no mesmo, quando é que é baixa? Onde está o limite? Em geral, fixa-se esse limite em 5%, ou seja, o valor de ... que se estabeleceu para o cálculo do tamanho das amostras. Quando o resultado corresponde a 5% ou mais, toma-se a decisão de que a diferença encontrada se deve ao acaso. Quando o resultado é menor que 5%, conclui-se que a diferença não se deve ao acaso e que há uma boa probabilidade de que essa diferença seja devida à estratégia AIDPI.

Deve-se deixar bem claro que a estatística é uma ferramenta de ajuda, mas que, acima de tudo, deve-se respeitar as hipóteses do pesquisador, não para modificar os resultados, mas para sermos cautelosos quando as verificações da hipótese indicarem uma conclusão diferente da esperada.

Quando o resultado da verificação da hipótese se aproxima do limite de aceitação ou de rejeição, neste caso 5%, e a conclusão que esse indica não corresponder à hipótese do pesquisador, recomenda-se repetir a experiência e revisar os passos seguidos.

Uma vez obtidos os resultados, calcular-se-ão os indicadores necessários e, a partir deles, far-se-á a devida substituição na fórmula que se segue:

$$z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 \times q_1}{n_1} + \frac{p_2 \times q_2}{n_2}}}$$

A verificação da hipótese referente à fórmula acima, denomina-se prova da distribuição normal.

Onde:

p_1 = proporção do fato estudado antes da implementação da estratégia AIDPI

q_1 = 1 - p_1 (isto se denomina complemento de p_1).

p_2 = proporção do fato estudado depois da implementação da estratégia.

q_2 = 1 - p_2 (isto se denomina complemento de p_2).

n_1 = Tamanho da amostra antes da estratégia.

n_2 = Tamanho da amostra depois da estratégia.

Se o resultado de "z" for maior que $|1,64|^2$, isto significará que a probabilidade de que a diferença se deva ao acaso é menor que 5%; conseqüentemente, a conclusão será de que o encontrado não se deveu ao acaso e que houve uma mudança a partir da implementação da estratégia.

Se o resultado for menor que $|1,64|$, isto significará que a probabilidade de que o observado apareça por acaso é maior que 5%; conseqüentemente, a conclusão será de que o acaso poderá ter ocasionado as diferenças, ou seja, que o resultado não se deve à implementação da estratégia.

Se o resultado for igual a $|1,64|$, ou muito próximo desse valor, aconselha-se ampliar o estudo com mais observações, embora correspondam somente ao período posterior à implementação.

Vai-se introduzir uma pequena modificação que sempre irá melhorar os resultados. Esta modificação consiste em substituir os valores de p_1 e p_2 , no denominador da fórmula (somente no denominador), por um valor comum que se obtém tirando a média de ambos. Recomenda-se prestar atenção quando se trata de tirar a média de proporções; para generalizar, far-se-á sempre dessa maneira:

$$p_0 = \frac{n_1 \cdot p_1 + n_2 \cdot p_2}{n_1 + n_2}$$

² A colocação de um número entre barras significa que se deve considerar somente seu valor absoluto e não seu sinal.

Tirou-se a média ponderada. Se as amostras fossem do mesmo tamanho não teria sido necessário fazer a ponderação, e o resultado teria sido o mesmo se tirássemos uma média comum.

A fórmula para a solução ficará então da seguinte maneira.

$$z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n_1} + \frac{p_0 \cdot (1 - p_0)}{n_2}}}$$

Exemplo Nº1:

Suponhamos que o objetivo que se tem é reduzir o número de internações por pneumonia em crianças com menos de 1 ano. Para isto compila-se a seguinte informação:

$$n_1 = 30$$

$$p_1 = \frac{\text{número de crianças < 1 ano internadas com pneumonia}}{\text{número de crianças < 1 ano com pneumonia}} = 0.45$$

(Antes da estratégia)

(Pode-se utilizar o indicador sem multiplicar por 100)

A seguir, implementa-se a estratégia e se volta a compilar as informações:

$$n_2 = 30 \text{ (Quantidade de crianças com menos de 1 ano com pneumonia)}$$

$$p_2 = \frac{\text{número de crianças < 1 ano internadas com pneumonia}}{\text{número de crianças < 1 ano com pneumonia}} = 0.40$$

(Depois da estratégia)

Substituem-se os dados na fórmula anteriormente dada e se calcula o resultado.

$$p_0 = \frac{30 \cdot 0.45 + 30 \cdot 0.40}{30 + 30} = 0.425 \quad z = \frac{0.45 - 0.40}{\sqrt{\frac{0.425 \times 0.575}{30} + \frac{0.425 \times 0.575}{30}}} = 0.391$$

Como este valor (0,391) é menor que 1,64, conclui-se que as diferenças encontradas em relação à redução das internações de crianças com menos de 1 ano com pneumonia podem ser atribuídas ao acaso, razão pela qual não se pode **assegurar** que as diferenças encontradas se devam à estratégia AIDPI.

Exemplo Nº. 2:

Suponhamos que o objetivo seja aumentar o grau de informação que as mães primíparas têm sobre o cuidado de seu recém-nascido em seu primeiro mês de vida. Para isto compila-se a seguinte informação mediante um questionário:

$$n_1 = 38 \text{ (Quantidade de mães entrevistadas)}$$

$$p_1 = \frac{\text{Nº de mães primíparas que possuem informação correta sobre os cuidados com o recém-nascido em seu primeiro mês de vida}}{\text{Número de mães primíparas entrevistada}} = 0,15$$

(Antes da estratégia)

A seguir, implementa-se a estratégia AIDPI (curso teórico prático sobre os cuidados do recém-nascido) e se volta a compilar informações:

$$n_2 = 40$$

$$p_2 = \frac{\text{Nº de mães primíparas que possuem informação correta sobre cuidados com o recém-nascido em seu primeiro mês de vida}}{\text{Número de mães primíparas entrevistadas}} = 0,43$$

(Depois da estratégia)

Os dados são substituídos na fórmula anteriormente dada e se calcula o resultado.

$$p_0 = \frac{38 \cdot 0.15 + 40 \cdot 0.43}{38 + 40} = 0.415 \quad z = \frac{0.15 - 0.43}{\sqrt{\frac{0.415 \times 0.585}{38} + \frac{0.415 \times 0.585}{40}}} = -2.54$$

Como este valor (-2,54) é maior, em **valor absoluto**, que 1,64, conclui-se que as diferenças encontradas em relação ao aumento do grau de informação que as mães primíparas possuem sobre o cuidado do recém-nascido em seu primeiro mês de vida não se devem ao acaso e, de acordo com o objetivo e o desenho do estudo, conclui-se que as diferenças se devem à implementação do curso teórico prático sobre os cuidados do recém-nascido.

Pesquisas de Estimativa

O objetivo destas **pesquisas é estimar** a frequência com que algumas patologias que prevalecem nas crianças com menos de 5 anos se apresentam ou estimar outras características como, por exemplo, a situação de vacinação. Também estão incluídas as pesquisas destinadas a saber qual é a duração do aleitamento materno ou a avaliar o conhecimento das mães em relação à saúde de seus filhos.

Pode-se realizar as pesquisas com a população que procura o serviço de saúde sendo avaliado ou, então, junto à população que reside na área de influência do serviço; em cada um dos casos, deve-se tomar um cuidado especial no momento de tirar conclusões, pois o que é válido para a população que vai ser consultada pode não ser válido para a população em geral, pelo menos não na mesma magnitude.

Nas pesquisas cujo objetivo é saber, mediante estimativa, qual é a característica comum da população em geral, a metodologia que se emprega para a escolha da amostra adquire uma importância especial e influirá, por sua vez, em seu tamanho. As pesquisas podem finalizar com a estimativa ou podem ter que ser complementadas com outro estudo posterior à implementação da estratégia, para avaliar as modificações³.

Os aspectos metodológicos inerentes a esse tipo de pesquisa, tanto no que se refere à amostra como à análise dos dados, incluem elementos relacionados à escolha da amostra entre a população em geral.

Na metodologia empregada nestas pesquisas há dois aspectos que diferem daqueles aspectos que foram expostos sobre os estudos comparativos entre antes e depois da implementação de uma intervenção:

- Primeiro, trabalha-se com somente uma amostra, a partir da qual se fará uma estimativa.
- Segundo, ao invés de uma verificação da hipótese para avaliar uma mudança produzida pela estratégia é necessário calcular um intervalo de confiança, dentro do qual o verdadeiro valor do que se deseja estimar estará contido. Para esses trabalhos estabelece-se um nível de confiança de 95%.

Considerando que se trata de uma única amostra, o que foi exposto sobre o primeiro e segundo fatores é válido para se decidir o tamanho da amostra nos estudos comparativos entre antes e depois de implementada uma intervenção. Entretanto, não é válido o que corresponde ao terceiro fator; em seu lugar, deve-se calcular o intervalo de confiança mencionado no parágrafo anterior.

³ Quando não existem dados iniciais confiáveis para estimar a prevalência de uma variável, pesquisas comparativas, entre a situação anterior e a posterior à implementação da estratégia AIDPI, não podem ser elaboradas. Entretanto, duas estimativas separadas de prevalência da variável, com seu intervalo de confiança (resultantes de pesquisas de estimativa), podem ser comparadas legitimamente e permitir que se chegue a conclusões sobre hipóteses de igualdade ou diferença, considerando se seus intervalos de confiança se sobrepõem ou não.

Resumindo, o cálculo do tamanho da amostra neste tipo de estudos de estimativa depende de algumas condições da característica ou variável em estudo, por exemplo, a situação de vacinação das crianças, que é uma variável qualitativa e cujas alternativas se designam com o esquema completo de vacinação, SIM ou NÃO. Deve-se, também ter uma idéia aproximada de qual é a proporção de crianças vacinadas, já que as pesquisas resultam do desconhecimento absoluto do que se estuda. Quando se chega à elaboração de um estudo, tem-se sempre uma hipótese ou pressuposto sobre o que sucede; em geral, os estudos servem para validar, ou não, as hipóteses. Nos casos em que não se tenha nenhuma pressuposição pode-se realizar um estudo exploratório em uma amostra pequena, geralmente um número compreendido entre 10 e 20, denominado amostra piloto.

O tamanho da amostra dependerá de:

- Tipo de variável em estudo, nesse caso qualitativa, com duas alternativas de variação, vacinada ou não vacinada (neste módulo trabalha-se com este tipo de variável).
- Frequência aproximada com que se apresenta o que se vai estudar.
- Confiança aceitável sobre os resultados obtidos; intervalo de confiança do estimador e probabilidade de erro.
- Maneira como a amostra será escolhida (isto será esclarecido em um exemplo).

Amostragem aleatória simples

Quando a escolha da amostra se realiza em uma única etapa, isto é, quando as unidades de amostragem são escolhidas de modo direto, sua denominação é **amostragem aleatória simples**. Nesses casos calcula-se o tamanho da amostra usando a fórmula:

$$N = \frac{22 \times p \cdot q}{d^2}$$

p = proporção do fato estudado

q = 1 - p

d = está relacionada com o conceito de "intervalo de confiança", já que o estimador que se obtiver da amostra deve estar acompanhado de um intervalo, para mais e para menos, dentro do qual se assegura que está contido o verdadeiro valor do universo, com uma probabilidade de erro estabelecida.

A este resultado não se introduz nenhuma correção.

Contudo, para que a escolha seja aleatória simples, deve-se ter uma relação de todas as unidades de que a população a ser estudada se compõe; a partir dessa relação, as unidades serão numeradas de modo correlato e, depois, utilizando-se uma urna na qual figurem todos os números correspondentes às unidades da população (por exemplo, crianças com menos de cinco anos residentes em uma

localidade), retirar-se-ão, aleatoriamente, o número de crianças que for determinado pelo tamanho da amostra. Isto também pode ser feito com uma tabela de números aleatórios, construída e testada especialmente para assegurar que o aparecimento de um número depois de outro obedece exclusivamente ao acaso. Uma vez extraídos os números, a amostra estará composta pelas unidades cujos números coincidam com aqueles extraídos da urna ou da tabela de números aleatórios.

A seleção também pode ser feita em forma sistemática, ou seja, a partir da escolha de uma unidade, saltando um determinado número de unidades. Se, por exemplo, isto for feito para escolher antecedentes clínicos e se tenha determinado que a amostra terá o tamanho de 50, proceder-se-á da seguinte maneira: em primeiro lugar, deve-se saber qual é o número total de antecedentes clínicos de que a população a ser estudada se compõe; por exemplo, 1000; esse número será dividido pelo tamanho da amostra, ou seja, $1000/50=20$; o resultado da divisão denomina-se classe de amostragem e estabelece que se selecionará um antecedente em cada 20. Além disso é necessário determinar a partir de que antecedente se começará. Isto se determina escolhendo, aleatoriamente, um número entre 1 e 20 e, a partir desse número, continua-se a escolher um antecedente a cada 20, completando-se a amostra de 50 antecedentes.

Se a população em estudo estiver constituída por mães ou crianças que comparecem à consulta, parte-se da suposição de que o comparecimento está determinado pelo acaso, de modo que o comparecimento em um ou em vários dias poderá compor uma amostra, conforme o tamanho que se necessite. Isto seria válido caso se estudasse a freqüência de patologias, porém, caso se trate de conhecer a opinião das mães, deve-se selecionar as mães de tal maneira que o que uma das mães escolhidas disser não possa ser ouvido pela que será selecionada a seguir.

Uma vez escolhida a amostra e realizadas as observações, calculam-se os indicadores a partir dos quais se elaborou o estudo. Cada indicador calculado a partir de uma amostra será uma estimativa da realidade que se deseja conhecer.

Caso se façam comparações, aplicar-se-á a verificação da hipótese. Se a conclusão for alcançada com uma estimativa sem se fazer comparações, esta estimativa deverá ser acompanhada de um intervalo de confiança (IC). Tal intervalo é construído somando e subtraindo do indicador calculado o resultado da seguinte expressão:

$$IC = 2 \times \frac{\sqrt{p \cdot q}}{n}$$

Portanto, pode-se dizer que o verdadeiro valor que se deseja estimar está contido dentro de dito intervalo, com uma confiança de 95%.

Quando não for possível identificar as unidades de amostragem, deve-se utilizar, para a seleção da amostra, uma **amostragem por aglomerado**. Esta metodologia aparece explicada no exemplo do Anexo II.A sobre cobertura de vacinação em uma população.

Quando, por exemplo, a variável a ser estudada for o conhecimento das mães ou suas atitudes e práticas com relação ao cuidado da criança, existem certas considerações adicionais que devem ser levadas em consideração.

Como nos casos acima, o estudo pode ser realizado entre as mães que comparecem ao serviço de saúde no qual se esteja considerando implementar a estratégia AIDPI, bem como em toda a comunidade da área de influência do serviço. Neste último caso é possível supor que serão realizadas atividades em toda a comunidade ou supor que as mães que comparecem e que recebem os conhecimentos proporcionados pelo serviço, atuarão como multiplicadoras do efeito educacional entre as mães que não vão aos serviços de saúde.

No caso em que o estudo se realize na comunidade, deve-se entrevistar um grupo de mães escolhidas aleatoriamente e, para tanto, será proposta uma metodologia a ser seguida. O grupo de mães escolhidas constitui a amostra em estudo. Deve-se realizar o estudo antes e depois de implementar os aspectos da estratégia AIDPI relacionados com a educação das mães, a fim de determinar se houve alguma modificação na situação inicialmente observada.

O que foi dito no parágrafo anterior parece sugerir algo aparentemente óbvio - que a situação inicial pode ser melhorada. Isto dá a entender que o responsável pelo estudo tem alguma informação própria ou bibliográfica sobre quais são os conhecimentos e as crenças mais comuns entre as mães de sua comunidade, quais as que poderão ser melhoradas e em que medida isto pode ser conseguido.

É muito importante pôr em relevo que a amostra de mães que forem entrevistadas depois da implementação das ações educacionais, não deve ser a mesma amostra de mães que foram entrevistadas inicialmente. Se fosse a mesma, os resultados estariam invalidados pelo fato de que a primeira entrevista poderia ter exercido influência sobre alguns conhecimentos e crenças, sem que isso tivesse sido o resultado das ações educacionais que o estudo deseja avaliar.

Convém estudar com profundidade os conceitos conhecimento da situação inicial e validade do questionário.

No que diz respeito ao **conhecimento da situação inicial**, simplificou-se o tema nos parágrafos anteriores, pois dizer se as mães possuem ou não este conhecimento não é suficiente; é necessário definir o que significa ter conhecimento. Além disto, não se deve deixar de procurar saber quais são as crenças e se coincidem ou não com o que venha a ser definido como conhecimento. A este respeito, trabalha-se com uma amostra piloto em uma etapa qualitativa do estudo. Durante esta etapa, a entrevista com as mães deve permitir que se venha a saber quais são as diferentes crenças que coexistem entre as mães. Uma vez que se tenha considerado que isto é sabido, será possível fazer um levantamento que permita quantificar a frequência com que cada uma das diferentes crenças se apresenta. Além disto, o conhecimento sobre as crenças existentes na comunidade proporcionará os elementos necessários para se saber se será necessário intervir ou não e, em caso afirmativo, de que maneira.

As entrevistas que estudam aspectos qualitativos são realizadas como se fossem conversas informais: são realizadas sem o uso de **questionário**. Estas entrevistas proporcionam elementos importantes para revisar os questionários que foram propostos. Isto não impede que o questionário que venha a ser finalmente aprovado para as pesquisas que quantificam a frequência com que cada uma das alternativas detectadas se apresenta, seja previamente testado em uma amostra piloto. Esta amostra piloto poderá fazer parte do estudo definitivo.

A possibilidade de encontrar crenças diferentes é uma variável em estudo e, para medi-la, é necessário construir o indicador correspondente. Este indicador deve definir também o que significa ter conhecimento.

As entrevistas realizadas na amostra piloto sempre estarão sob a incumbência de um dos profissionais envolvidos com a implementação da estratégia; elas (as entrevistas) não devem ser delegadas a um entrevistador alheio ao projeto. Esta recomendação se baseia no fato de que é necessário ter um determinado nível de capacitação e de experiência para discernir sobre a qualidade do questionário, a fim de que se possa captar corretamente o que se deseja estudar. Em muitos casos será necessário introduzir modismos de linguagem próprios do lugar ou outros detalhes que melhorem a comunicação entre o entrevistador e a mãe. Além do mais, recomenda-se que o entrevistador seja uma pessoa do lugar onde se realiza a entrevista.

Em todas as entrevistas deve-se diferenciar entre as perguntas para atender o objetivo fundamental e aquelas incluídas visando a possíveis interesses futuros dos investigadores ou interesses atuais de pessoas não relacionadas diretamente com o estudo. As perguntas relacionadas diretamente com o objetivo da pesquisa devem merecer uma atenção especial. Não é demais insistir que se deve assegurar que a forma como a pergunta é feita e como se pretende registrar a resposta permita obter o conhecimento desejado. Isto constitui o aspecto qualitativo do estudo. Seu sucesso está vinculado diretamente com a capacitação da pessoa que o realiza e deve merecer mais atenção que o número de entrevistas incluídas no estudo "piloto"; esta parte do estudo denomina-se qualitativa e complementa a descrição quantitativa que a amostra definitiva irá proporcionar.

Para calcular o tamanho da amostra definitiva serão levados em conta os aspectos quantitativos que forem obtidos da amostra piloto.

Este tipo de estudo, a ser realizado na comunidade e não no serviço de saúde, estipula uma situação diferente no que diz respeito ao procedimento pelo qual será feita a seleção e pelo qual será determinado o número dos elementos ou unidades de amostragem que farão parte da amostra, isto é, as mães que serão entrevistadas. Para tanto, seguir-se-ão as mesmas etapas que foram utilizadas no exemplo sobre a cobertura de vacinação do Anexo II.A.

Pesquisas de Associação

Algumas pesquisas mencionam a necessidade de provar a **associação** em forma simultânea para um mesmo momento ou período, entre algumas características das mães ou do grupo familiar e o estado de saúde da criança ou as características da atenção solicitada ou prestada em um estabelecimento de saúde. Um exemplo é a pesquisa que procura detectar hábitos e características familiares que incidam sobre o estado de nutrição das crianças. Neste caso os resultados obtidos se apresentam em uma tabela que tem duas linhas e duas colunas, e que é utilizada para analisar associações deste tipo. Elas são chamadas tabelas 2 x 2 ou quadricelulares.

Crianças segundo características familiares	Número de crianças desnutridas	Número de crianças não desnutridas	Total
Crianças cujas famílias apresentam a característica A	18	12	30
Crianças cujas famílias não apresentam a característica A	25	35	60
Total	43	47	90

Antes de fazer referência ao tamanho da amostra, faremos algumas considerações a respeito da análise. A análise dos dados deve concluir se realmente existe associação entre a característica estudada e o estado de nutrição das crianças.

Para fazer a análise, tal como nos casos anteriores, pergunta-se: que resultados seriam mais prováveis, se **não** houvesse diferenças no estado nutricional das crianças entre os dois grupos estudados?

Se não houvesse diferença, seria possível supor que em cada um dos grupos haveria a mesma proporção de crianças desnutridas e que esta proporção pode ser estimada a partir do **total** de crianças desnutridas (43) em relação ao total de crianças (90).

A proporção, traduzida em porcentagem, é:

$$\frac{43}{90} \times 100 = 47,8\%$$

Com este valor calcula-se quanto é 47,8% de 30 e de 60 e se obtém os valores 14 e 29 que se denominam valores estimados, no caso de não haver diferença entre os dois grupos de famílias.

A partir do que foi exposto acima, constrói-se a tabela com os valores observados e os valores que se estima que corresponderiam, no caso de não existir associação entre a desnutrição e a presença da característica A nas famílias. É importante considerar, neste momento, que alguns

estudos podem propor a associação entre uma característica da criança e a ausência de desnutrição, em lugar da presença de alguma condição na família, na mãe ou no meio ambiente.

	Número de crianças desnutridas		Número de crianças não Desnutridas		Total
	Observado	Estimado	Observado	Estimado	
Crianças cujas famílias apresentam a característica	18	14	12	16	30
Crianças cujas famílias não apresentam a característica	25	29	35	31	60
Total	43		47		90

A partir dos números registrados nas células, constrói-se uma expressão de cálculo que tem a seguinte propriedade: se nas células correspondentes aos valores observados foram registrados todos os valores possíveis, que por acaso poderiam apresentar-se caso não houvesse associação; os resultados possíveis teriam uma distribuição que se denomina χ^2 (qui-quadrado). (Referência: Sidney S., Nonparametric Statistics for the Behavioural Sciences. McGraw-Hill Book Company, 1956, página 44).

Constrói-se uma expressão que subtrai o estimado do observado, o eleva ao quadrado e o divide pelo estimado; o valor obtido pode ser analisado aplicando-se a verificação da hipótese denominada χ^2 (qui-quadrado).

$$\chi^2 = \frac{(18-14)^2}{14} + \frac{(25-29)^2}{29} + \frac{(12-16)^2}{16} + \frac{(35-31)^2}{31} = 1,14 + 0,55 + 1 + 0,52 = 3,21$$

Existe uma outra forma mais fácil para se fazer o cálculo e pode-se, inclusive, obter o resultado usando uma calculadora, mas a fórmula que se propõe permite acompanhar seu raciocínio.

O resultado obtido será comparado com o valor do χ^2 que se encontra em tabelas especiais, para $\alpha = 5\%$ e 1 grau de liberdade. O valor que se encontrará na tabela é 2,69.

Os graus de liberdade relacionam-se com a quantidade de colunas e linhas da tabela, ou melhor, com a quantidade de alternativas que as características estudadas podem tomar; com relação ao exemplo analisado, a desnutrição poderia ser classificada de acordo com diferentes graus e, neste caso, seriam necessárias mais colunas. A característica cuja presença se estuda nas famílias poderia também ser encontrada em diferentes graus. Aqui, foram consideradas apenas duas possíveis alternativas para cada uma das características em estudo.

Continuando com o exemplo, também é possível determinar os graus de liberdade dizendo que somente um dos valores que aparecem nas quatro células da tabela, pode ser modificado livremente; depois de um deles ter sido modificado, os demais já terão seus valores predeterminados pelos totais nas margens da tabela; conseqüentemente, nas tabelas 2x2 só se dispõe de um grau de liberdade e seu cálculo é o número de colunas menos um, multiplicado pelo número de linhas, também menos um.

Como o valor calculado (3,21) é maior que o valor 2 de referência (2,69), pode-se concluir dizendo que a desnutrição das crianças está associada com a presença da característica A nas famílias, porque a probabilidade de que o cálculo do 2 resultasse em 3,21 ou mais, por simples acaso, é menor que 5%, se não existisse associação.

A verificação da hipótese aplicada refere-se à existência ou não existência de associação, porém não quantifica a intensidade da mesma. Em alguns casos é necessário quantificar o grau de associação e isto se consegue fazendo sua estimativa a partir do que se denomina Odds ratio (razão de probabilidade). Nestes casos, deve-se elaborar o estudo com base em grupos particulares, selecionando crianças que apresentem o problema sendo estudado, neste caso, a desnutrição. Para cada criança desnutrida buscar-se-á uma criança que servirá de controle, ou seja, uma criança não desnutrida, mas com as mesmas características no que tange a aspectos que possam ter influência na desnutrição, exceto o que foi simbolizado genericamente no exemplo como característica A.

Para o cálculo do Odds ratio (razão de probabilidade), a partir do exemplo anterior, procede-se da seguinte maneira:

$$\text{Odd ratio} = \frac{18 \times 35}{25 \times 12} = 2,1$$

Os resultados possíveis são: igual a, maior que ou menor que 1. Quando é igual a um, supõe-se que não existe associação; quando é maior que um, como neste caso, significa que o risco de desnutrição nas crianças de famílias que apresentam a categoria A é maior do que nas de famílias que não a apresentam. Quando o valor é menor que um, significa que a associação é inversa àquela que se esperava.

Para que o resultado possa ser interpretado dessa maneira, a tabela de apresentação e de cálculo deve ser construída de maneira que na primeira coluna figurem sempre os casos e na segunda os controles e, além disto, na primeira linha deverá figurar o que se considerar associado com o aparecimento dos casos.

Para conhecer o grau da associação é necessário aumentar o tamanho das amostras que, nesses casos, são sempre duas, a dos casos e a dos controles. Para cada caso pode-se escolher um ou mais controles; nesta apresentação será escolhido apenas um controle para cada caso.

Para o cálculo do tamanho da amostra neste tipo de estudo, será necessário contar com informações sobre:

- Qual é o valor esperado da associação, isto é, o valor esperado da razão de probabilidade (Odds Ratio). Faremos a suposição de que era inicialmente 3.
- O erro de tipo I, que se fixará em 5% ou 0,05.
- O erro de tipo II, que se fixará em 20% ou 0,20.

Além do que foi dito acima, será necessário ter informações sobre que parte da população possui a característica cuja associação com os casos está sendo estudada. No exemplo dado seria preciso saber qual a proporção de crianças que pertencem a famílias que apresentam a característica A, em toda a população sob estudo. A suposição será de que a proporção é 60%.

Com estes dados retorna-se à tabela que figura no Anexo II.C, onde se observa que o tamanho de cada uma das amostras, a dos casos e a dos controles, será 92.

Ao invés de, ou além de, mencionar os erros de tipo I e II pode-se fazer referência à amplitude do intervalo de confiança que se exige para a estimativa da razão de probabilidade (Odds Ratio). Isto está sendo mencionado aqui, porém não será desenvolvido neste módulo.

ANEXO II.A

ESTUDO DA COBERTURA DE VACINAÇÃO NA CIDADE DE SANTA FÉ

Antecedentes

O Programa Ampliado de Imunizações promovido pela Repartição Sanitária Pan-Americana e adotado pelas autoridades nacionais e estaduais propõe, entre suas recomendações, a realização de levantamentos da cobertura de todas as imunizações. Os propósitos destes levantamentos são:

- verificar a qualidade do sistema de registro;
- ampliar as informações que não possam ser proporcionadas com exatidão pelos sistemas de registro e, como subproduto,
- propiciar uma aproximação entre a parte normativa do sistema de saúde e a comunidade e, em alguns casos, detectar pautas de comportamento e insuficiências do sistema de atenção primária que incidam nas coberturas de imunização.

Realizou-se o estudo na cidade de Santa Fé, excluindo o distrito de Alto Verde devido aos problemas causados pelas inundações ocorridas nesta região na ocasião da programação do trabalho.

O esquema de levantamento proposto pelo Programa Ampliado de Imunizações recomenda a realização do estudo em uma coorte de crianças de um ano de amplitude, cuja idade, no momento do levantamento, esteja compreendida entre 12 e 24 meses. Pelo fato de, no ano anterior, ter sido registrado um aumento de casos de sarampo, cujo número excedia os níveis de alarme estabelecidos, decidiu-se investigar também a cobertura da dose de reforço da vacina anti-sarampo. Por esta razão fixou-se que a idade das crianças que participariam do estudo estaria compreendida entre os 18 e os 30 meses, para que estas crianças tivessem a oportunidade de receber o reforço da vacina anti-sarampo. A informação exigida registrava a idade em que as crianças haviam recebido a dose ou as doses das respectivas vacinas, permitindo estabelecer coberturas para idades mais baixas.

Objetivo geral do estudo

- Saber qual a situação de vacinação das crianças com o esquema básico proposto pelo Programa de Imunização. (No momento e no lugar em que se realizou este estudo, o esquema básico para as crianças era: BCG ao nascer, vacina Sabin e vacina tríplice aos 2, 4, e 6 meses e vacina anti-sarampo aos 12 e 18 meses de idade).

Objetivos específicos

Para as crianças da cidade de Santa Fé, excluindo o distrito de Alto Verde, com idade entre 18 e 30 meses, saber qual a cobertura de:

- vacinação com BCG, com a vacina Sabin e com a vacina tríplice, aos 6 meses de idade, de acordo com o esquema de vacinação;
- vacinação com BCG, com a vacina Sabin, com a vacina tríplice e com a primeira dose da vacina anti-sarampo, com a idade de um ano, sem levar em consideração o esquema rigoroso de aplicação;
- vacinação com BCG, com a vacina Sabin, com a vacina tríplice e com a segunda dose da vacina anti-sarampo, entre os 18 e os 30 meses de idade, sem levar em consideração o esquema rigoroso de aplicação.

Material e método

O estudo foi realizado com um levantamento de casa em casa, com as mães de uma amostra de crianças da cidade de Santa Fé, do grupo etário de 18 a 30 meses. Em alguns casos, aceitou-se a informação dada por uma avó, tia ou pessoa adulta informada.

Desenho da amostra

O tamanho e a escolha da amostra foram definidos, em linhas gerais, de acordo com o esquema proposto pelo Programa Ampliado de Imunizações.

Para cada uma das vacinas, devia-se estimar a proporção de crianças vacinadas. Isto foi resultado de:

$$\frac{\text{Número de crianças vacinadas}}{\text{Número de crianças estudadas}}$$

Esta relação encontrada na amostra seria o **estimador** do verdadeiro valor do universo (toda a cidade de Santa Fé).

A variável a ser estudada (situação de vacinação) é qualitativa, e as alternativas a serem encontradas são duas: vacinada ou não vacinada.

Levando em consideração os aspectos antes mencionados, a variável qualitativa e duas alternativas de variação, pode-se dizer que, de acordo com o que foi estabelecido pela Metodologia Estatística, a variável segue a distribuição binomial. Por esta razão utilizou-se a seguinte fórmula para determinar o tamanho da amostra (n).

$$n = \frac{k^2 (p \times q)}{d^2}$$

k = é um número que se obtém da tabela da curva normal e se seleciona segundo a probabilidade de erro introduzido pela amostragem que se decidiu aceitar. Para uma probabilidade de erro de 5% ou, o que é a mesma coisa, uma confiança de 95%, o número que corresponde a k é 1,96, que geralmente se arredonda para 2.

p = é a proporção esperada de crianças vacinadas

q = é a proporção que corresponde a crianças não vacinadas

Se " p " e " q " são dados em porcentagem, tem-se que $p + q = 100$. Pode acontecer que " p " e " q " não estejam expressos em porcentagem, em cujo caso tem-se que $p + q = 1$.

Nesse tipo de estudo, para o cálculo de n recomenda-se dar a " p " e a " q " o valor 50%, ou então 0,50 já que, assim, o produto que aparece na parte superior da fórmula ($p \times q$) será o maior valor possível, e se conseguirá aumentar a amostra para melhorar a estimativa.

q = está relacionada com o conceito de "intervalo de confiança", já que o estimador que se obtenha da amostra deve vir acompanhado de um intervalo, a mais e a menos, dentro do qual assegura-se estar contido o verdadeiro valor do universo com uma probabilidade de erro ou uma confiança estabelecida ao escolher k .

Neste tipo de estudo, intervalos muito pequenos não são necessários. O Programa Ampliado de Imunizações recomenda que d seja igual a 10%, lembrando que não se trata de 10% do valor estimado, e sim, de 10% de qualquer que seja a suposição. Se não se trabalhar com porcentagens, será igual a 0,10.

Fazendo as substituições na fórmula tem-se:

$$n = \frac{2^2 (50 \times 50)}{10^2} = 100$$

O tamanho de n , calculado desta maneira, é válido para uma amostra aleatória simples, ou seja, naqueles casos em que "a criança", possa ser escolhida diretamente ao acaso a partir do universo; mas isto não foi possível pois implicaria dispor de uma lista de todas as crianças de 18 a 30 meses vivendo na cidade de Santa Fé e que fossem selecionadas aleatoriamente, quer de uma urna quer de uma tabela de números ao acaso. Ao invés disto, fez-se uma seleção aleatória de "grupos de domicílios", especificamente, de "quadras" que compõem o menor agrupamento (aproximadamente 20 casas) estabelecido para fins de recenseamento. Quando se age dessa forma está-se realizando uma amostragem por "aglomerado". As crianças que vivem dentro de um mesmo aglomerado não contribuem para a amostra com a mesma informação que trariam se fossem escolhidas aleatoriamente em diferentes partes da cidade. A proximidade do domicílio influencia, em alguns casos, o comportamento das mães e, sem dúvida, a capacidade de acesso aos serviços. Por esta razão, a amostra deve ser ampliada. Neste caso, adotou-se o estilo padrão, multiplicando o valor obtido para n por um fator de amplificação que se estabeleceu como igual a 2, em outras palavras, a amostra foi duplicada:

$$100 \times 2 = 200 \text{ crianças}$$

Seleção da amostra

Até este momento ficou estabelecido que seriam escolhidas 200 crianças e que para isto seriam selecionadas quadras, isto é, aglomerados, com antecedência.

Havia sido mencionado antes que o estimador obtido a partir da amostra estaria constituído por:

$$\frac{\text{Número de crianças vacinadas}}{\text{Número de crianças estudadas}}$$

É interessante observar que em cada residência que se visite, o numerador será o dado a ser examinado, mas o denominador também o será, ou seja, que se tem um estimador formado por um quociente em que o numerador e o denominador variam. Este estimador se denomina a razão e para que proporcione uma estimativa suficientemente exata da realidade deve-se escolher um mínimo de 30 aglomerados.

Em resumo, recomenda-se escolher 30 aglomerados e, em cada um deles, estudar sete crianças, obtendo-se, assim, uma amostra de 210 crianças. A aplicação desta recomendação geral pode sofrer algumas adaptações, de acordo com a definição de aglomerado e a densidade da população infantil a ser pesquisada.

O Instituto de Estatística e Censo da província de Santa Fé proporcionou a relação dos distritos, bairros e quadras em que a cidade de Santa Fé está dividida e o número de domicílios registrados no último censo.

Por outro lado, foi realizada no Instituto, uma estimativa do número de crianças existentes na cidade a partir dos nascimentos. Considerou-se que não seria conveniente utilizar os dados de nascimentos registrados na cidade já que estes indicavam uma taxa de natalidade demasiado alta. Solicitou-se, então, o dado da população total registrada no último censo na cidade de Santa Fé e a ele aplicou-se uma taxa bruta de natalidade estimada em 1,7%. Com esse dado obteve-se:

$$\frac{289.593 \text{ habitantes} \times 1,7}{100} = 4.923 \text{ nacimientos}$$

Deste grupo descontaram-se os óbitos. Como o grupo etário a ser estudado era de crianças de 18 a 30 meses, aplicou-se ao número de nascimentos uma taxa de mortalidade um pouco maior que a taxa de mortalidade infantil. Utilizou-se uma taxa de 40 por 1000.

$$\frac{4.923 \times 40}{1000} = 197, \text{ redondeando } 200 \text{ muertes}$$

Logo, $4.923 - 200 = 4.723$ crianças

O número de quadras registradas no último censo foi 3.669.

Daí $4.723 \div 3.669$ quadras = 1,3 criança por quadra

Isto que dizer que, caso 30 quadras ($30 \times 1,3 = 39$ crianças) fossem utilizadas só se obteriam 39 crianças, o que não alcançaria o tamanho da amostra desejado (200). Por esta razão, definiu-se o aglomerado como um conjunto formado por mais de uma quadra. Além disto, como se dispunha de suficientes recursos operacionais, decidiu-se ampliar o número de aglomerados a serem escolhidos. Em resumo, foram escolhidos 50 aglomerados e cada um deles esteve formado por três quadras:

- cada quadra tem 1,3 criança
- 3 quadras têm 3,9 crianças
- caso 50 aglomerados de 3 quadras cada um fossem eleitos, calcular-se-ia $50 \times 3,9 = 195$ crianças

Como se havia trabalhado com a população de 1980 e com uma taxa de natalidade baixa, aplicou-se a suposição de que o número de crianças a ser observado seria superior a esta estimativa inicial.

Decidiu-se que a escolha das quadras fosse feita de forma sistemática, isto é, uma de cada tantas quadras a se determinar o número. Isto significava que todos os setores da cidade estariam representados de modo proporcional, o que permitiria que se fizesse o que, em estatística, se denomina estratificação.

Para escolher as quadras de forma sistemática, foram todas numeradas de 1 a 3.669. Como era necessário escolher 50 grupos, fez-se a seguinte divisão:

$$3.669 \div 50 = 73,4$$

Este resultado mostrou que se deveria escolher uma dentre cada 73 quadras e, para completar o grupo de três, as duas que a seguissem. Para decidir qual seria a primeira, escolheu-se um número ao acaso compreendido entre 1 e 73. O número que saiu sorteado foi o 43, indicando que a quadra que havia recebido o número 43 na numeração e as duas que a seguiam seriam escolhidas como o primeiro aglomerado a ser visitado. Para determinar o segundo, fez-se o seguinte cálculo:

$$43 + 73 = 116$$

Este resultado mostrou que a quadra de número 116 e as duas que a seguiam formariam o segundo aglomerado a ser escolhido e, assim sucessivamente até estarem completados os 50 aglomerados.

O entrevistador deve registrar a quadra ou grupo de quadras escolhidas em sua totalidade. Isto apresenta vantagens de ordem prática em comparação com o critério de escolher aglomerados maiores e indicar sorteio de casas ou a visita de uma a cada tantas casas, uma vez que diminui a quantidade de instruções que o entrevistador deverá seguir. Além disto, está comprovado que nas zonas urbanas periféricas é sumamente difícil definir com exatidão o conceito de domicílio, o que dificulta a redação de instruções precisas a serem dadas ao entrevistador.

Confeccionaram-se três tipos de formulários para registrar a informação:

- a) Controle do Trabalho de Campo
- b) Entrevista Domiciliar
- c) Resumo da Informação por Aglomerado.

Pessoal

Para a realização das entrevistas participaram enfermeiras, educadoras sanitárias, visitadoras de higiene, técnicos em estatística, um inspetor sanitário, um médico e um bioquímico. Com a experiência adquirida durante o estudo, este pessoal técnico estava preparado para fazer sugestões que melhorariam a organização e para atuar como supervisores em algum outro estudo deste tipo. Com o pessoal disponível, formaram-se três grupos de trabalho que se alternavam em sua composição e variavam quanto a seu número, porém nunca com menos de duas pessoas por equipe.

Organização do trabalho de campo

Obteve-se um mapa da cidade de Santa Fé em escala de 1 para 10.000. Marcaram-se no mapa os conjuntos de três quadras escolhidas (cada uma constituía um aglomerado). Além disto, o Instituto de Estatística e Censos da província proporcionou um mapa para cada uma das quadras escolhidas para ser visitada.

Antes do trabalho foram realizadas reuniões para falar sobre os formulários a e b, e para distribuir o trabalho. No começo, designou-se, para cada equipe, uma quantidade de entrevistas a serem realizadas em aproximadamente uma semana, dentro do horário normal de trabalho.

Ao finalizar a semana foi realizada uma reunião de avaliação, intercambiaram-se experiências, ensinou-se como preencher os formulários de resumo e fez-se a distribuição dos trabalhos para um período de duas semanas. Ao final deste período, foi realizada a segunda reunião de avaliação e, a partir de então, as equipes funcionaram sem reuniões formais, coordenadas somente na entrega e na recepção de trabalhos.

Duração das entrevistas

O trabalho foi concluído entre os dias 24 de março e 22 de abril de 1983.

Processamento da informação

Cada grupo de entrevistadores transferiu o que foi registrado no formulário Entrevista Domiciliar, para um formulário de resumo. Utilizou-se um formulário de resumo para cada quadra, podendo-se utilizar um formulário para cada conjunto de quadras, ou seja, por cada aglomerado.

Em conformidade com os objetivos do estudo, foram feitos três tipos de resumos, um para cada um dos objetivos fixados.

Os resumos parciais passaram para a Seção de Estatística onde se confeccionou o resumo final, correspondente ao cálculo da proporção de crianças vacinadas, de acordo com as diferentes vacinas e de acordo com as diferentes idades encontradas na amostra e, além disso, o cálculo do intervalo de confiança para cada uma das estimativas.

Resultados obtidos

A seguir, apresentam-se os resultados obtidos, em conformidade com os objetivos fixados. Para cada caso, as estimativas estão acompanhadas dos intervalos de confiança calculados a partir da informação registrada (não é preciso coincidir, necessariamente, com o que havia sido inicialmente programado); como já se estabeleceu, corresponde a cada intervalo uma confiança de 95%.

Nas visitas realizadas aos domicílios dos 50 conjuntos compostos por três quadras cada um, ou seja, aos 50 aglomerados escolhidos, encontraram-se 216 crianças no grupo etário estabelecido de 18 a 30 meses de idade. Quer dizer que, em média, foi encontrada 1,44 criança por quadra. De acordo com o cálculo inicial, esperava-se encontrar 1,3 por quadra, sabendo-se que o cálculo estava um pouco subestimado, o que ficou comprovado, e obteve-se um tamanho de amostra satisfatório.

Separadamente, calcularam-se os dados de cobertura obtidos somente a partir dos certificados em poder das mães ou então, na falta do certificado, aceitando o que a mãe dissesse. Quando se tratava de uma vacina de três doses estabeleceu-se que, se pelo menos duas doses estivessem registradas no certificado e a mãe assegurasse que a terceira dose havia sido dada, a dose seria considerada anotada no certificado.

ANEXO II.B
TAMANHO DE AMOSTRA EXIGIDA PARA A COMPARAÇÃO DE DOIS GRUPOS
A FIM DE DETECTAR VARIAÇÕES ENTRE P₁ E P₂
ALFA (α) = 0,05 BETA (β) = 0,20

P ₂	0,05	0,10	0,15	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,45	0,50
0,10	334									
0,15	104	536								
0,20	55	154	711							
0,25	35	76	195	890						
0,30	25	46	93	230	984					
0,35	19	32	56	106	258	1084				
0,40	15	23	38	63	119	280	1158			
0,45	12	18	27	42	69	128	296	1208		
0,50	10	14	21	30	45	73	133	305	1232	
0,55	8	12	16	22	32	47	75	136	308	1232
0,60		10	13	17	24	33	48	76	136	305
0,65			11	14	18	24	33	48	75	133
0,70				11	14	18	24	33	47	73
0,75					11	14	18	24	32	45
0,80						11	14	17	22	30

		ANEXO II.C TAMANHO DE AMOSTRA PARA ESTUDOS DE ASSOCIAÇÃO									
		ODDS RATIO A DETECTAR									
		1.5	2.0	2.5	3.0	4.0	5.0	10.0			
PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO	.10	1222	381	204	135	80	57	25			
	.20	718	232	128	87	54	40	20			
	.30	571	190	108	75	48	37	20			
	.40	521	179	104	74	49	38	23			
	.50	521	184	110	79	54	43	27			
	.60	565	205	125	92	63	51	33			
	.70	671	251	155	115	81	67	45			
	.80	915	350	220	166	119	99	68			
	.90	1689	661	422	322	235	197	140			

PARTE III

PESQUISAS DE AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI NA MORBIDADE E MORTALIDADE NA INFÂNCIA

PROTOCOLO 1

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, COM DESNUTRIÇÃO, LEVADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A desnutrição é um problema de saúde importante para as crianças dos países em desenvolvimento. Embora a desnutrição não seja registrada como causa básica de mortalidade, uma proporção variável das mortes de crianças com menos de cinco anos tem a desnutrição como causa associada.

Comumente, as crianças desnutridas sofrem com maior frequência de episódios de infecções respiratórias e diarreia do que as crianças eutróficas. Por sua vez, esses episódios são mais graves e sua evolução é mais longa, contribuindo para uma deterioração maior no estado nutricional da criança. A desnutrição também influencia o grau de desenvolvimento psicomotor e o crescimento das crianças, sendo fator determinante de seu futuro rendimento escolar.

A condição nutricional da criança é determinada por sua alimentação e suas doenças. A alimentação está associada à disponibilidade de recursos no lar da criança e aos padrões culturais que determinam as formas como ela é alimentada.

Em muitos países em desenvolvimento a desnutrição aparece mais como consequência de uma alimentação inadequada do que como consequência da falta de recursos alimentícios. A falta ou a curta duração do aleitamento materno, as práticas inadequadas de desmame e a restrição de certos alimentos, contribuem para que a criança não receba os nutrientes necessários.

As crenças culturais em relação à alimentação da criança durante uma doença - crenças que incluem a supressão ou restrição de alimentos durante um episódio de diarreia ou de infecção respiratória - também têm influência na deterioração da condição nutricional.

O assessoramento e a educação da mãe sobre a alimentação da criança e a suplementação com alguns nutrientes minerais (ferro) e vitamínicos (vitamina A) constituem, na verdade, as principais intervenções para melhorar a situação nutricional das crianças.

A classificação da desnutrição proposta pela estratégia AIDPI inclui três categorias:

- **Desnutrição Grave:** quando a criança apresenta emaciação grave visível (marasmo) ou edema em ambos os pés (kwashiorkor e desnutrição edematosa)
- **Peso Muito Baixo para a Idade (equivalente à desnutrição moderada):** quando no Quadro de Peso por Idade, o ponto em que a linha do peso da criança se encontra com a linha de sua idade está abaixo da curva inferior, isto é, a curva que representa o umbral de um desvio padrão "z" de -3. O Peso Muito Baixo para a Idade é um indicador aproximado do peso baixo para a altura.

- **Peso Baixo para a Idade (equivalente a desnutrição leve):** quando no Quadro de Peso por Idade, o ponto em que a linha do peso da criança se encontra com a linha de sua idade está acima da curva inferior, isto é, a curva que representa o umbral de um desvio padrão "z" de -3, porém abaixo da curva que representa o umbral de um desvio padrão "z" de -2.

O protocolo deve utilizar a classificação de desnutrição adotada pelo programa AIDPI do país, o que pode significar o uso de umbrais de desvio padrão diferentes daqueles propostos pelas normas genéricas da OPAS/OMS ou a medição do peso para a altura.

A estratégia AIDPI também tem como projeto educativo o esclarecimento da população sobre os recursos naturais existentes no lugar, a orientação no preparo de alimentos de melhor valor nutritivo e a suplementação alimentar durante a doença. A implementação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde e na comunidade representa uma contribuição importante para melhorar a condição nutricional das crianças.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a prevalência de desnutrição em crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar a prevalência de crianças com menos de cinco anos sofrendo de desnutrição que são levadas para consulta em um serviço de saúde, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

A prevalência de crianças desnutridas é dada pela relação entre o número de crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde e que são classificadas como desnutridas (Peso Baixo para a Idade, Peso Muito Baixo para a Idade e Desnutrição Grave) e o total de consultas por este grupo etário devido a qualquer causa.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI significa que:

- O pessoal dos serviços de saúde está capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, preferivelmente por ter participado de um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado trabalha dispõe dos materiais necessários para a aplicação das recomendações, para a avaliação clínica e para prestar o tratamento às crianças.
- O pessoal de saúde pode analisar os problemas, as dificuldades, e as dúvidas com relação à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de seguimento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que comparece ao serviço de saúde tem acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais na consulta (antes, durante ou depois da mesma), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

- O pessoal capacitado aplica, sistematicamente, as medidas incluídas na estratégia AIDPI para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos, incluindo os componentes de avaliação do estado nutricional da criança e de assessoramento à mãe sobre a alimentação da criança.

A avaliação do estado nutricional da criança deve ser uma prática habitual na consulta infantil, independente do motivo pelo qual a mãe compareceu à consulta. Caso contrário, muitas crianças atendidas, identificadas no Registro Diário de Consultas do serviço, não terão o peso nem a idade avaliados e anotados no registro correspondente. Se for este o caso, a informação que será obtida corresponderá somente a uma parte das consultas e, se suas características forem diferentes do total (no que tange sua idade, sexo, diagnóstico, etc.) poderão introduzir uma distorção nas conclusões. Por exemplo, se a avaliação nutricional se realiza apenas nos casos em que o pessoal de saúde suspeita de algum problema a esse respeito, a proporção de casos de desnutrição será maior que a proporção real no total das consultas e isto distorcerá a visão do problema.

A aplicação adequada dos componentes relacionados com a nutrição é essencial para poder determinar o impacto da estratégia AIDPI no estado nutricional das crianças com menos de cinco anos atendidas nos serviços de saúde. Os benefícios da estratégia AIDPI sobre a condição nutricional da criança podem ser incrementados por meio de outras intervenções, tais como, a suplementação alimentar oferecida pelo serviço de saúde ou por outras instituições trabalhando na comunidade.

Para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada e do período de observação deve-se levar em consideração a situação do problema antes ou no início da aplicação da estratégia e também o impacto esperado. As providências para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada estão descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Deve-se obter as informações dos seguintes registros:

- Registro Diário de Consultas: para obter as informações sobre o total de consultas de crianças com menos de cinco anos.
- Registro de Controle do Crescimento: para conhecer a classificação nutricional.

O Anexo 1.A sugere um modelo de formulário para coligir as informações desses registros a fim de facilitar seu processamento posterior. Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário que o processamento seja manual, apresenta-se no Anexo 1.B um Quadro de Consolidação das Informações.

A partir destas informações é possível calcular os indicadores relacionados à prevalência de crianças desnutridas, levadas ao serviço de saúde para consulta. Na tabela 1.1 pode-se encontrar alguns exemplos de indicadores para este estudo. Para o cálculo desses indicadores devem ser descartados aqueles casos em que não se registrou o estado de nutrição da criança. Para tanto, é preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna da tabela do Anexo 1.B (Total de Crianças Estudadas) os números incluídos na oitava coluna (Sem Dados sobre o Estado Nutricional). Os números obtidos nessa subtração serão utilizados como denominador.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia produziu mudanças nas consultas por desnutrição em crianças com menos de cinco anos. Para o cálculo dessa verificação deve-se recorrer ao Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Ao mesmo tempo, para que se atribuam as mudanças do estado nutricional das crianças somente à Estratégia AIDPI é necessário que durante o período do estudo não haja ocorrido nenhuma mudança importante nas condições socioeconômicas do lugar (por exemplo instalação de uma fábrica com maior geração de emprego, etc.) que beneficiaram essas crianças.

MEDIDAS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Uma vez que tenha sido determinado o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se proceder em relação à coleta e à consolidação das informações nos serviços de saúde da seguinte maneira:

- Exame do Registro Diário de Consultas ao serviço para identificar as crianças que compareceram durante o período selecionado.
- Registro da classificação nutricional para cada uma das crianças a partir do Registro de Controle do Crescimento. Deste registro (ou do Registro Diário de Consultas), também se deverá obter a idade da criança por ocasião da consulta.
- O formulário do Anexo 1.A pode ser utilizado para a coleta das informações dos registros mencionados acima.
- Processamento das informações à mão ou por computador.
- Cálculo de indicadores.
- Realização da verificação de hipótese para o indicador principal.

TABELA 1.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de todas as crianças estudadas e classificadas como desnutridas com menos de 5 anos	Número total de crianças desnutridas com menos de 5 anos	Número total de crianças estudadas que têm dados para classificação nutricional
Proporção de crianças classificadas com desnutrição grave com menos de 5 anos	Número total de crianças com menos de 5 anos com desnutrição grave	Número total de crianças estudadas que têm dados para classificação nutricional
Proporção de crianças de 1 a 4 anos estudadas que foram classificadas como desnutridas	Número total de crianças de 1 a 4 anos classificadas como desnutridas	Número de crianças de 1 a 4 anos estudadas que têm dados para classificação nutricional
Proporção de crianças com peso muito baixo para a idade	Número total de crianças com peso muito baixo para a idade	Número total de crianças estudadas que têm o peso registrado
Proporção de crianças de 2 a 11 meses estudadas, com peso baixo para a idade	Número total de crianças de 2 a 11 meses com peso baixo para a idade	Número de crianças de 2 a 11 meses estudadas que têm o peso registrado
Proporção de todas as crianças desnutridas classificadas com peso	Número total de crianças com peso muito baixo para a idade muito baixo para a idade	Número de crianças desnutridas

Se a proporção de casos que não apresentam especificação do tratamento for muito elevada (maior que 40%), os resultados do estudo podem ter pouco valor.

ANEXO 1.A
IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE AIDPI SOBRE A PREVALÊNCIA
DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FORMULÁRIO DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Nº	SOBRENOME E NOME	SEXO	IDADE	PESO	CLASSIFICAÇÃO

Observações:

PARA PREENCHER O FORMULÁRIO DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) referente à informação que será registrada.
- Selecionar os registros de consultas correspondentes ao período que será estudado.
- Examinar o primeiro registro diário selecionado até encontrar a primeira criança com menos de cinco anos.
- Anotar o nome da criança, seu sexo e idade.
- Encontrar o Registro de Controle do Crescimento da criança selecionada e completar a coluna de peso, a coluna de idade, observar a classificação nutricional dada à criança na data da consulta e completar a coluna 6 de acordo com a classificação da criança: eutrófica, com peso baixo para a idade, com peso muito baixo para a idade ou com desnutrição grave.
- Se não se dispuser de informações sobre o peso, a idade e o estado nutricional, deve-se colocar “não registrada” (N/R).

ANEXO 1.B
IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A PREVALÊNCIA
DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

GRUPO ETÁRIO	TOTAL DE CRIANÇAS ESTUDADAS	EUTRÓFICAS	DESNUTRIDAS				SEM DADOS SOBRE ESTADO NUTRICIONAL
			TOTAL	PESO BAIXO PARA A IDADE	PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE	DESNUTRIÇÃO GRAVE	
TOTAL							
<2 MESES							
2 - 11 MESES							
1 A 4 ANOS							

Observações:

PARA PREENCHER O QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES:

Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde, e o período (semana, mês, meses e o ano) ao qual correspondem as informações que serão compiladas.

Usando como base o Formulário de Compilação de Informações, observar a classificação nutricional que coube à criança na data da consulta.

Se a criança estava **Eutrófica**, colocar uma marca (|) na terceira coluna (eutróficas) da linha correspondente ao grupo etário da criança.

Se a criança estava **Desnutrida, com Peso Baixo para a Idade**, colocar uma marca (|) na quinta coluna (Desnutridas; Peso Baixo para a Idade) da linha correspondente ao grupo etário da criança.

Se a criança estava **Desnutrida, com Peso Muito Baixo para a Idade**, colocar uma marca (|) na sexta coluna (Desnutridas; Peso Muito Baixo para a Idade) da linha correspondente ao grupo etário da criança.

Se a criança tinha **Desnutrição Grave**, colocar uma marca (|) na sétima coluna (Desnutridas; Desnutrição Grave) da linha correspondente ao grupo etário da criança.

Se os dados sobre o estado nutricional da criança não estavam registrados, colocar uma marca (|) na oitava coluna (**Sem Dados sobre Estado Nutricional**) da linha correspondente ao grupo etário da criança.

Uma vez que se tenha completado o exame dos registros de controle de crescimento de todas as crianças que foram consultadas no período selecionado deve-se somar o número de marcas (|) em cada quadrado do Quadro e anotar o número resultante em cada um deles.

Somar os números colocados nos quadrados das colunas 5, 6 e 7 de cada linha e anotar o resultado no quadrado da coluna 4 da linha correspondente (Desnutridas, Total).

Somar os números colocados nos quadrados das colunas 3, 4 e 8 e anotar o resultado no quadrado da coluna 2 da linha correspondente (**Total de Crianças Estudadas**).

Somar os números colocados em todos os quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à primeira linha (**Total**).

PROTOCOLO 2

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE O ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS COM DIARRÉIA PERSISTENTE

INTRODUÇÃO

A diarreia persistente é um episódio diarréico que se inicia de forma aguda e que se prolonga por 14 dias ou mais. Cerca de 10% dos casos de diarreia aguda tornam-se persistentes. Essa condição deteriora o estado nutricional e se associa a um índice de letalidade maior.

A diarreia persistente é sobretudo uma doença nutricional e ocorre com maior frequência nas crianças que se encontram desnutridas, sendo, por sua vez, uma causa para o agravamento da desnutrição. Um episódio de diarreia persistente pode durar de três a quatro semanas ou mais e causar uma enorme perda de peso, ocasionando rapidamente quadros de desnutrição grave como, por exemplo, o marasmo.

A perda de peso durante a diarreia persistente é causada por diversos fatores, alguns dos quais estão associados à fisiopatologia da doença (diminuição da absorção de nutrientes em consequência das modificações na mucosa intestinal) e outros ao manejo da doença por parte do pessoal de saúde e da mãe (restrições na dieta por abstinência ou por diluição dos alimentos).

A alimentação adequada é o mais importante aspecto no tratamento da diarreia persistente e seu objetivo é proporcionar uma ingestão suficiente para facilitar o processo de reparação da mucosa intestinal danificada e para melhorar o estado nutricional e a reação imunitária. O acompanhamento da evolução da diarreia e do estado nutricional permite verificar o êxito do tratamento.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui recomendações específicas com respeito à alimentação. A aplicação dessas recomendações contribuirá para evitar a desnutrição ou evitar seu agravamento se a criança já se encontra desnutrida. Portanto, a partir da aplicação eficiente da Estratégia AIDPI é possível melhorar a evolução das crianças com diarreia persistente, o que se refletirá numa recuperação de seu estado nutricional.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação das recomendações para a alimentação da criança propostas pela Estratégia AIDPI sobre a evolução nutricional das crianças com diarreia persistente.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar a proporção de casos de diarreia persistente que regressam para controle e que melhoraram seu estado nutricional que é medido pelo aumento de peso antes e depois da aplicação da Estratégia AIDPI.

A proporção de casos de crianças desnutridas com diarreia persistente será dada pela relação entre o número de crianças com menos de cinco anos com diarreia persistente que comparecem para consulta no serviço de saúde, e que são classificadas como desnutridas, e o total de consultas por diarreia persistente neste grupo. É importante certificar-se de que a mesma definição de diarreia persistente seja utilizada antes e depois da implementação da Estratégia AIDPI.

A implementação eficaz da Estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação clínica e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas no que tange à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que visita o serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais na consulta (durante, antes ou depois da mesma), como em grupos mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.
- O pessoal de saúde aplique sistematicamente o componente de avaliação do estado nutricional da criança em todas as consultas de reavaliação e acompanhamento por diarreia persistente, assim como o assessoramento à mãe com respeito à alimentação da criança, tanto na primeira consulta como em todas as consultas de controle posteriores.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos com diarreia persistente que procuram os serviços de saúde nos quais o estudo está sendo realizado, sendo a diarreia persistente definida como três evacuações aquosas diárias durante 14 dias ou mais.

Para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada e para o cálculo do período de observação, deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada aparecem descritas na Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Pode-se obter as informações necessárias para o estudo nos registros de atenção existentes nos serviços de saúde selecionados. Entretanto, dependendo de como estes sejam, a realização do estudo pode apresentar algumas complicações operacionais. De qualquer maneira, será necessário reunir informações sobre a primeira consulta na qual o caso foi classificado como diarreia persistente e informações sobre as consultas posteriores. Com respeito à primeira consulta, serão necessárias informações relativas a:

- Idade da criança
- Data da consulta
- Diagnóstico(s) ou classificação
- Estado nutricional (Peso)

A idade da criança, assim como a data da primeira consulta, geralmente encontra-se incluída no registro de consultas. No caso da idade, deve-se lembrar de registrar os meses e anos da criança, de modo a poder estudar o grupo de recém-nascidos de uma semana a dois meses de idade.

Em geral, o diagnóstico é anotado pelo médico no registro de consultas. Deve-se tomar um cuidado especial para que haja bastante precisão na classificação dos casos de diarreia, mencionando, particularmente, quando a diarreia é persistente. As crianças com diarreia persistente e desnutrição grave não serão incluídas no estudo, uma vez que estas crianças serão internadas e não tratadas em casa.

Em geral, não se registra a informação sobre o peso da criança nos Relatórios Diários de Consulta e sim nos Antecedentes Clínicos. Deve-se tomar um cuidado especial ao registrar o peso da criança na primeira consulta, e assegurar que seja possível localizar os Antecedentes Clínicos de todas as crianças com diagnóstico de diarreia persistente levadas ao serviço no período do estudo.

Em relação à consulta de reavaliação e acompanhamento deve-se obter as seguintes informações:

- A data em que a criança compareceu à consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Resultado da consulta de reavaliação e acompanhamento, especialmente o peso.

Como, para processar as informações, será necessário comparar a informação da consulta em que se realiza o diagnóstico de *diarreia persistente* com as informações das consultas posteriores, é possível que surjam algumas complicações operacionais, dependendo dos registros forem utilizados.

A forma mais fácil de reunir as informações consiste em revisar os Antecedentes Clínicos de cada caso de *diarreia persistente* diagnosticado e tratado antes da aplicação da estratégia AIDPI e depois que a mesma tenha sido aplicada. Posto que os serviços nem sempre dispõem deste tipo de registro e que nestes registros é difícil encontrar todos os dados necessários para o estudo, sugere-se, no Anexo 2.A, um modelo de formulário para ser utilizado na execução do estudo. Não se considera a utilização deste formulário necessária, se os dados puderem ser obtidos nos Antecedentes Clínicos em uso nos estabelecimentos de saúde.

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 2.B apresenta um Quadro de Consolidação das Informações. A partir destas informações pode-se calcular os indicadores relacionados à evolução nutricional dos casos de diarreia persistente. Na tabela 2.1 podem ser encontrados alguns exemplos de indicadores para este estudo.

Para o cálculo de alguns dos indicadores apresentados a seguir, deve-se descartar aqueles casos que não regressaram à visita de reavaliação e acompanhamento. Para tanto, deve-se considerar

para o denominador os números dos totais registrados na terceira linha do Quadro de Consolidação das Informações.

Os indicadores para os diferentes grupos etários podem se calculados ou podem ser desdobrados com mais detalhes a fim de dar mais precisão ao estado nutricional (se piorou, passando de peso normal para peso baixo ou de peso baixo a peso muito baixo; se o peso permaneceu inalterado — peso baixo ou peso muito baixo; etc.).

Para dar cumprimento ao objetivo do estudo deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia produziu mudanças no estado de nutrição das crianças com menos de cinco anos levadas para consulta devido a diarreia persistente. Para o cálculo dessa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Tabela 2.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento ao fim de 30 dias, com melhora do estado nutricional	Número de casos de diarreia persistente que melhoraram (de peso baixo a peso normal, ou de peso muito baixo a peso baixo) após 30 dias	Número de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento após 30 dias
Proporção de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento	Número de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento	Número total de casos de diarreia persistente
Proporção de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento sem melhora de seu estado nutricional ao fim de 30 dias	Número de casos de diarreia persistente que permaneceram iguais + número de casos de diarreia persistente que pioraram após 30 dias	Número de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento após 30 dias
Proporção de casos de diarreia persistente que permaneceram sem alteração ao fim de 60 dias	Número de casos de diarreia persistente que permaneceram inalterados após 60 dias	Número de casos de diarreia persistente que regressaram à consulta de reavaliação e acompanhamento após 60 dias

Se a proporção de casos que não regressaram ao controle for muito elevada (maior do que 40%), os resultados do estudo poderão ter pouco valor.

Medidas para a realização do estudo

Uma vez determinado o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se proceder da seguinte maneira para a compilação e a consolidação das informações nos serviços de saúde.

- Examinar o Registro Diário de Consultas ao serviço a fim de identificar as crianças com diarreia persistente que compareceram ao serviço durante o período selecionado.

- Buscar o Registro de Controle do Crescimento de cada uma dessas crianças a fim de saber qual é a sua classificação nutricional. Deste registro (ou do Registro Diário de Consultas) também se deverá obter a idade da criança na ocasião da consulta.
- Procurar os antecedentes clínicos de cada criança a fim de saber em que datas a criança teria de retornar para a consulta de reavaliação e acompanhamento.
- A Ficha do Anexo 2.A pode ser utilizada para a compilação das informações dos registros mencionados anteriormente.
- Para os casos cujas informações não se encontrem disponíveis nos registros habituais, a Ficha do Anexo 2.A será utilizada como registro do estudo, tendo que ser preenchida em cada consulta de criança com diarreia persistente e nas consultas de sua reavaliação e acompanhamento.
- A Ficha pode ser confeccionada pelo pessoal que atende os casos no serviço de saúde, à medida que for identificando alguma criança com diarreia persistente. As Fichas também podem ser preenchidas no final de cada dia, examinando o Registro Diário de Consultas e identificando as crianças classificadas como tendo diarreia persistente. (Caso as fichas sejam preenchidas no final de cada dia, não se pode permitir que o pessoal responsável pela atenção se esqueça de registrar os dados que têm que ser incluídos na Ficha – o registro dos dados é indispensável).
- Se as Fichas forem preenchidas pelo pessoal que presta o atendimento, elas (as fichas) deverão estar sempre disponíveis no horário de atendimento, para que possam ser facilmente encontradas quando a criança regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Se a Ficha for preenchida no final do dia, deve-se ter o cuidado especial de não se esquecer de anotar nos registros todas as informações necessárias para completar a seção da Ficha relativa à reavaliação e acompanhamento nos registros em uso. Neste último caso, examinar todas as Fichas iniciadas e verificar nos registros de atendimento se as crianças que foram classificadas como tendo diarreia persistente compareceram para a consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Processar a informação manualmente ou por computador.
- Calcular os indicadores.
- Realizar a verificação da hipótese para o indicador principal.

ANEXO 2.A
ACOMPANHAMENTO DO ESTADO DE NUTRIÇÃO
DE CRIANÇAS COM DIARRÉIA PERSISTENTE

FICHA DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Sobrenome e nomes: _____

Domicílio: _____

DATA	IDADE (em meses)	PESO	AUMENTO DE PESO	ESTADO NUTRICIONAL		
				NORMAL	PESO BAIXO PARA A IDADE	PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE
PRIMEIRA CONSULTA						
CONSULTAS DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO						

Observações:

Instruções para o preenchimento da Ficha de Compilação das Informações:

Esta Ficha deverá ser confeccionada para cada um dos casos com diagnóstico de diarreia persistente, uma vez que essas crianças terão de retornar para controle periódico.

Para começar a preencher a Ficha, proceder da seguinte maneira:

- Completar a parte superior colocando o sobrenome e o nome da criança, sua idade em anos e meses e seu domicílio.
- No espaço destinado à **Primeira Consulta**, colocar a data em que a criança foi diagnosticada ou classificada como tendo diarreia persistente; a idade em meses e o peso da criança naquela data.
- Usando a curva de crescimento do Quadro de Procedimentos da Estratégia AIDPI (ou a que se adotou na adaptação da mesma), classificar se a criança Não Tem Peso Baixo para a Idade (Normal), Tem Peso Baixo para a Idade ou Tem Peso Muito Baixo para a Idade.

Para completar a Ficha com relação à **Consulta de Reavaliação e Acompanhamento**, proceder do seguinte modo:

- Anotar na primeira coluna da Ficha a data em que a criança foi levada à consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Anotar na segunda coluna da Ficha a idade da criança, em meses, na ocasião da consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Anotar na terceira coluna o peso da criança na consulta de reavaliação e acompanhamento,
- Usando a curva de peso para a idade do Quadro de Procedimentos da Estratégia AIDPI, marcar com uma cruz na coluna que corresponda a classificação da criança Não Tem Peso Baixo para a Idade (Normal), Tem Peso Baixo para a Idade ou Tem Peso Muito Baixo para a Idade.

ANEXO 2.B
EVOLUÇÃO NUTRICIONAL DOS CASOS DE DIARRÉIA
PERSISTENTE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

CONTROLE	TOTAL	MELHOROU DE		PERMANECEU IGUAL		PIOROU DE	
		PESO BAIXO A PESO NOR-MAL	PESO MUITO BAIXO A PESO BAIXO OU PESO NORMAL	PESO BAIXO	PESO MUITO BAIXO	PESO NORMAL A PESO BAIXO OU PESO MUITO BAIXO	PESO BAIXO A PESO MUITO BAIXO
TOTAL DE CASOS DE DIARRÉIA PERSISTENTE							
REGRESSARAM PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHA- MENTO APÓS 30 DIAS							
REGRESSARAM PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHA- MENTO APÓS 60 DIAS							
REGRESSARAM PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHA- MENTO APÓS 90 DIAS							
NÃO REGRES- SARAM PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHA- MENTO							

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e o ano) e o grupo etário ao qual a informação que se tabulará corresponde.
2. Contar o número de casos que foram identificados com diarreia persistente durante o período do estudo. Este número deve ser igual ao número de Fichas de Compilação das Informações. Anotar o número total de casos de diarreia persistente na segunda coluna (Total) da segunda linha (Total de Casos de Diarreia Persistente) do Quadro.
3. Selecionar a primeira Ficha de Compilação das Informações de uma criança com diarreia persistente e procurar a primeira consulta de reavaliação e acompanhamento.
4. Se a criança não foi levada a nenhuma consulta de reavaliação e acompanhamento, colocar uma marca (|) na segunda coluna (Total) da última linha (Não Regressaram à Consulta de Reavaliação e Acompanhamento) do Quadro de Consolidação.
5. Se a criança foi levada à consulta de reavaliação e acompanhamento, determinar a classificação nutricional resultante no gráfico de peso para a idade, levando em consideração o peso e a idade da criança no dia da consulta de reavaliação e acompanhamento.
6. Se a criança compareceu à consulta de reavaliação e acompanhamento, proceder da seguinte maneira na linha correspondente: Aos 30 dias, Aos 60 dias e Aos 90 dias:
 - 6.1. Se a classificação do estado nutricional da criança na consulta de reavaliação e acompanhamento melhorou (passando de peso muito baixo a peso baixo; ou de peso baixo a peso normal), colocar uma marca (|), respectivamente, na terceira ou na quarta coluna do Quadro de Consolidação.
 - 6.2. Se a classificação do estado nutricional da criança na consulta de reavaliação e acompanhamento não melhorou (permanecendo como peso baixo ou como peso muito baixo), colocar uma marca (|), respectivamente, na quinta ou na sexta coluna do Quadro de Consolidação.
 - 6.3. Se a classificação do estado nutricional da criança na consulta de reavaliação e acompanhamento piorou (passando de peso normal a peso baixo ou a peso muito baixo, ou de peso baixo a peso muito baixo); colocar uma marca (|), respectivamente, na sétima ou na oitava coluna do Quadro de Consolidação das Informações.
7. Uma vez concluído o exame das Fichas de todas as crianças com diagnóstico de diarreia persistente, que foram consultadas no período selecionado, somar o número de marcas (|) em cada quadrado do Quadro e anotar o número resultante em cada um deles.
8. Somar os números colocados nos quadrados das colunas três a oito de cada linha e anotar o resultado no quadrado da coluna dois (Total) da linha correspondente.

PROTOCOLO 3

PREVALÊNCIA DE PNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL ENTRE AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países em desenvolvimento onde altas taxas de mortalidade por pneumonia ainda são registradas, observa-se também uma elevada frequência de pneumonias complicadas, dentre as quais o derrame pleural ou supuração pleuropulmonar é a complicação mais frequente. O derrame pleural não é freqüente nos países desenvolvidos. Esta complicação está estreitamente associada à demora no tratamento da pneumonia com antibióticos.

O tratamento tardio da pneumonia pode ser causado por diferentes fatores, dentre os quais destacam-se: 1. a falta de detecção dos sinais de alarme por parte dos pais e de outras pessoas responsáveis pelo cuidado das crianças com menos de cinco anos e, 2. a falta de acesso a serviços ou a pessoal de saúde capacitado no manejo de casos de IRA que disponham dos antibióticos recomendados para o tratamento da pneumonia.

A implementação da estratégia AIDPI permite modificar esta situação uma vez que inclui, por um lado, os critérios práticos para a avaliação e a classificação dos casos de IRA no primeiro nível de assistência. Estes critérios têm um alto valor de prognóstico para detectar precocemente os casos de pneumonia em crianças com menos de cinco anos. Por outro lado, a estratégia AIDPI também inclui temas para a educação dos pais e das outras pessoas responsáveis pela assistência das crianças. Esta preocupação com a educação dos responsáveis pela criança tem como objetivo melhorar seus conhecimentos e habilidades para detectar, a tempo, os sinais de alarme da doença, de modo que seja possível evitar a demora em levar a criança para consulta, reduzindo assim as probabilidades de que o quadro piore.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI nos estabelecimentos de saúde reduz consideravelmente a possibilidade de que algum sinal de perigo ou de alarme não seja considerado na avaliação da criança, permitindo, portanto, que se detecte, em tempo oportuno, os casos de pneumonia e que se administre o tratamento com antimicrobianos. Deste modo, reduz-se a probabilidade de agravamento da pneumonia, com a conseqüente redução do número de casos que requeiram hospitalização. Reduz-se, também, a frequência do aparecimento de complicações, tais como o derrame pleural.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre a prevalência de pneumonia com derrame pleural nos hospitais de primeira referência.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de baixas hospitalares por pneumonia com derrame pleural, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, entre todas as baixas por pneumonia de crianças com menos de cinco anos.

A proporção de baixas por pneumonia com derrame pleural será dada pela relação entre o número de baixas por pneumonia com derrame pleural de crianças como menos de cinco anos e o total de baixas por pneumonia nesse grupo etário.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI significa que o pessoal dos serviços de saúde aplica os critérios para a avaliação, classificação e tratamento propostos pela OPAS/OMS, com as adaptações introduzidas para o país.

A população objeto do estudo é constituída pelas baixas por pneumonia de crianças com menos de cinco anos em hospitais onde se realiza a pesquisa.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em mente a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Na Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas em que se realiza uma comparação entre a situação anterior e a posterior à implementação da estratégia AIDPI, descrevem-se as etapas para se calcular o tamanho da amostra a estudar.

A fonte para a obtenção dos dados para o estudo será o Registro de Baixas da sala de pediatria (ou de salas equivalentes, de acordo com a estrutura do hospital), que deverá incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Data da baixa
- Diagnóstico
- Causa da baixa

Nos registros de baixa, em geral, são encontradas a data da baixa da criança e a sua idade. No caso da idade, não se pode esquecer de anotar os meses e anos da criança de modo que se possa estudar o grupo de recém-nascidos de uma semana a dois meses de idade.

Em geral, anota-se o diagnóstico nos Antecedentes Clínicos do caso por ocasião da baixa hospitalar. Se forem utilizadas denominações diferentes para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para tanto, pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou definir uma determinada modalidade de agrupamento.

É especialmente importante lembrar de anotar nos Antecedentes Clínicos, a presença ou ausência de derrame pleural ou supuração pleuropulmonar, quer o derrame esteja presente desde o momento em que o paciente se internou, quer o derrame seja detectado depois do paciente ter sido hospitalizado.

Deve-se tabular a informação do Registro de Baixas para obter dados sobre o número total de baixas por pneumonia de crianças como menos de cinco anos, e quantas destas apresentaram derrame pleural ou supuração pleuropulmonar. Esta informação, por sua vez, deverá ser obtida para os diferentes grupos etários que forem escolhidos.

O processamento deverá ser realizado em dois períodos diferentes, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI nos serviços de saúde que referem pacientes ao hospital e no serviço de admissões, para poder verificar a diminuição esperada na frequência dessa complicação.

Deve-se destacar que esta diminuição dependerá da aplicação eficaz da estratégia AIDPI em todos ou na maioria dos serviços de saúde que encaminham pacientes ao hospital de referência. Isto significa que não apenas se deve aplicar a estratégia no consultório externo e na emergência pediátrica como, também, nos centros de saúde que se encontrem na área de influência e que utilizam esse hospital para a referência de casos.

O Anexo 3.A apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, acompanhado das instruções de preenchimento.

Com base nestas informações pode-se calcular os indicadores referentes à proporção de pneumonia com derrame pleural nos diferentes grupos etários, entre o total de casos de pneumonia e entre o total de casos que recebeu baixa do hospital por qualquer razão. A tabela 3.1 apresenta alguns exemplos de indicadores para este estudo. Com base nestes exemplos, pode-se formular outros indicadores semelhantes para qualquer outro diagnóstico.

Para cumprir com o objetivo do estudo deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia produziu mudanças nas baixas hospitalares por pneumonia com derrame pleural de crianças com menos de cinco anos. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

Para a análise dos resultados obtidos, deve-se considerar não só a evolução sofrida na proporção de casos de pneumonia com derrame pleural, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, mas também a evolução do número total de hospitalizações de crianças com menos de cinco anos e do número de hospitalizações por pneumonia. Essa análise deverá ser realizada a fim de que se possa descartar que:

- a redução da proporção de casos que apresentam pneumonia com derrame pleural não se deve a um incremento no número de casos de pneumonia hospitalizados (que é o denominador do indicador).
- a redução da proporção de casos de pneumonia com derrame pleural não se deve a uma redução global no número de crianças com menos de cinco anos hospitalizadas por qualquer causa.

Para que se possa considerar a redução na proporção de casos de pneumonia com derrame pleural, como consequência de uma detecção precoce dos mesmos, deve-se assegurar a comparabilidade dos casos de pneumonia estratificados por grau de gravidade, grupos etários e patologias associadas (tais como, por exemplo, infecção por HIV, malformações congênitas, desnutrição grave), antes e depois de implantada a estratégia de AIDPI.

Tabela 3.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de casos de pneumonia com derrame pleural entre todas as baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por pneumonia com derrame pleural de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos
Proporção de casos com IRA entre todas as baixas hospitalares de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por IRA de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por qualquer causa de crianças com menos de 5 anos
Proporção de casos com pneumonia entre todas as baixas hospitalares por IRA de crianças de 1 a 4 anos	Número total de baixas por pneumonia de crianças de 1 a 4 anos	Número total de baixas por IRA de crianças de 1 a 4 anos
Proporção de casos de pneumonia com derrame pleural entre todas as baixas por pneumonia de crianças de 6 a 11 meses	Número total de baixas por pneumonia com derrame pleural de crianças de 6 a 11 meses	Número total de baixas por pneumonia de crianças de 6 a 11 meses

ANEXO 3.A
BAIXAS HOSPITALARES POR PNEUMONIA COM DERRAME
PLEURAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

	COM MENOS DE 5 ANOS	COM MENOS DE 6 MESES	6 A 11 MESES	1 A 4 ANOS
TOTAL DE BAIXAS POR QUALQUER CAUSA				
TOTAL DE BAIXAS POR IRA				
TOTAL DE BAIXAS POR PNEUMONIA				
TOTAL DE BAIXAS POR PNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL				

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro, anotando o nome do hospital ou da sala a qual a informação se refere e o período (semana, mês, meses e o ano) que se estudará.
2. Selecionar o Registro de Baixas Hospitalares que corresponde ao primeiro dia do período escolhido.
3. Examinar o Registro de Baixas até encontrar o primeiro caso de hospitalização de uma criança com menos de cinco anos no período selecionado. Colocar uma marca (I) na segunda linha do Quadro (Total de Baixas por Qualquer Causa), escolhendo a coluna que corresponder à idade da criança.
4. Se o diagnóstico na ocasião da baixa não corresponder a uma IRA, continuar de acordo com o procedimento descrito acima, no ponto 3.
5. Se o diagnóstico na ocasião da baixa for de IRA (qualquer patologia), colocar uma marca (I) na segunda linha do Quadro, na coluna que corresponder à idade da criança.
6. Se o diagnóstico de IRA não for de pneumonia nem de pneumonia com derrame pleural, continuar de acordo com o procedimento descrito no ponto 3.
7. Se o diagnóstico na ocasião da baixa for pneumonia, ou pneumonia com derrame pleural, colocar uma marca (I) na quarta linha do Quadro para pneumonia ou na quinta linha do Quadro para pneumonia com derrame pleural. Em ambos os casos, colocar a marca na coluna que corresponder à idade da criança.
8. Uma vez concluído o exame do Registro de Baixas correspondentes a todo o período selecionado, contar o número total de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o número resultante em cada um deles.
9. Somar os números contidos em todos os quadrados de cada linha para obter as quantidades que se relacionem com a segunda coluna (Com menos de cinco anos).

PROTOCOLO 4

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A LETALIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

Atualmente, as altas taxas de letalidade hospitalar registradas nos hospitais dos países em desenvolvimento estão associadas à maior gravidade dos casos hospitalizados, produto de consultas tardias e do manejo inadequado da criança tanto no lar como nos serviços de saúde do primeiro nível de assistência.

A consulta tardia é conseqüência da falta de conhecimentos adequados da comunidade em relação aos sinais de alarme das doenças graves. O desconhecimento desses sinais, por exemplo, o desconhecimento dos sinais da pneumonia e dos sinais da diarréia retarda a procura de ajuda em um serviço de saúde ou a procura de um provedor de saúde. Como as IRA e as diarréias são muito frequentes em crianças a família pode acabar se acostumando com a situação, o que significa que os episódios da doença não são valorizados. Por outro lado, os pais muitas vezes não consideram o estado de desnutrição de uma criança como um problema, mas sim como parte da aparência geral da criança. Outras doenças, tais como a malária - em zonas onde esta é endêmica -, ocorrem muitas vezes com febre e sinais gerais da doença sem que isto represente motivo de alarme para a população.

Em muitos países ou regiões é comum o uso de remédios e tratamentos tradicionais indicados por pessoal empírico de saúde ou pela tradição cultural, o que retarda a consulta aos serviços ou aos provedores de saúde, ocasionando, algumas vezes, o agravamento da doença. Por sua vez, alguns remédios caseiros também podem contribuir para piorar o quadro da criança.

Em países em desenvolvimento, o funcionamento dos serviços de saúde geralmente requer que as mães tenham de esperar durante muito tempo para serem atendidas. Além da demora para conseguir marcar uma consulta, muitas vezes as crianças não podem ser avaliadas adequadamente, seja por falta de tempo do profissional de saúde, seja pelos problemas inerentes as deficiências na estrutura física dos serviços.

Algumas vezes, o tratamento com medicamentos antimicrobianos e antimaláricos não se encontra disponível em alguns serviços e a criança só poderá receber esses medicamentos se a mãe tiver condições – tempo disponível e dinheiro para o transporte - de ir ao hospital.

A demora na procura de assistência, o tratamento inadequado e, se for o caso, a referência da criança a um nível de complexidade mais alto, são devidos tanto a problemas associados à comunidade como a problemas dos serviços de saúde, o que significa uma chance muito grande para o agravamento da doença com o conseqüente incremento da letalidade.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI, ao estabelecer critérios eficientes para a avaliação e classificação da doença, reduz consideravelmente a possibilidade de que algum sinal de perigo ou de alarme não seja considerado na avaliação.

Os critérios selecionados para a classificação da criança permitem identificar aquelas que realmente necessitam de tratamento hospitalar para que sejam referidas imediatamente, diferenciando-as daquelas que podem ser tratadas ambulatorialmente, seja com medicamentos específicos, seja com medidas sintomáticas.

Como a estratégia AIDPI inclui o assessoramento e instrução da mãe e dos familiares a respeito dos sinais de alarme, a consulta pode ser realizada em tempo oportuno, e os casos que necessitem ser encaminhados ao hospital serão precocemente detectados, com a conseqüente melhora do prognóstico e da evolução da doença.

Portanto, a partir da aplicação da estratégia AIDPI haverá uma diminuição dos casos que serão referidos ao hospital em estado muito grave e, assim, a letalidade hospitalar por doenças prevalentes na infância, tais como IRA, diarreia, malária e desnutrição, também será reduzida.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre a letalidade hospitalar por doenças prevalentes na infância tais como IRA, diarreia, malária e desnutrição.

METODOLOGIA

Para medir o alcance do objetivo proposto deve-se observar a letalidade hospitalar por patologias prevalentes na infância, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI em um ou em vários hospitais ou em suas salas de pediatria.

Esta letalidade será determinada pela relação entre os óbitos hospitalares por patologias prevalentes em crianças com menos de cinco anos e o total de hospitalizações por essas patologias neste grupo etário.

A implementação efetiva da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado executa suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para avaliar e prestar tratamento às crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas no que diz respeito à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que recorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, através de palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos atendidas nos

serviços onde se realiza a pesquisa, cujo diagnóstico para a baixa hospitalar era uma doença incluída na estratégia AIDPI.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Na Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas nas quais se realiza uma comparação entre a situação anterior e a posterior à implementação da estratégia AIDPI, estão descritas as etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro de Baixas da sala de pediatria (ou de salas equivalentes, de acordo com a estrutura do hospital), que deverá incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Sexo
- Data da baixa
- Diagnóstico
- Causa da baixa (Alta Médica, Alta Voluntária, Transferência, Morte)

A data da baixa, o sexo e a idade da criança são em geral assentados no Registro de Baixas. No que tange à idade, não se deve esquecer de registrar os meses e anos da criança, de modo que se possa estudar o grupo de recém-nascidos de uma semana a dois meses de idade.

Em geral, anota-se o diagnóstico nos Antecedentes Clínicos do caso por ocasião da baixa hospitalar. Se foram usadas diferentes denominações para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou definir-se uma determinada modalidade de agrupamento.

Na análise pode-se separar os diagnósticos de pneumonia, bronquite, bronquiolite, gripe, outras IRA, diarreia com e sem desidratação, disenteria, diarreia persistente, malária, desnutrição grave, etc., como também podem ser separados os grupos etários. Finalmente, também se registra a causa da baixa a partir dos Antecedentes Clínicos do caso.

Se o que se deseja é analisar o total de óbitos, embora a morte não tenha ocorrido no hospital, deve-se obter informações sobre a evolução dos casos que tenham sido transferidos para outro hospital bem como sobre as altas voluntárias.

Caso se deseje fazer a separação entre os casos de morte ocorridos no hospital, separando aqueles casos que passaram mais de 48 horas hospitalizados, daqueles que faleceram antes de completar 48 horas de hospitalização, deve-se calcular o tempo de hospitalização durante o exame do Registro de Baixas Hospitalares.

Deve-se tabular a informação do registro de baixas a fim de obter os dados sobre o número total de baixas por IRA, diarreia, malária, etc. de crianças com menos de cinco anos e as respectivas causas das baixas. Essa informação deverá, por sua vez, ser obtida para os diferentes grupos etários que forem selecionados.

O processamento deverá ser realizado em dois períodos diferentes, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI nos serviços de saúde que referem pacientes ao hospital e no serviço de admissões, para que seja possível verificar a diminuição esperada na letalidade hospitalar por essas causas.

Deve-se ressaltar que a diminuição da letalidade hospitalar dependerá da aplicação eficaz da estratégia AIDPI em todos, ou na maioria, dos serviços de saúde que referem pacientes a este hospital. Isto significa que, não só se deve aplicar a estratégia AIDPI no consultório externo e na emergência pediátrica do hospital, mas também nos centros de saúde que se encontrem na área de influência desse hospital e que são utilizados para a referência de casos.

O Anexo 4.A apresenta um modelo de Formulário para a Compilação das Informações dos registros a fim de facilitar seu processamento posterior. Para a análise dos resultados, deve-se considerar não apenas a evolução na proporção de mortes por doenças prevalentes antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, como também a evolução do número total de hospitalizações de crianças com menos de cinco anos e do número de hospitalizações por doenças objetos da AIDPI.

Deve-se realizar essa análise a fim de que se possa descartar que:

- a redução na proporção de mortes por doenças prevalentes se deva a um incremento no número de casos hospitalizados por doenças objeto da estratégia AIDPI (que é o denominador do indicador).
- a redução na proporção de mortes por doenças prevalentes não se deva a uma redução total no número de crianças com menos de cinco anos hospitalizadas por qualquer causa.

Para que se possa considerar que a redução na letalidade hospitalar por doenças objeto do programa AIDPI seja uma consequência de sua detecção precoce é necessário que se assegure a comparabilidade dos casos — estratificados por grau de gravidade, grupos etários e patologias associadas — antes e depois de implantada a estratégia AIDPI.

Para o processamento da informação pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 4.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações.

A partir desta informação podem ser calculados os indicadores relativos à proporção de casos com doenças prevalentes na infância que faleceram durante o período de hospitalização, seja para todos os diagnósticos, seja para cada um dos diagnósticos estudados. A tabela 4.1 apresenta alguns exemplos de indicadores para esse estudo. Com base nestes exemplos, será possível formular outros indicadores semelhantes para qualquer outro diagnóstico.

De qualquer maneira deve-se calcular a taxa de letalidade excluindo: 1. as altas voluntárias, por se desconhecer a evolução do caso (a menos que se investigue visitando as famílias) e; 2. as transferências a outros estabelecimentos, dos quais também não se têm informações (a menos que se colete informações a respeito nos estabelecimentos de referência).

Por outro lado, também poderão ser calculados os indicadores relacionados à proporção de casos de pneumonia, diarreia com desidratação, desnutrição, etc., entre o total de casos hospitalizados com doenças prevalentes na infância.

Para dar cumprimento ao objetivo do estudo deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia ocasionou mudanças na taxa de letalidade hospitalar devidas a patologias objeto da estratégia AIDPI. Para realizar o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Tabela 4.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de falecimentos entre todas as baixas hospitalares por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 5 anos	Número total de falecimentos entre as baixas hospitalares por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por doenças prevalentes na infância menos o número total de baixas por doenças prevalentes na infância de crianças que foram transferidas menos o número total de baixas por doenças prevalentes na infância com alta voluntária
Proporção de falecimentos entre todas as baixas hospitalares por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 2 meses	Número de falecimentos entre o total de baixas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 2 meses	Número total de baixas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 2 meses menos o número de baixas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 2 meses que foram transferidas menos o número de baixas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 2 meses com alta voluntária
Proporção de falecimentos entre todas as baixas por pneumonia em crianças com menos de 5 anos	Número de falecimentos entre total de baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos	Número total de baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos menos o número de baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos que foram transferidas menos o número de baixas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos com alta voluntária
Proporção de falecimentos entre todas as baixas por diarreia com desidratação de crianças de 2 a 11 meses	Número de falecimentos entre o total de baixas por diarreia com desidratação de crianças de 2 a 11 meses	Número total de baixas por diarreia com desidratação de crianças de 2 a 11 meses menos o número de baixas por diarreia com desidratação de crianças de 2 a 11 meses que foram transferidas menos o número de baixas por diarreia com desidratação de crianças de 2 a 11 meses com alta voluntária

ANEXO 4.A
TAXA DE LETALIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS
PREVALENTES NA INFÂNCIA

FORMULÁRIO DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Nº	SOBRENOME E NOME	SEXO	IDADE	DATA DA BAIXA	DIAGNÓSTICO	CAUSA DA BAIXA	TEMPO DE INTERNAÇÃO

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde, e o período (semana, mês, meses e o ano) que se refere à informação que será registrada.
- Selecionar o Registro de Baixas Hospitalares que corresponde ao primeiro dia do período escolhido.
- Revisar o Registro de Baixas até encontrar o primeiro caso hospitalizado por doenças prevalentes em uma criança com menos de cinco anos, no período selecionado.
- Anotar os dados do formulário.
- Continuar registrando os próximos casos de crianças com menos de 5 anos hospitalizadas por doenças prevalentes na infância durante o período do estudo.

ANEXO 4.B
TAXA DE LETALIDADE HOSPITALAR POR DOENÇAS
PREVALENTES NA INFÂNCIA

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

	TOTAL	ALTA MÉDICA	ALTA VOLUNTÁRIA	TRANSFE- RÊNCIA	ÓBITO
TOTAL DE BAIXAS POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA					
PNEUMONIA					
BRONQUITE					
BRONQUIOLITE					
DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO					
DESNUTRIÇÃO					
MALÁRIA					
OUTRAS					

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro, anotando o nome do hospital ou da sala a que a informação se refere, o período (semana, mês; meses e ano) que será estudado e o grupo etário correspondente ao quadro (com menos de dois meses, de dois a 11 meses, de um a quatro anos).
2. Usando o Formulário de Compilação das Informações, seguir os seguintes passos:
 - 2.1 Identificar o diagnóstico por ocasião da baixa e selecionar a linha correspondente no Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (Total de Baixas) da linha selecionada.
 - 2.2 Identificar a causa da baixa e proceder da seguinte maneira:
 - Se a causa da baixa foi alta médica, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Alta Médica**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - Se a causa da baixa foi alta voluntária, colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Alta Voluntária**).
 - Se a causa da baixa foi a transferência para outro estabelecimento de saúde (hospital de maior complexidade, por exemplo), colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Transferência**).
 - Finalmente, se a causa da baixa foi o falecimento do paciente, colocar uma marca (I) na sexta coluna (**Óbito**).
3. Uma vez completada a revisão do Registro de Baixas correspondente a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o número resultante em cada um deles.
4. Somar os números que aparecem, em todos os quadrados de cada coluna para obter os números que correspondem à primeira linha (Total de Baixas por Doenças Prevalentes na Infância).

PROTOCOLO 5

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE AS MORTES DOMICILIARES DEVIDAS A DOENÇAS PREVALENTES EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE

INTRODUÇÃO

Atribui-se a persistência de taxas elevadas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos, por doenças prevalentes na infância (especialmente por pneumonia e diarreia) nos países em desenvolvimento, aos seguintes fatores:

- A elevada prevalência de fatores de risco de doença e de agravamento tais como: peso baixo ao nascer; ausência ou curta duração do aleitamento materno; condições de higiene pessoal doméstica e ambiental deficientes; contaminação do ar no interior dos domicílios e alimentação deficiente da criança.
- A falta de acesso de grande parte da população, e em especial daqueles grupos de maior risco, aos serviços ou ao pessoal de saúde em condições de prestar a assistência adequada aos episódios de doença.
- A não utilização ou ao comparecimento tardio aos serviços de saúde quando a criança está doente e a não observância das recomendações para o cuidado e à atenção da criança no lar antes e durante a doença, bem como aos conhecimentos deficientes sobre os sinais de alarme que indicam a necessidade de procurar assistência para a criança fora de casa.

A combinação desses fatores traduz-se em um maior número de casos graves de doenças prevalentes na infância e em um maior número de mortes. Muitos desses casos não foram atendidos por pessoal de saúde, ou receberam atendimento tardio, razão pela qual esses casos são considerados como *mortes domiciliares*.

O número de mortes domiciliares de crianças com menos de 5 anos por doenças prevalentes na infância (tais como pneumonia, diarreia, meningite e septicemia) e a proporção que estas mortes representam sobre o total de mortes por estas causas estão estreitamente associados às condições de acesso aos serviços de saúde, aos padrões de seu uso por parte da população, e aos conhecimentos da população sobre o cuidado e o atendimento das crianças antes e durante a doença.

A aplicação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância permite modificar os fatores mencionados, contribuindo, desse modo, para reduzir o número total de mortes por doenças prevalentes na infância e para diminuir o número e a proporção de mortes que ocorrem sem atenção por parte do pessoal de saúde.

Ao incluir um valioso componente de educação das mães e de outras pessoas responsáveis pelo cuidado da criança no lar, a estratégia AIDPI permite melhorar os conhecimentos da comunidade em relação à atenção da criança antes e durante a doença, de maneira a reduzir alguns fatores de risco, tais como a falta de vacinação e a ausência ou a curta duração do aleitamento materno. A

estratégia AIDPI inclui a orientação dos pais em relação à alimentação da criança, contribuindo, assim, para a redução dos casos de desnutrição.

A aplicação da estratégia AIDPI também permite melhorar o conhecimento dos pais sobre os sinais de alarme que devem motivar uma consulta imediata aos serviços de saúde, possibilitando, assim, a obtenção precoce do diagnóstico e o tratamento imediato dos quadros da doença.

Finalmente, a estratégia AIDPI aumenta a capacidade de resolução dos serviços e do pessoal de saúde do primeiro nível de atenção, aliviando, portanto, os problemas de saúde da criança.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI em uma determinada área permitirá, portanto, a redução da mortalidade por doenças prevalentes na infância e, em particular, permitirá a diminuição do número dessas mortes que ocorrem nos domicílios, quando a criança não recebe atendimento por parte do pessoal de saúde.

A determinação das causas da morte domiciliar de crianças enfrenta dificuldades metodológicas importantes, quando os atestados de óbito não são preenchidos ou não são confiáveis. A opinião generalizada dos pesquisadores que trabalharam neste problema é de que existem métodos de estudos retrospectivos, com a utilização de questionários de necropsia verbal devidamente validados, que permitem determinar com bastante confiabilidade qual foi o número de mortes ocorridas no período de um ano e calcular as taxas de mortalidade. Entretanto, tais métodos não permitem determinar as causas específicas de morte por doenças com uma confiabilidade aceitável e, por esta razão, tampouco podem estabelecer a tendência das taxas por causas específicas de morte. Esses métodos só podem fazer uma boa diferenciação entre mortes por acidentes e mortes por doença.

Há várias razões que explicam as limitações dos questionários de autópsia verbal, incluindo-se entre elas a falta de percepção por parte dos pais de sinais clínicos decisivos de algumas doenças graves e as falhas de memória que impedem a lembrança de sinais relevantes depois de vários meses da doença e da morte da criança.

A maioria das mortes não acidentais de crianças de dois meses a cinco anos deve-se a doenças prevalentes incluídas na estratégia AIDPI. Em geral, quanto mais alta é a taxa de mortalidade de crianças de dois meses a cinco anos, maior é a proporção de mortes devidas a doenças prevalentes. Por outro lado, em crianças com menos de dois meses, a maioria das mortes se deve a causas pré-natais e perinatais sobre as quais o impacto da estratégia AIDPI é muito limitado.

Por estas razões, o enfoque principal deste protocolo é a medição do número de mortes domiciliares por doenças em crianças de dois meses a cinco anos, sem tentar determinar suas causas. As tendências na taxa e na proporção de mortes domiciliares por doença neste grupo etário refletem as tendências da taxa e da proporção de mortes por doenças prevalentes incluídas na estratégia AIDPI.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o número e a proporção de mortes domiciliares entre todas as mortes de crianças de dois meses a cinco anos ocorridas em determinada área.

METODOLOGIA PROPOSTA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar o número e a proporção de mortes por doença ocorridas no domicílio, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI em uma determinada área geográfica.

Essa mortalidade domiciliar é dada pela relação entre as mortes de crianças de dois meses a cinco anos por doença ocorridas no domicílio e o total de mortes neste grupo etário na área em estudo.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações e para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas a respeito da aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento após a capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, através de palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou no seu início, e o impacto esperado. As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, na seção sobre pesquisas em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Deve-se selecionar uma determinada área geográfica e os serviços de saúde que dão cobertura aos problemas de saúde das crianças com menos de cinco anos da população que habita esta área, especialmente os hospitais de referência.

Posteriormente será necessário obter o número total de mortes de crianças de dois meses a cinco anos encontrado nesta área em um determinado período e subdividir as mortes em função do lugar onde ocorreram, se foi por acidente ou por doença e se as crianças receberam ou não atendimento prévio em um serviço ou por parte de pessoal de saúde em razão da doença que causou a morte.

A informação necessária para o estudo incluirá os seguintes dados:

- Idade da criança
- Causa da morte: doença ou acidente
- Lugar em que a morte ocorreu: hospital, centro de saúde, domicílio, etc.

- Se a criança recebeu ou não atendimento durante a doença que causou a morte
- Responsável pela criança no lar

Diferentes alternativas podem ser utilizadas para a obtenção das informações:

- Se houver um bom registro de óbitos com um sub-registro limitado pode-se obter informações sobre o número total de mortes de crianças de dois meses a cinco anos, sobre a causa da morte e sobre o lugar onde esta ocorreu, examinando os Atestados de Óbito assentados no Registro Civil.
- Se o registro de óbitos contar com um alto grau de sub-registros (que sem dúvida será maior precisamente por conter as mortes ocorridas fora dos serviços de saúde), deve-se recorrer a outras fontes de informação, tais como:
 - O exame dos prontuários de hospitais e centros de saúde que dão cobertura à população da área selecionada durante o período do estudo. É fundamental que todas as mortes que ocorrerem na área do estudo sejam identificadas, já que algumas delas podem ter ocorrido em outros hospitais, devido à referência feita pelos serviços de saúde da área em virtude da gravidade do quadro ou por outras razões.
 - Informações proporcionadas por diferentes fontes da comunidade a fim de inteirar sobre a ocorrência de mortes de crianças de dois meses a cinco anos durante o período do estudo. Essas fontes podem incluir registros de igrejas e entrevistas com líderes ou representantes da comunidade, agentes comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e administradores de cemitérios.

Para conhecer as circunstâncias da morte dessas crianças deve-se realizar uma entrevista com a pessoa responsável por seu cuidado a fim de determinar se a morte esteve associada a uma doença ou acidente.

O Anexo 5.A apresenta a sugestão de um modelo de Formulário de Compilação das Informações para as mortes assentadas nos registros civis e para as mortes a respeito das quais já existam informações nos serviços de saúde. Acredita-se que isto facilite seu processamento posterior.

Nos casos de mortes não registradas, entrevistar-se-á alguém que tenha participado do atendimento da criança durante a doença que ocasionou sua morte. Para obter essa informação propõe-se, no Anexo 5.B, um modelo de Formulário de Questionário.

Para o processamento da informação pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário realizar o processamento manualmente, o Anexo 5.C inclui um Quadro de Consolidação das Informações.

De posse das informações pode-se calcular numerosos indicadores relacionados à proporção de mortes de crianças de cada grupo etário ocorridas no domicílio, que sejam atribuídas às doenças prevalentes na infância. A tabela 5.1 apresenta alguns exemplos de indicadores para esse estudo.

Tabela 5.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de mortes por doença de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas no domicílio	Número de mortes por doença de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas no domicílio	Número total de mortes de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas na área
Proporção de mortes por qualquer causa de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas no domicílio	Número de mortes por qualquer causa de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas no domicílio	Número total de mortes por qualquer causa de crianças de 2 meses a 5 anos ocorridas na área
Proporção de mortes por doença de crianças de 2 a 11 meses ocorridas no domicílio	Número de mortes por doença de crianças de 2 a 11 meses ocorridas no domicílio	Número total de mortes de crianças de 2 a 11 meses ocorridas na área

Para atender ao objetivo do estudo deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia resultou em mudanças na proporção de mortes por doença que ocorreram no domicílio. Para fazer o cálculo desta verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando a identificação do Registro Civil ou o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente à informação que será registrada.
- Selecionar o total de mortes de crianças de dois meses a cinco anos no período em estudo.
- Completar a informação referente à criança:
 - Idade da criança
 - Sexo
 - Causa da morte: doença ou acidente
 - Lugar em que a morte ocorreu: hospital, centro de saúde, domicílio, etc.
 - Responsável pelo cuidado da criança no lar durante o evento que provocou a morte
 - Se a criança recebeu atendimento durante a doença que provocou a sua morte, especificar se ela foi atendida por um médico, enfermeira, agente de saúde, pessoal empírico, etc.

ANEXO 5.B
MORTALIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS
FORMULÁRIO DE QUESTIONÁRIO

Área: _____ Mês/ano: _____

Nome da criança					
Pessoa que responde ao questionário					
1. Idade da criança (meses e anos)					
2. Domicílio					
3. Morte informada ou conhecida por:					
4. A morte da criança esteve associada a uma causa acidental (queda, afogamento, etc.)? Que tipo de acidente ou traumatismo sofreu?					
5. A morte da criança foi causada por uma doença?					
6. Sabe de que doença a criança morreu?					
7. Você pensou que a doença era grave? Por quê?					
8. Quanto tempo levou entre o começo dos sintomas e a morte?					
9. Você procurou atendimento fora de casa quando a criança estava doente?					
10. Onde ou quem procurou para buscar ajuda?					
a. Hospital do governo					
b. Centro de Saúde do governo					
c. Médico particular					
d. Provedor comunitário					
e. Curandeiro tradicional					
f. Líder religioso					
g. Farmácia					
h. Outro					
11. Onde foi que a criança morreu?					
a. Em um hospital público					
b. Em outro serviço público					
c. Em um serviço particular					
d. No domicílio					

Observações:

Instruções para preencher o Formulário de Questionário

1. As perguntas feitas às mães ou aos parentes da criança de dois meses a cinco anos que faleceu devem ser feitas com a utilização do Formulário.
2. Anotar o nome da criança na primeira linha e a pessoa que proporciona a informação na segunda linha da coluna correspondente. A seguir, anotar na terceira linha a idade, em meses e anos, que a criança tinha na ocasião da morte.
3. Anotar nas duas linhas seguintes, na coluna correspondente, o domicílio, quem deu a informação sobre a morte da criança ou onde a informação foi obtida.
4. Começar a fazer as perguntas formuladas, desde o ponto 4 até o ponto 11. Colocar em cada quadrado correspondente ao nome da criança a resposta que corresponder.
5. Proceder da mesma forma com a próxima mãe (ou pessoa responsável) de uma criança de dois meses a cinco anos que tenha falecido em casa.
5. Completar tantos Formulários quantos sejam necessários, de acordo com os cálculos do tamanho da amostra, até completar o número necessário de casos de crianças falecidas em casa.

ANEXO 5.C
MORTALIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____ Grupo etário: _____

CAUSA DA MORTE	TOTAL DE MORTES	EM HOSPITAIS PÚBLICOS	EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS	EM SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADOS	NO DOMÍLIO			SEM ESPECIFICAR
					TOTAL	RECEBEU ATENÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE	NÃO RECEBEU ATENÇÃO DE PESSOAL DE SAÚDE	
TODAS AS CAUSAS								
POR ACIDENTE								
POR DOENÇA								
SEM ESPECIFICAR								

Observações:

Instruções para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

Uma vez concluída a entrevista com as mães ou responsáveis pelo cuidado das crianças que faleceram no domicílio, deve-se completar o Quadro de Consolidação das Informações, utilizando estas informações e as informações obtidas dos registros de óbitos, obedecendo às instruções que se seguem:

1. Completar a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, anotando o nome da área, o período (meses, ano) relativo à informação que será tabulada e o grupo etário a que se refere (2 a 11 meses, 1 a 5 anos).
2. Selecionar, em primeiro lugar, as informações sobre mortes obtidas no Registro Civil ou nos registros do Hospital ou nos registros de outro serviço de saúde. Selecionar o Quadro de Consolidação das Informações de acordo com a idade da criança e proceder do seguinte modo:
 - 2.1. De acordo com a causa de morte assentada, selecionar a linha que corresponder: Por Acidente, na terceira linha, ou Por Doença, na quarta linha, ou Sem Especificar, na quinta linha.
 - 2.2. Verificar o local onde ocorreu a morte e selecionar a coluna que corresponder: hospital público, outro serviço público, serviço privado, domicílio (Total), sem especificar.
 - 2.3. Colocar uma marca (I) no quadrado que corresponder à interseção da linha e da coluna selecionadas.
 - 2.4. Nos casos de crianças falecidas no domicílio, anotar também nos quadrados correspondentes, se receberam ou não atenção de pessoal de saúde em razão do acidente ou da doença que causou a morte.
3. Selecionar, a seguir, o registro do questionário de mortes no domicílio que não foram assentadas no Registro Civil ou nos prontuários dos serviços de saúde, e proceder da mesma maneira que no ponto 2.
 - 3.1. De acordo com a idade da criança por ocasião da morte, selecionar o Quadro de Consolidação das Informações que corresponder.
 - 3.2. Definir se a causa da morte da criança foi por acidente, por doença ou sem especificar.
 - 3.3. Selecionar o local onde a morte ocorreu, de acordo com a resposta à pergunta 11.
 - 3.4. Colocar uma marca (I) no quadrado que corresponder à interseção da linha e da coluna selecionadas.

4. Após o processamento dos dados obtidos no Registro Civil, dos dados obtidos nos serviços de saúde e dos dados obtidos nas entrevistas realizadas, somar os números inseridos em todos os quadrados da terceira e da quarta linhas para obter as cifras que corresponderem à primeira coluna (Total de mortes). Nos casos de mortes no domicílio, contar somente as cifras da coluna Total, desta parte do Quadro.
5. A seguir, somar os números que aparecem nos quadrados de cada coluna correspondentes às linhas 3, 4 e 5 e colocar o número resultante dessa soma na segunda linha, Todas as Causas.

PROTOCOLO 6

MODIFICAÇÃO DO PERFIL DOS CASOS HOSPITALIZADOS POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

As IRA (principalmente a pneumonia), as diarreias (especialmente a diarreia com desidratação), a desnutrição e, em áreas endêmicas, a malária, representam, nos países em desenvolvimento, uma porcentagem elevada das baixas hospitalares de crianças com menos de cinco anos. Se for verdade que muitas dessas hospitalizações se justificam em função da gravidade do quadro, também se observa, de quando em vez, que muitos casos são hospitalizados quando poderiam ser tratados adequadamente em ambulatórios.

Como exemplo, podem ser mencionados casos de pneumonia que não requerem tratamento hospitalar e que podem ser manejados adequadamente em um ambulatório mediante a prescrição de um antibiótico, ou os casos de diarreia com desidratação que podem ser tratados eficazmente com terapia de reidratação oral.

A hospitalização desnecessária de crianças com menos de cinco anos com IRA, diarreia, desnutrição, malária e outras doenças prevalentes na infância expõe a criança a um risco desnecessário, já que afeta a família e os serviços de saúde e incrementa os custos da atenção sem benefício para a cura da criança.

Há muitas razões para a hospitalização desnecessária de casos de IRA, diarreia e outras doenças, mas, de um modo geral, elas estão associadas às características do manejo de casos que o pessoal de saúde realiza no primeiro nível de atenção.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI permite fazer uma separação adequada entre os casos que necessitam de atenção hospitalar e aqueles que podem ser manejados no ambulatório, estabelecendo, por sua vez, a forma como se deve realizar o acompanhamento e a avaliação posterior dos casos durante o tratamento, para que seja possível verificar se eles evoluíram favorável ou desfavoravelmente.

Pode-se ver o efeito da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde, refletido nas baixas hospitalares, de duas maneiras:

- Pela diminuição do número total de casos referidos, já que muitos casos serão tratados eficazmente em ambulatórios.
- Pelo aumento da proporção de casos graves dentre os casos hospitalizados, já que os casos que podem ser tratados nos ambulatórios não serão internados no hospital.

OBJETIVOS

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o perfil diagnóstico dos casos hospitalizados.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de baixas por patologias prevalentes na infância classificadas como graves, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços hospitalares, a fim de poder verificar se as baixas hospitalares por essas causas diminuem ou não.

Para este estudo serão utilizadas as hospitalizações por *pneumonia grave* e *diarréia com desidratação grave* como marcadores para a avaliação do perfil. A proporção de baixas será dada pelo número de hospitalizações por pneumonia grave ou por diarréia com desidratação grave sobre o total de baixas de crianças com menos de cinco anos.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas relacionados à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento após a capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que ocorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A população objeto do estudo é constituída pelas internações por qualquer causa de crianças com menos de cinco anos em hospitais selecionados. Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. No Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI, estão descritas as medidas que devem ser seguidas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro de Baixas da sala de pediatria (ou de salas equivalentes, de acordo com a estrutura do hospital), ou os Registros de Baixas do hospital (neste caso, a obtenção dos dados será mais complexa porque será necessário separá-los dos demais grupos etários e diagnósticos).

O Registro de Baixas a ser utilizado, deverá incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Sexo
- Diagnóstico
- Data da baixa
- Causa da baixa

A data da baixa, o sexo e a idade da criança são geralmente registrados nos Registros de Baixa. Com respeito à idade, a única coisa que não se pode esquecer é do registro da idade da criança - meses e anos da criança -, para que seja possível estudar o grupo de recém-nascidos (de uma semana a dois meses).

Registra-se o diagnóstico de baixa junto com os Antecedentes Clínicos do caso. Se forem utilizadas denominações diferentes para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para tanto, pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou definir uma determinada modalidade de agrupamento. A causa da baixa também é obtida nos Antecedentes Clínicos.

Deve-se tabular a informação do Registro de Baixas para se obter dados sobre o número total de baixas de crianças com menos de cinco anos e o número de baixas deste grupo por pneumonia grave e por diarreia com desidratação grave. Por sua vez, essa informação deverá ser obtida para os diferentes grupos etários selecionados.

Deve-se destacar que a mudança do perfil das baixas hospitalares dependerá da aplicação eficaz da estratégia AIDPI em todos ou na maioria dos serviços de saúde que referem pacientes a esse hospital. Isto significa que a estratégia AIDPI não deverá ser aplicada apenas no consultório externo e na emergência pediátrica do hospital, mas também nos centros de saúde que utilizam esse hospital para a referência de casos.

O Anexo 6.A apresenta um modelo de Formulário para a Compilação de Informações dos prontuários a fim de facilitar seu processamento posterior.

O Anexo 6.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, seguido das instruções que orientam o seu preenchimento. Com base nestas informações, pode-se calcular os indicadores relativos à proporção de casos hospitalizados por doenças prevalentes na infância, seja para todos os diagnósticos ou para cada um dos diagnósticos estudados. Ao mesmo tempo, também se pode calcular os indicadores relativos à proporção de casos de cada doença dentre o total de casos. A tabela 6.1, apresenta alguns exemplos de indicadores para este estudo. Com base nestes exemplos, outros indicadores semelhantes para qualquer outro diagnóstico poderão ser formulados.

Para que o objetivo do estudo seja cumprido deve ser feita a verificação da hipótese para os indicadores principais, a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças no perfil hospitalar das patologias objeto da estratégia AIDPI. Para calcular essa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Tabela 6.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção das hospitalizações relacionadas com pneumonia grave de crianças com menos de 5 anos	Número total de hospitalizações por pneumonia grave de crianças com menos de 5 anos	Número total de hospitalizações por qualquer causa de crianças com menos de 5 anos
Proporção das hospitalizações relacionadas com diarreia com desidratação grave de crianças com menos de 5 anos	Número total de hospitalizações por diarreia com desidratação grave de crianças com menos de 5 anos	Número total de hospitalizações por qualquer causa de crianças com menos de 5 anos
Proporção de todas as hospitalizações relacionadas com pneumonia grave de crianças com menos de 2 meses	Número total de hospitalizações por pneumonia grave de crianças com menos de 2 meses	Número total de hospitalizações por qualquer causa de crianças com menos de 2 meses
Proporção do total de hospitalizações relacionadas com pneumonia grave de crianças com menos de 2 meses	Número total de hospitalizações por pneumonia grave de crianças com menos de 2 meses	Número total de hospitalizações por pneumonia grave de crianças com menos de 5 anos
Proporção de todas as hospitalizações relacionadas com diarreia com desidratação grave de crianças com menos de 2 anos	Número total de hospitalizações por diarreia com desidratação grave de crianças com menos de 2 anos	Número total de hospitalizações por qualquer causa de crianças com menos de 2 anos

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde, e o período (semana, mês, meses e o ano) relativo à informação registrada.
- Selecionar o Registro de Baixas Hospitalares que corresponde ao primeiro dia do período escolhido.
- Examinar o Registro de Baixas até encontrar o primeiro caso hospitalizado por qualquer causa de uma criança com menos de cinco anos no período escolhido.
- Anotar os dados do formulário.
- Continuar registrando os próximos casos de crianças com menos de cinco anos hospitalizadas por qualquer causa durante o período do estudo.

ANEXO 6.B
HOSPITALIZAÇÕES POR DOENÇAS
PREVALENTES NA INFÂNCIA

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

TOTAL	COM MENOS DE 5 ANOS	COM MENOS DE 2 MESES	DE 2 A 11 MESES	DE 1 A 4 ANOS
TOTAL DE BAIXAS POR QUALQUER CAUSA				
TOTAL DE BAIXAS POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA				
BAIXAS POR PNEUMONIA GRAVE				
BAIXAS POR DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO GRAVE				

Observações:

Para completar o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro, anotando o nome do hospital ou da sala à qual a informação se refere e o período (semana, mês, meses e ano) do estudo.
2. Selecionar o Formulário de Compilação das Informações do período escolhido.
3. Contar o número total de baixas por qualquer causa de crianças com menos de dois meses ocorridas no período escolhido e anotar o total na terceira coluna (**Com Menos de 2 Meses**) da segunda linha do Quadro (**Total de Baixas por Qualquer Causa**). Proceder da mesma maneira com as baixas por qualquer causa de crianças de dois a 11 meses e anotar o resultado na quarta coluna (**De 2 a 11 Meses**) da segunda linha; e com as baixas por qualquer causa de crianças de um a quatro anos, anotando o resultado na quinta coluna (**De 1 a 4 Anos**) da segunda linha.
4. Proceder da maneira indicada no ponto 3, contando sucessivamente as baixas por pneumonia grave e por diarreia com desidratação grave de cada um dos grupos.
5. Uma vez concluída a etapa 4, proceder do seguinte modo:
 - 5.1. Somar as colunas 3, 4 e 5 da segunda linha e anotar o resultado na segunda coluna desta linha.
 - 5.2. Proceder com as linhas 3 e 4 da mesma maneira indicada na etapa 5.1.
 - 5.3. Finalmente, somar as linhas 3 e 4 das colunas 2 a 5 e anotar o resultado nas colunas respectivas da terceira linha.

PROTOCOLO 7

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS DE IDADE ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A anemia nas crianças é um problema de saúde importante, já que afeta seu crescimento e seu desenvolvimento normal e representa um fator de risco associado que reduz a capacidade das crianças reagirem às doenças. A prevalência de anemia varia de país para país e, até mesmo, em áreas diferentes de um mesmo país em função de diversos fatores, entre os quais podem ser destacados a disponibilidade de alimentos, os hábitos de alimentação e a prevalência de algumas parasitoses intestinais.

Em todos os países em desenvolvimento é necessário dar início às ações de controle e prevenção da anemia a fim de alcançar a redução da prevalência deste problema.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância incorpora a detecção da presença de anemia na avaliação clínica da criança, utilizando o sinal *palidez palmar*. As crianças classificadas com *palidez palmar intensa* são designadas a receber tratamento em um hospital, e as crianças com *palidez palmar (não intensa)* são tratadas com ferro administrado diariamente durante dois meses com controles a cada 15 dias.

Esta estratégia também incorpora a educação sistemática dos pais sobre a alimentação adequada da criança, bem como a identificação e o tratamento de parasitoses intestinais.

A aplicação sistemática da estratégia AIDPI pode ocasionar uma modificação na prevalência da anemia em crianças de dois meses a quatro anos, à medida que o número de crianças identificadas e tratadas aumente, que os hábitos alimentares sejam modificados e que a prevalência de parasitoses intestinais seja reduzida.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a prevalência de anemia em crianças de dois meses a quatro anos de idade.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar, em uma determinada área, a prevalência de casos de anemia em crianças de dois meses a quatro anos classificados por intermédio do sinal de palidez palmar, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

A prevalência de anemia em crianças será dada pela relação entre o número de crianças levadas ao serviço de saúde e que, pela determinação de palidez palmar, são classificadas como tendo anemia, e o total de crianças deste grupo estudadas.

A implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico de AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para aplicar as recomendações e para realizar a avaliação e o tratamento das crianças. O serviço de saúde deve sempre ter condições de proporcionar o tratamento para anemia e para parasitoses intestinais.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, por intermédio de palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

O cumprimento dos requisitos acima descritos é fundamental para a realização do estudo. Se estes requisitos não forem cumpridos, uma possível falta de impacto não estará associada a deficiências da estratégia e sim a falhas no processo de sua implementação.

Para a realização do cálculo do tamanho da amostra a ser estudada e do período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada estão descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da estratégia AIDPI.

Devem ser escolhidos um ou mais serviços de saúde a fim de reunir um número suficiente de consultas, nas quais as crianças serão avaliadas e classificadas quanto à presença ou não do sinal de palidez palmar.

Pode-se obter as informações para determinar a prevalência de anemia a partir dos prontuários do serviço de saúde, sejam eles os prontuários de uso habitual ou aqueles que incorporarem o formato do prontuário utilizado no curso clínico AIDPI. A possibilidade de utilizar um ou outro prontuário, ou a necessidade de incorporar um prontuário diferente, deverá ser definida em função do número de variáveis que se decida observar no estudo:

- Se o estudo incluir toda a população infantil atendida no serviço de saúde, ambos os prontuários podem ser apropriados.
- Se o estudo também incorporar outras variáveis, tais como sexo, raça, estado nutricional e cumprimento do tratamento, deve-se escolher os prontuários que contenham todas estas informações.

Sugere-se realizar o estudo usando inicialmente a população total. Basta dividir a população total em grupos de idade (crianças de 2 a 11 meses e crianças de 1 a 4 anos) e avaliar a necessidade

de subdividir estes grupos de acordo com outras variáveis, com base nos resultados obtidos.

O Anexo 7.A propõe um modelo de Formulário para a Compilação das Informações destes prontuários a fim de facilitar seu processamento posterior. Para o processamento das informações, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário que o processamento seja feito manualmente, o Anexo 7.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações. A partir destas informações, pode-se calcular os indicadores relacionados com a proporção de crianças com anemia levadas ao serviço de saúde. Alguns exemplos de indicadores para este estudo são apresentados na tabela 7.1.

Tabela 7.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de todas as crianças estudadas que foram classificadas com anemia (com palidez palmar leve)	Número total de crianças classificadas com anemia (com palidez palmar leve)	Número total de crianças estudadas (com palidez palmar e sem palidez palmar)
Proporção de crianças de 1 a 4 anos que foram classificadas com anemia grave (com palidez palmar intensa)	Número total de crianças de 1 a 4 anos classificadas com anemia grave (com palidez palmar intensa)	Número de crianças de 1 a 4 anos estudadas (com palidez palmar e sem palidez palmar)

Deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças na proporção de crianças com anemia levadas aos serviços de saúde. Para o cálculo desta verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Considerações especiais

A avaliação da presença ou da ausência de anemia na criança deve ser uma prática habitual na consulta infantil, independentemente da causa pela qual a mãe procurou o serviço. Caso contrário, muitas crianças atendidas, de acordo com o Registro de Consultas, não serão identificadas como tendo palidez palmar. Além disso, não há garantia de que a ausência de registro deste sinal signifique que a criança não tinha palidez palmar. Se for este o caso, a informação obtida corresponderá somente a uma parte das consultas e se as características destas forem diferentes do total (no que diz respeito a idade, sexo, diagnóstico, etc.) poderão introduzir uma distorção nas conclusões. Por exemplo, se a avaliação da palidez palmar só for utilizada nos casos em que o pessoal de saúde suspeitar que haja algum problema, a proporção de casos de anemia será maior que a prevalência real.

A modificação da prevalência de anemia será mais evidente se a população usada no estudo seguinte não for demasiadamente diferente da população do primeiro estudo. Caso o serviço de saúde tenha aumentado sua área de cobertura e caso novos grupos da população tenham passado a utilizar o serviço - grupos que não utilizavam o serviço de saúde quando a primeira avaliação de prevalência foi realizada -, isto pode ocasionar resultados que não são comparáveis. Por esta razão, os passos para determinar a prevalência de anemia são:

- Separar os registros de consultas do serviço para identificar as crianças que compareceram durante o período escolhido e verificar se todas as variáveis que se queira incorporar foram anotadas na análise dos resultados.
- Identificar, dentre essas crianças, aquelas que foram classificadas com anemia, mediante a avaliação do sinal de palidez palmar leve, e com anemia grave, mediante o sinal de palidez palmar intensa.
- Repetir esta mesma atividade em outra ocasião, por exemplo, após seis ou 12 meses, definindo este lapso em função da real implementação da estratégia AIDPI.

As informações que forem obtidas desta maneira devem ser tabuladas para que se possa obter os dados sobre o total de crianças com anemia de acordo com a idade, e de acordo com qualquer outra variável que se deseje incorporar ao estudo.

ANEXO 7.A
PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS

FORMULÁRIO DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Nº	SOBRENOME E NOME	IDADE	CLASSIFICAÇÃO

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde, e o período (semana, mês, meses e o ano) referente à informação que será tabulada.
- Selecionar os registros diários de consultas correspondentes ao período que será estudado.
- Examinar o primeiro registro diário escolhido até encontrar a primeira criança de dois meses a quatro anos.
- Anotar o nome da criança e sua idade.
- Completar a coluna de classificação conforme a classificação da criança em relação à palidez palmar : classificada com palidez palmar ou classificada sem palidez palmar.

ANEXO 7.B
PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

GRUPO	COM PALIDEZ PALMAR LEVE (ANEMIA)	COM PALIDEZ PALMAR INTENSA (ANEMIA GRAVE)	SEM PALIDEZ PALMAR (SEM ANEMIA)	TOTAL

Observações:

Instruções para completar o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente à informação.
2. Completar as diferentes linhas do quadro com os diferentes grupos em que a população em estudo será subdividida; por exemplo, de acordo com sua idade (de 2 a 12 meses e de 1 a 4 anos), ou de acordo com outra variável que se deseje utilizar.
3. Identificar o prontuário da primeira criança atendida no período, cuja idade se encontra entre dois meses e quatro anos e observar qual a sua classificação com relação à *anemia e anemia grave*. Posto que para fazer o cálculo de prevalência de anemia é necessário conhecer a classificação de todas as crianças escolhidas no período do estudo, no que diz respeito à anemia, deve-se comprovar que esta classificação esteja anotada para todas as crianças e que a falta de uma anotação não esteja associada ao fato de que o pessoal de saúde não avaliou o sinal *palidez palmar*. Para isto pode-se empregar os formulários utilizados no Curso Clínico AIDPI (nos quais sempre se deve classificar a criança com relação a todos os sinais incluídos na avaliação) ou, então, instruir o pessoal de saúde que participará do estudo para que eles não deixem de incluir no registro habitual a classificação da criança quanto à palidez palmar. Deverá constar no registro habitual se a criança apresenta ou não apresenta palidez palmar. Caso a criança apresente *palidez palmar*, dizer se esta é leve ou intensa.
4. Selecionar a linha do Quadro a qual a criança corresponder, segundo as variáveis que tenham sido escolhidas e colocar uma marca (I) na coluna referente a presença de palidez palmar: se a criança tinha *palidez palmar leve* ou *anemia* (segunda coluna), ou *palidez palmar intensa* ou *anemia grave* (terceira coluna), ou se não tinha *palidez palmar* ou *sem anemia* (quarta coluna).
5. Continuar com a próxima criança procedendo como no caso anterior.
6. Uma vez completada a revisão dos prontuários de todas as crianças que foram consultadas no período escolhido, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do quadro e anotar o número resultante em cada um deles.
7. Calcular os totais das linhas e colunas somando os números anotados nos diferentes quadrados.
8. Calcular a porcentagem de crianças com anemia e anemia grave dividindo os números de cada linha, anotados na segunda coluna, pelos totais da mesma linha (quinta coluna).

PROTOCOLO 8

PREVALÊNCIA DE PARASIToses INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE DOIS A QUATRO ANOS DE IDADE ANTES E DEPOIS DA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se dado importância cada vez maior ao problema que as parasitoses intestinais representam para a saúde das crianças nos países em desenvolvimento, levando especialmente em conta seus efeitos sobre o estado nutricional e o desenvolvimento da criança. As parasitoses intestinais não são uma causa importante de mortalidade, mas figuram como uma das causas frequentes de morbidade de crianças na maioria dos países em desenvolvimento, com uma prevalência superior a 50% em muitos lugares.

O efeito das parasitoses intestinais sobre a saúde da criança não se limita somente à doença específica que elas produzem durante os diferentes ciclos de cada tipo de parasito, e nos diferentes órgãos que afetam. As parasitoses intestinais são a mais importante causa de desnutrição e de anemia das crianças, condicionando seu desenvolvimento e sua capacidade de reação a outras doenças.

Por seu carácter oculto, assim como por sua alta prevalência, as parasitoses intestinais não representam motivo frequente de consulta aos serviços de saúde por parte dos pais, pois eles se acostumam a conviver com as infecções parasitárias, como se elas não significassem um risco para a saúde da criança.

A estratégia AIDPI trata do controle das parasitoses intestinais em crianças a partir dos dois e até os cinco anos de idade, na suposição de que, em sua maioria, elas sofrem destas doenças. Por esta razão a estratégia AIDPI estabelece, como intervenção, o tratamento sistemático das crianças desta faixa etária com uma dose de mebendazol a cada seis meses e a comunicação de mensagens educativas específicas a respeito dos hábitos de cuidado e atenção da criança no lar que contribuem para reduzir o risco de reinfecção parasitária.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a prevalência de parasitoses intestinais em crianças de 2 a 4 anos de idade.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar a proporção de casos de parasitoses intestinais em crianças de dois a quatro anos levadas a um serviço de saúde, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI em uma determinada área geográfica.

A proporção de crianças infectadas com parasitos será dada pela relação entre o número de crianças que são consultadas no serviço de saúde, cujos resultados pelo método de Kato-Katz foram positivos, e o total de crianças estudadas no grupo etário de dois a quatro anos.

O estudo será realizado antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI para que se possa avaliar se houve ou não uma diminuição na prevalência de parasitoses intestinais a partir da aplicação da estratégia.

A implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para aplicar as recomendações e para realizar a avaliação e o tratamento das crianças. O serviço de saúde sempre deve poder proporcionar o tratamento para anemia e para parasitoses intestinais.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas a respeito aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que ocorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

O cumprimento dos requisitos acima descritos é fundamental para a realização do estudo. Caso eles não sejam cumpridos, uma possível falta de impacto não estará associada a deficiências da estratégia e sim a falhas em seu processo de implementação. No caso particular das parasitoses intestinais, a estratégia AIDPI examina dois tipos de intervenções:

- A administração de mebendazol, de forma sistemática, a todas as crianças com mais de dois anos que não tenham recebido nenhuma dose deste medicamento nos seis meses anteriores (sem determinar se cada criança em particular está ou não infectada com parasitos).
- Caso só se queira administrar o tratamento às crianças com parasitoses intestinais confirmadas pelo método Kato-Katz é necessário ter em mente que todas as crianças levadas ao serviço e que não tenham recebido nenhuma dose de mebendazol nos últimos seis meses deverão ser examinadas por esta técnica para que se possa decidir sobre seu tratamento, caso o resultado do estudo seja positivo.
- A educação dos pais com respeito às condições de higiene pessoal, doméstica e ambiental que reduzem o risco de parasitoses intestinais.

Deve-se selecionar um ou mais serviços de saúde para reunir um número suficiente de consultas de crianças de dois a quatro anos de idade. Estudar-se-á essa população para determinar a prevalência de parasitoses intestinais, utilizando o método de Kato-Katz, que permite identificar o tipo de parasitos e a carga parasitária, mediante a determinação do número de ovos por grama de fezes.

O estudo pela técnica de Kato-Katz será repetido a cada quatro meses, utilizando amostras obtidas de crianças com as mesmas características daquelas estudadas na primeira amostra desta pesquisa, a fim de verificar a prevalência de parasitoses intestinais e a carga de parasitos e para avaliar, assim, o efeito da intervenção prevista como componente da estratégia AIDPI.

Para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

O Anexo 8.A sugere um modelo de Formulário para a Compilação das Informações das crianças estudadas para seu processamento posterior. Para o processamento das informações, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados — Epi Info ou semelhante. Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 8.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações.

Usando as informações deste Quadro, pode-se calcular os indicadores relacionados com a prevalência de parasitoses intestinais em geral e por tipo de parasito, incluindo as diferentes combinações dos mesmos.

Deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia ocasionou mudanças na proporção de crianças de dois a quatro anos infectadas com parasitos. Para realizar o cálculo dessa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

A Tabela 8.1 apresenta alguns indicadores sugeridos que podem ser calculados a partir do Quadro de Consolidação das Informações.

Tabela 8.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com exame de parasitoses intestinais positivo entre todas as crianças estudadas	Número de crianças com exame de parasitoses intestinais positivo	Número total de crianças estudadas
Proporção de crianças com <i>Ascaris lumbricoides</i> entre todas as crianças estudadas	Número de crianças com exame de fezes positivo para <i>Ascaris lumbricoides</i>	Número total de crianças estudadas
Proporção de crianças com <i>Trichuris trichiura</i> entre todas as crianças estudadas	Número de crianças com exame de fezes positivo para <i>Trichuris trichiura</i>	Número total de crianças estudadas
Proporção de crianças com ancilóstomos entre todas as crianças de 2 anos estudadas	Número de crianças de 2 anos com exame de fezes positivo para ancilóstomos	Número total de crianças de 2 anos estudadas

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde, e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente à informação que será tabulada.
- Anotar o nome, o sexo e a idade da criança sendo estudada.
- Anotar o tipo de parasito e a carga. Deve-se incluir todos os parasitos encontrados em cada criança. Se a criança não estiver infectada com parasitos, colocar NÃO nestas colunas.

ANEXO 8.B
AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE PARASIToses INTESTINAIS
EM CRIANÇAS DE DOIS A QUATRO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço/Área: _____ Mês/Ano: _____

Grupo Etário: _____

	TOTAL	TOTAL <i>ASCÁRIDAS</i>	TOTAL <i>TRÍCUROS</i>	TOTAL <i>ANCILÓS-TOMOS</i>	TOTAL OUTROS
TOTAL					
Não parasitadas					
Parasitadas					
Só <i>Ascáridas</i>					
Só <i>Trícuros</i>					
Só Ancilóstomos					
Só Outros					
<i>Ascáridas + Trícuros</i>					
<i>Ascáridas + Ancilóstomos</i>					
<i>Ascáridas + Outros</i>					
<i>Trícuros + Ancilóstomos</i>					
Trícuros + Outros					
Ancilóstomos + Outros					
Três ou mais Parasitos					

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde ou área em que o estudo será realizado e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente às informações que serão tabuladas.
2. Selecionar os registros de resultados do estudo de Kato-Katz realizado no período correspondente ao quadro.
3. Anotar, na segunda linha da segunda coluna, denominada **Total**, as cifras do **Total** de crianças examinadas.
4. Anotar o número de crianças cujo resultado do exame pelo método de Kato-Katz foi negativo, ou seja, aquelas não infectadas com parasitos (**Não Parasitadas**), na terceira linha da segunda coluna, denominada **Total**.
5. Anotar o número de crianças cujo exame pelo método de Kato-Katz foi positivo, ou seja, aquelas infectadas com parasitos (**Parasitadas**) na quarta linha da segunda coluna, denominada **Total**.
6. Pegar o primeiro prontuário com resultado positivo pelo método de Kato-Katz, verificar o tipo de parasito encontrado e proceder do seguinte modo:
 - a) Se somente um único tipo de parasito foi encontrado, buscar o quadrado que corresponde à interseção da coluna **Total** e da linha contendo o nome desse parasito e colocar uma marca (|) neste quadrado. Isto também será válido para os casos em que o parasito encontrado não for nenhum dos três mencionados no Quadro; neste caso, colocar uma marca no quadrado correspondente à interseção da coluna **Total** com a linha denominada **Outros**. A seguir, colocar uma segunda marca (|) no quadrado da mesma linha correspondente ao parasito diagnosticado: *Ascáridas*, ou *Trícuros*, ou Ancilóstomos ou Outros.
 - b) Se foram encontrados dois tipos de parasitos, buscar primeiro a linha correspondente a esta combinação e colocar uma marca (|) na interseção desta linha com a coluna **Total**. A seguir, colocar uma marca adicional em cada um dos quadrados desta linha que corresponda às colunas dos parasitos diagnosticados, por exemplo: coluna *Ascáridas* e coluna Ancilóstomos ou coluna *Ascáridas* e coluna Outros.
 - c) Se forem encontrados três ou mais tipos de parasitos, colocar uma marca (|) no quadrado correspondente à interseção da última linha do Quadro com a coluna **Total**. A seguir, colocar as marcas adicionais em cada um dos quadrados correspondentes da interseção desta linha com as colunas dos parasitos identificados.
7. Uma vez concluída a revisão de todos os prontuários, somar as marcas em cada um dos quadrados e anotar o resultado no mesmo quadrado. A seguir, somar os números em cada quadrado de uma mesma coluna e anotar os resultados no quadrado correspondente à linha que indica que a criança está infectada com parasitos (**Parasitadas**).

8. Não se devem somar os totais dos quadrados das linhas de 4 a 15. A coluna 2 vai mostrar o número de crianças examinadas. Enquanto que os quadrados da linha 4 das colunas de 3 a 6 vão mostrar os totais de exames positivos para cada tipo de parasito.

A consolidação da informação neste Quadro não considera o uso da carga de ovos (número de ovos por grama de fezes), o que se pode obter subdividindo as linhas ou as colunas para cada parasito intestinal.

PROTOCOLO 9

MODIFICAÇÃO DO PERFIL DA PROCURA DE ATENÇÃO PARA CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas, a diarreia, a desnutrição, a anemia, a malária (em áreas endêmicas) e outras doenças infecciosas, representam uma alta porcentagem das consultas de crianças com menos de cinco anos nos serviços de saúde na maioria dos países em desenvolvimento. A maior parte destas consultas não é grave e pode ser manejada ambulatorialmente; somente algumas necessitam da administração de algum medicamento específico. O atendimento das crianças levadas aos serviços por estas causas utiliza uma grande parte do tempo e dos recursos disponíveis para a atenção.

Embora alguns dos pacientes com estas doenças devam ser avaliados e tratados pelo pessoal de saúde, nem sempre isso é possível. Alguns destes pacientes não chegam a ser atendidos devido à saturação dos serviços com casos que para lá são levados desnecessariamente. Muitos dos casos poderiam ser tratados adequadamente em casa com medidas sintomáticas.

O uso desnecessário de medicamentos, especialmente de antibióticos, para o tratamento destes casos também é frequente, em parte devido à pressão que os responsáveis pelo cuidado da criança exercem sobre o pessoal de saúde e, em parte, devido às dúvidas do próprio pessoal, diante da impossibilidade de realizar uma avaliação clínica pormenorizada em consequência da grande quantidade de pacientes que precisam atender.

A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância é um instrumento de grande utilidade para responder adequadamente a este problema.

Em primeiro lugar, a estratégia inclui um esquema de avaliação dos sinais e sintomas de doenças que se apresentam com maior frequência em crianças com menos de cinco anos, dando-lhes uma hierarquia para que seja possível verificar: primeiro, aqueles que possam estar associados a uma doença grave; segundo, aqueles que possam necessitar de algum tipo de medicamento específico (especialmente antibióticos) e; por último, aqueles que não estão associados a doenças potencialmente perigosas e que possam ser manejados com medidas sintomáticas.

Em segundo lugar, a estratégia considera diretrizes para o acompanhamento posterior da evolução dos casos que requeiram tratamento ambulatorial com medicamentos específicos, para poder verificar a evolução favorável da criança.

Finalmente, a estratégia AIDPI inclui um importante componente de educação dos pais sobre a atenção da criança no lar durante a doença e depois da recuperação, e sobre as medidas de prevenção de riscos e de doenças.

A aplicação correta da estratégia AIDPI pode, portanto, produzir um impacto considerável no perfil da demanda de atenção, reduzindo o número de consultas desnecessárias, e diminuindo o tempo

de espera para os quadros que requeiram ser avaliados pelo pessoal de saúde (diminuindo, assim, a ocorrência de casos graves associados à demora em procurar ajuda e tratamento).

OBJETIVOS

Determinar o perfil da procura de atenção de crianças com menos de cinco anos e o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o número e a distribuição das consultas por doenças prevalentes na infância.

METODOLOGIA

Devem ser selecionados um ou mais serviços de saúde de atendimento ambulatorial incluindo, se for considerado necessário, os serviços de consultórios externos e emergências pediátricas, de modo que seja possível alcançar um número suficiente de consultas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de cinco anos. Também é preciso determinar a proporção entre as diferentes doenças, o total do grupo, e o grupo etário.

Na análise, poderão ser separados os diagnósticos de IRA (pneumonia, bronquite, bronquiolite, gripe, outras IRA), os diagnósticos de doenças diarréicas (diarréia com ou sem desidratação, disenteria, diarréia persistente), os diagnósticos de desnutrição (grave ou não) e os diagnósticos de anemia e de malária.

Deve-se realizar o estudo antes e depois da aplicação real da estratégia AIDPI na área coberta pelos serviços de saúde incluídos no estudo.

A aplicação eficaz da estratégia AIDPI significa que o pessoal dos serviços de saúde está aplicando os critérios propostos pela OPAS/OMS para o diagnóstico e tratamento dos casos, com as modificações introduzidas para adequá-los ao país.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro Diário de Consultas aos serviços de saúde, que deverá incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Sexo
- Diagnóstico

Em geral, a idade e o sexo da criança são registrados nos prontuários de atendimento ambulatorial. Deve-se ter o cuidado de registrar a idade da criança em meses e anos, para que seja possível o estudo do grupo de recém-nascidos de uma semana a dois meses.

O diagnóstico da consulta também é geralmente anotado no Registro Diário de Consultas que se utiliza nos serviços de saúde. Se forem utilizadas denominações diferentes para uma mesma patologia, será necessário escolher alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto, os diagnósticos da Clasificación Internacional de Doenças podem ser utilizados. Também é possível definir uma determinada modalidade de agrupamento.

A informação do Registro Diário de Consultas deverá ser tabulada para que se possa saber o

número total de consultas de crianças com menos de cinco anos e quantos destes pacientes foram diagnosticados ou classificados como tendo IRA, doenças diarréicas (em ambos casos pode-se fazer a separação por classificação de gravidade), desnutrição, anemia, malária, etc.

Estas informações, por sua vez, deverão ser obtidas para os diferentes grupos etários que forem selecionados.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se levar em consideração a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Situação Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

A compilação de informações deverá ser realizada em dois meses diferentes (ou em um período de tempo menor ou maior conforme o número de casos atendidos nos serviços selecionados), antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI nestes serviços de saúde. Desta forma, será possível verificar se houve mudanças no perfil da consulta, tanto no que diz respeito ao número de casos de certos diagnósticos, como no que diz respeito a sua distribuição proporcional.

O Anexo 9.A apresenta um modelo de Formulário para a Compilação das Informações a partir dos registros dos consultórios externos.

O Anexo 9.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, seguido das instruções de preenchimento.

Com base nas informações do Quadro, pode-se calcular os indicadores relacionados com a proporção de consultas por doenças prevalentes na infância, seja para todos os diagnósticos seja por cada um dos diagnósticos estudados. Também é possível calcular os indicadores relacionados com a proporção de casos de cada doença entre o total de casos.

Na tabela 9.1 são apresentados exemplos de alguns indicadores que poderão ser calculados; usando-os como base será possível formular outros indicadores semelhantes, modificando os grupos etários ou os diagnósticos.

Tabela 9.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de doenças prevalentes na infância entre todas as consultas de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por qualquer causa de crianças com menos de 5 anos
Proporção de casos de IRA entre todas as consultas de crianças com menos de 2 meses	Número total de consultas por IRA em crianças com menos de 2 meses	Número total de consultas por qualquer causa de crianças com menos de 2 meses
Proporção de casos de diarreia no total de consultas de crianças de 1 a 4 anos	Número total de consultas por diarreia de crianças de 1 a 4 anos	Número total de consultas por qualquer causa de crianças de 1 a 4 anos
Proporção de casos de diarreia com desidratação entre todas as consultas de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por diarreia com desidratação de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por qualquer causa de crianças com menos de 5 anos
Proporção de casos de desnutrição entre todas as consultas de crianças com menos de 2 meses	Número total de consultas por desnutrição de crianças com menos de 2 meses	Número total de consultas por qualquer causa de crianças com menos de 2 meses
Proporção de casos de pneumonia entre todas as consultas por IRA de crianças com menos de 5 anos	Número de consultas por pneumonia de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por IRA de crianças com menos de 5 anos
Proporção de casos de malária grave entre todas as consultas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 5 anos	Número de consultas por malária grave de crianças com menos de 5 anos	Número total de consultas por doenças prevalentes na infância de crianças com menos de 5 anos

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

- Completar a parte superior do quadro, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) relativo à informação registrada.
- Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período escolhido.
- Examinar o Registro de Diagnósticos até encontrar o primeiro caso atendido por qualquer causa de uma criança com menos de cinco anos no período selecionado.
- Anotar os dados do formulário.
- Continuar registrando os próximos casos de crianças com menos de cinco anos atendidas por qualquer causa durante o período do estudo.

ANEXO 9.B
CONSULTAS POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço: _____ Período/Ano: _____

MOTIVO DA CONSULTA	TOTAL COM MENOS DE 5 ANOS	COM MENOS DE 2 MESES	DE 2 A 11 MESES	DE 1 A 4 ANOS
TOTAL DE CONSULTAS POR QUALQUER CAUSA				
TOTAL DE CONSULTAS POR DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA				
PNEUMONIA				
OTITE				
OUTRAS IRA				
DIARRÉIA				
DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO				
DIARRÉIA PERSISTENTE				
DISENTERIA				
MALÁRIA GRAVE				
MALÁRIA				
DESNUTRIÇÃO				
ANEMIA				
OUTROS				

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde ao qual corresponde a informação e o período (semana, mês, meses e ano) do estudo.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas Médicas que corresponde ao primeiro dia do período escolhido.
3. Contar o número total de consultas por qualquer causa de crianças com menos de dois meses ocorridas no período selecionado e anotar o número na terceira coluna (**Com Menos de 2 Meses**) da segunda linha do Quadro (**Total de Consultas por Qualquer Causa**). Proceder da mesma maneira com as consultas por qualquer causa de crianças de dois a 11 meses e anotá-las na quarta coluna (**De 2 a 11 Meses**) da segunda linha, e com as consultas por qualquer causa de crianças de um a quatro anos, anotando-as na quinta coluna (**1 a 4 Anos**) da segunda linha.
4. Seguir o procedimento que foi mencionado no ponto 3, contando sucessivamente as consultas de cada grupo por IRA, fazendo a separação por pneumonia e outras IRA (ou em mais subgrupos, conforme seja o interesse); diarreia, diarreia com desidratação, desnutrição, anemia, malária, etc.
5. Uma vez completado o quarto passo, proceder do seguinte modo:
 - 5.1. Somar as colunas 3, 4 e 5 da segunda linha e anotar o resultado na segunda coluna desta linha.
 - 5.2. Seguir o procedimento indicado no passo 5.1. para as demais linhas da 4^a até a 15^a.
 - 5.3. Finalmente, somar as linhas 4 a 15 das colunas 2, 3, 4 e 5 e anotar o resultado nos respectivos quadrados da terceira linha (**Total de Consultas por Doenças Prevalentes na Infância**).

PARTE IV

PESQUISAS DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI NO CUIDADO E NA ATENÇÃO DA CRIANÇA NO LAR

PROTOCOLO 10

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI NA PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS COM MENOS DE DOIS ANOS LEVADAS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA CONSULTA

INTRODUÇÃO

Durante os primeiros anos de vida, a falta ou a pouca duração do aleitamento materno é reconhecida hoje em dia como um dos mais importantes fatores de risco de doença e de seu agravamento. Nos últimos anos reconheceu-se, internacionalmente, que as crianças podem ser alimentadas exclusivamente com leite materno até os quatro ou seis meses de idade e que o aleitamento materno pode continuar a ser dado até os dois anos de idade, quando complementado com a administração de outros alimentos.

O aleitamento materno exclusivo durante os primeiros quatro a seis meses proporciona à criança todo o alimento necessário para seu crescimento normal. Além disso, o leite materno proporciona à criança as defesas necessárias para torná-la mais resistente às infecções, garantindo sua menor incidência e melhores condições para a recuperação da saúde.

A incidência de diarreia em crianças alimentadas exclusivamente com leite materno é drasticamente reduzida, uma vez que essas doenças estão estreitamente associadas com más condições de higiene no preparo dos alimentos e da água para beber. A incidência e a gravidade das infecções respiratórias também são muito menores nas crianças alimentadas exclusivamente com leite materno.

Apesar dos benefícios do aleitamento materno, em muitos países em desenvolvimento sua prevalência entre as crianças com menos de dois anos é ainda bastante baixa. Mesmo quando a frequência da alimentação com leite materno é maior, no caso de crianças com menos de seis meses, o aleitamento ainda é desnecessariamente complementado com algum outro tipo de alimento ou com água, chás e outras bebidas, incluindo também outros tipos de leite.

A educação das mães e das famílias quanto à importância da alimentação da criança exclusivamente com leite materno até o quarto ou o sexto mês e quanto aos riscos de não alimentar a criança ao peito - ou de fazê-lo durante um período muito curto - é a principal atividade que a estratégia se propôs para aumentar a prevalência do aleitamento materno. A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui, neste sentido, um importante componente educativo destinado à promoção do aleitamento materno exclusivo até o quarto ou o sexto mês e como complemento até os dois anos de idade.

1 A recomendação de aleitamento materno para todas as crianças com menos de dois anos pode ter limitações, por exemplo, as relacionadas com o uso de substitutos do leite materno para crianças de mães seropositivas ao HIV.

A aplicação correta da estratégia AIDPI contribuirá, portanto, para incrementar a prevalência da amamentação materna em crianças com menos de dois anos.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o quarto mês (ou pelo período que a política de aleitamento materno do lugar estipular) e complementá-lo até os dois anos de idade.

METODOLOGIA

Para fazer a medição do objetivo proposto, deve-se observar a proporção de crianças que receberam aleitamento materno exclusivo até o quarto mês (ou pelo período estipulado pela política de aleitamento materno do lugar) e aquelas que continuaram com o aleitamento complementar até os dois anos de idade, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

A prevalência do aleitamento materno exclusivo será dada pela relação entre o número de crianças com menos de quatro meses (ou pelo período que a política de aleitamento materno do lugar estabelecer) levadas ao serviço de saúde, e que foram amamentadas exclusivamente com leite materno, e o total de crianças estudadas.

A prevalência do aleitamento complementar será dada pela relação entre o número de crianças entre quatro meses (ou pelo período que a política de aleitamento materno do lugar estabelecer) e dois anos, que mantiveram a amamentação como complemento à alimentação, e o total de crianças de quatro meses a dois anos estudadas.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com respeito à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, mediante reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática dos passos estabelecidos para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos que procurem o serviço de saúde, incluindo, também, o componente de avaliação do estado nutricional da criança e de assessoramento à mãe com relação a sua alimentação.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de dois anos levadas aos serviços de saúde onde os estudos sejam realizados.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se levar em consideração a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II sobre pesquisas, em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Para a obtenção dos dados, pode-se utilizar os Antecedentes Clínicos existentes no serviço de saúde, desde que neles se possa encontrar, devidamente registrado, o tipo de alimentação que a criança recebe até os quatro meses e até os dois anos de idade. Se essa informação não estiver disponível ou se a informação existente não for considerada confiável deve-se utilizar um registro adicional.

Os dados necessários para obter a informação sobre a prevalência do aleitamento materno são:

- A idade da criança.
- A alimentação que a criança recebeu desde o nascimento até os dois anos, ou até sua idade atual, se ainda não tiver completado dois anos.

Como, em geral, são poucos os serviços que dispõem dessas informações, ou cujas informações sejam confiáveis, apresenta-se a seguir uma metodologia alternativa para ser utilizada para medir a prevalência do aleitamento materno das crianças levadas por seus pais ao serviço de saúde.

A metodologia sugerida inclui a realização de um questionário que deve ser aplicado a todas as mães de crianças com menos de dois anos que procuram o serviço de saúde, durante o prazo necessário para reunir um número de casos suficiente para permitir o cálculo dos indicadores. O questionário pode ser administrado em um ou mais serviços de saúde, porém é preciso lembrar que os serviços escolhidos devem ser aqueles em que se introduzirá a estratégia AIDPI, de maneira que se possa, mais tarde, avaliar o impacto de sua aplicação sobre a prevalência do aleitamento materno.

Para o registro dos resultados do questionário, pode-se utilizar o Formulário do Anexo 10.A.

Para o processamento das informações, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados, Epi Info ou semelhante. Se for necessário fazer o processamento à mão, inclui-se no Anexo 10.B um Quadro de Consolidação das Informações.

A partir das informações do Quadro pode-se calcular os indicadores relacionados com a prevalência do aleitamento materno das crianças. Na tabela 10.1 apresentam-se alguns exemplos de indicadores a serem calculados, bem como a fórmula para seu cálculo.

Por último deve-se realizar uma verificação da hipótese para os principais indicadores a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças na prevalência do aleitamento materno em crianças com menos de dois anos. Para o cálculo dessa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Tabela 10. 1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Número de crianças com menos de 4 meses com aleitamento materno exclusivo	Número total de crianças com menos de 4 meses
Proporção de crianças com menos de 4 meses com aleitamento materno predominante	Número de crianças com menos de 4 meses com aleitamento materno predominante	Número total de crianças com menos de 4 meses
Proporção de qualquer grau de aleitamento materno em crianças com menos de 4 meses de idade	Número total de crianças com menos de 4 meses com qualquer grau de aleitamento materno	Número total de crianças com menos de 4 meses
Proporção de crianças de 6 a 9 meses com alimentação complementar oportuna	Número de crianças de 6 a 9 meses que recebem aleitamento materno + alimentação complementar oportuna	Número total de crianças de 6 a 9 meses
Proporção de crianças de 4 a 11 meses com aleitamento materno contínuo	Número de crianças de 4 a 11 meses que recebem aleitamento materno contínuo	Número total de crianças de 4 a 11 meses
Proporção de crianças de 11 a 23 meses com aleitamento materno contínuo	Número de crianças de 11 a 23 meses que recebem aleitamento materno contínuo	Número total de crianças de 11 a 23 meses
Proporção de crianças com menos de 12 meses alimentadas com mamadeira	Número de crianças com menos de 12 meses alimentadas com mamadeira	Número total de crianças com menos de 12 meses

ANEXO 10.A
REGISTRO SOBRE A PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS COM MENOS DE DOIS ANOS
FORMULÁRIO DE PERGUNTAS

Serviço de saúde: _____

Mês/ano: _____

Nome da criança								
1. Idade da criança (meses e anos)								
2. Deu de mamar à criança ontem?								
3. Ontem, deu à criança:								
a. Vitaminas, suplementos minerais, medicamentos?								
b. Só água?								
c. Água açucarada ou com sabor?								
d. Suco de frutas?								
e. Chá?								
f. Solução de re-hidratação oral?								
g. Bebidas gasosas?								
h. Leite humanizado?								
i. Leite desnatado, em pó ou fresco?								
j. Alimentos sólidos?								
k. Outros líquidos?								
4. Deu ontem à criança algo na mamadeira?								

Instruções para o preenchimento do Formulário do Questionário:

1. O Formulário do Questionário deve ser utilizado para fazer perguntas a todas as pessoas que venham ao serviço com uma criança com menos de dois anos. Se a criança tiver dois anos ou mais, ela não será incluída no Formulário e se esperará a próxima consulta.
2. Se a criança tiver menos de dois anos, anotar seu nome na primeira linha, na coluna que corresponder; a seguir, anotar a idade da criança, em meses e anos, na segunda linha.
3. Começar a fazer as perguntas mencionadas nos pontos de 3a a 3k, e no ponto 4. Colocar no quadrado correspondente ao nome da criança um SIM, se a resposta for "sim" e um NÃO, se a resposta for "não".
4. Proceder da mesma forma com a próxima mãe de uma criança com menos de dois anos.
5. Completar tantos Formulários quantos sejam necessários até reunir um número suficiente de mães de crianças com menos de dois anos. Não esquecer que será preciso um número suficiente de crianças de até quatro meses e de quatro meses a dois anos para poder estimar a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de idade e de amamentação complementar entre os quatro meses e dois anos de idade.

ANEXO 10.B
PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM CRIANÇAS COM MENOS DE DOIS ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

DIAGNÓSTICO	ALEITAMENTO-MATERNO	ALEITAMENTO-MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO-MATERNO PREDOMINANTE	ALIMENTOS	ALEITAMENTO MATERNO + ALIMENTOS	MAMADEIRA
TOTAL DE CRIANÇAS ESTUDADAS						
< 1 MÊS						
1 a <2 MESES						
2 a <3 MESES						
3 a <4 MESES						
4 - 11 MESES						
12 - 23 MESES						

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e ano) a que a informação a ser tabulada corresponder.
2. Selecionar o primeiro registro do questionário correspondente ao primeiro dia do período que se estudará.
3. Verificar a idade da criança e selecionar, dentro do Quadro de Consolidação das Informações, a linha correspondente a sua idade.
4. Verificar a resposta à segunda pergunta do Formulário de Perguntas para a criança.
 - 4.1 Se a resposta anotada for SIM, a criança recebe Aleitamento Materno. Colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Aleitamento Materno**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança.
 - 4.2 Se a resposta for NÃO, não colocar nenhuma marca na coluna **Aleitamento Materno** e prosseguir.
5. Verificar a resposta à terceira pergunta do Formulário de Perguntas.
 - 5.1 Se os quadrados correspondentes aos pontos de b a k da criança tiverem um NÃO como resposta, isto significa que a alimentação da criança é o Aleitamento Materno Exclusivo. Colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Aleitamento Materno Exclusivo**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança.
 - 5.2 Se em um ou mais dos pontos de b a k da criança houver uma resposta SIM, não colocar nenhuma marca na coluna **Aleitamento Materno Exclusivo** e prosseguir.
 - 5.3 Se em um ou mais dos pontos de b a g houver uma resposta SIM, porém todos os pontos de h a k tiverem NÃO como resposta, a criança é alimentada com Aleitamento Materno Predominante. Colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Aleitamento Materno Predominante**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança.
 - 5.4 Se em um ou mais dos pontos de h a k da criança houver uma resposta SIM, não colocar nenhuma marca na coluna **Aleitamento Materno Predominante** e prosseguir.
 - 5.5 Se o ponto j tiver uma resposta SIM, a criança recebeu alimentos sólidos ou semi-sólidos. Colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Alimentos**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança.
 - 5.6 Se no ponto j a resposta for NÃO, não colocar nenhuma marca na coluna **Alimentos** e prosseguir.

- 5.7. Se a resposta ao ponto 2 do Formulário de Perguntas for SIM, e o ponto j da pergunta 3 também for SIM, a criança recebeu Aleitamento Materno e Alimentos. Colocar uma marca (I) na sexta coluna (**Aleitamento Materno + Alimentos**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança.
- 5.8. Se a condição acima não ocorreu, não colocar nenhuma marca na coluna **Aleitamento Materno + Alimentos**, e prosseguir.
6. Verificar a resposta à quarta pergunta do Formulário de Perguntas. Se a resposta for SIM, neste caso a criança está sendo alimentada com mamadeira. Colocar uma marca (I) na sétima coluna (**Mamadeira**) da linha do Quadro de Consolidação das Informações correspondente à idade dessa criança. Se a resposta for NÃO, não colocar nenhuma marca na quinta coluna e continuar com as respostas da próxima criança, de acordo com os passos já enumerados.
7. Uma vez que todos os questionários tenham sido processados, somar os números incluídos em todos os quadrados de cada coluna para obter as cifras correspondentes à primeira linha (**Total de Crianças Estudadas**).

PROTOCOLO 11

O CONHECIMENTO DOS PAIS SOBRE SINAIS DE ALARME PARA LEVAR UMA CRIANÇA A UM SERVIÇO DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Em crianças com menos de cinco anos, atendidas nos serviços de saúde, um dos principais problemas associados à gravidade de suas doenças é a falta de conhecimento dos pais e de outros responsáveis pelo cuidado das crianças no que diz respeito aos sinais de alarme que indicam que a criança deve ser examinada por um profissional de saúde.

Em muitos países tem-se observado que, mesmo quando os serviços e o pessoal de saúde se encontram acessíveis à população, as crianças doentes não são levadas até eles, sendo, ao contrário, tratadas em casa com remédios caseiros. Em alguns casos, as crianças também são examinadas por curandeiros e outros práticos ligados às tradições da comunidade. Não se desaconselha tratar a doença da criança em casa, desde que as medidas usadas não sejam potencialmente nocivas e que os pais ou os responsáveis por seu cuidado conheçam e saibam identificar os sinais de alarme para decidir se a criança deve ser atendida por um profissional de saúde.

A demora em consultar o serviço de saúde, além de provocar um agravamento da doença fazendo com que a criança precise ser internada em um hospital, também pode provocar sua morte. Por esta razão é muito importante que a comunidade saiba reconhecer os sinais de alarme cuja presença indica que a criança deve ser levada imediatamente ao serviço de saúde.

A aplicação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância permite melhorar o conhecimento da comunidade sobre os sinais de alarme, já que inclui a educação dos pais quanto a estes sinais durante o atendimento prestado a todas as crianças no serviço de saúde, independentemente de sua gravidade.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o conhecimento dos pais e de outros responsáveis pelo cuidado das crianças com menos de cinco anos a respeito dos sinais de alarme em geral, e dos sinais de agravamento de quadros de infecção respiratória aguda (IRA) ou de doença diarreica que indicam que a criança deve ser atendida em um serviço de saúde.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de mães de crianças com menos de cinco anos que conhecem os sinais de alarme para IRA e diarreia em uma determinada área geográfica, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

Os sinais que serão usados na consulta como indicadores do conhecimento dos sinais de alarme são:

- Respiração rápida ou dificuldade de respirar, com relação à pneumonia.
- Muitas fezes aquosas; vômitos repetidos; sede intensa; bebe com dificuldade ou não consegue beber; febre e sangue nas fezes, com relação à diarreia.

A proporção de mães que conhecem os sinais de alarme será dada pela relação entre o número de mães que conhecem os sinais de alarme (pelo menos um para a pneumonia e pelo menos dois para a diarreia) que indicam que ela deve procurar atendimento em um serviço de saúde ou procurar um profissional de saúde e o total de mães estudadas.

A verdadeira implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com respeito à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento, posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que vai ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática dos passos estabelecidos para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta, incluindo, também, o componente de avaliação do estado nutricional da criança e de assessoramento à mãe com relação à alimentação da criança.

A população-alvo do estudo é constituída por mães ou responsáveis pelo cuidado da crianças com menos de cinco anos em uma determinada área geográfica.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Os dados necessários para a obtenção das informações sobre o conhecimento dos sinais de alarme são:

- A idade da criança.
- Os sinais que forem considerados indicativos para levar uma criança doente a uma consulta com um profissional ou a um serviço de saúde.

Para a obtenção das informações é preciso realizar uma entrevista com as mães ou responsáveis pelo cuidado das crianças com menos de cinco anos. Essas pessoas poderão ser selecionadas:

- No serviço de saúde, dentre aquelas que vierem consultar por qualquer causa.
- Na comunidade.

Se as pessoas a serem entrevistadas forem selecionadas dentre as que acorrem ao serviço de saúde para uma consulta, pode-se esperar que seus conhecimentos sobre os sinais de alarme mudem mais rapidamente pois haverá maior probabilidade de que se trate de pessoas que habitualmente consultam o serviço e, portanto, recebem em cada consulta os ensinamentos que fazem parte do teor educativo da estratégia AIDPI.

Se as pessoas forem selecionadas na comunidade, existe a possibilidade de que não utilizem os serviços de saúde ou que não utilizem os serviços que estão aplicando a estratégia AIDPI e, portanto, não terão acesso à educação sobre os sinais de alarme.

Seja qual for o caso, pode-se obter uma amostra mista de pessoas em ambos os lugares. Sempre se deve considerar a seleção aleatória das pessoas nas duas amostras, de maneira que se possa avaliar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre os conhecimentos da comunidade, ou seja, de maneira que se possa avaliar a eficácia do programa. Se o objetivo do estudo for avaliar a eficácia dos conselhos dados às mães, só devem ser escolhidas para a amostra mães que receberam os conselhos durante a consulta e em sessões educativas no centro de saúde ou em outro lugar da comunidade.

Para registrar os resultados da entrevista pode-se utilizar o Formulário de Perguntas que aparece no Anexo 11.A. Para processar a informação, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados, Epi Info ou semelhante. Se for necessário fazer o processamento à mão, inclui-se no Anexo 11.B um Quadro de Consolidação das Informações.

Usando a informação do Quadro de Consolidação pode-se calcular os indicadores relativos ao conhecimento dos sinais de alarme de pneumonia ou dos sinais que indicam que o responsável deve procurar atendimento fora do lar devido a uma doença diarreica.

Tabela 11.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de mães de crianças com menos de 5 anos que conhecem pelo menos um sinal de alarme de pneumonia nas crianças	Número de mães de crianças com menos de 5 anos que conhecem pelo menos um sinal de alarme de pneumonia	Número total de mães de crianças com menos de 5 anos estudadas
Proporção de mães de crianças de 1 a 4 anos de idade que sabem que a respiração rápida é um sinal de alarme de pneumonia nas crianças	Número de mães de crianças de 1 a 4 anos de idade que sabem que a respiração rápida é um sinal de alarme de pneumonia	Número total de mães de crianças de 1 a 4 anos estudadas
Proporção de mães de crianças com menos de 5 anos que conhecem pelo menos dois sinais para procurar atendimento fora do lar para uma criança com diarreia	Número de mães de crianças com menos de 5 anos de idade que conhecem pelo menos dois sinais para procurar atendimento fora do lar para uma criança com diarreia	Número total de mães de crianças com menos de 5 anos estudadas

Deve-se, por último, realizar uma verificação da hipótese para os indicadores principais a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças no conhecimento das mães, ou de pessoas encarregadas de cuidar de crianças com menos de cinco anos, em relação aos sinais de alarme em crianças que padecem de uma infecção respiratória aguda ou de uma doença diarreica. Para a realização do cálculo desta verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 11.A
CONHECIMENTO DE SINAIS DE ALARMA EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS PARA
PROCURAR AJUDA EM UM SERVIÇO DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE QUESTIONÁRIO

Área: _____ Mês/ano: _____

Nome da criança									
1. Idade da criança (meses e anos)									
2. Quando deve levar uma criança com IRA para que seja examinada em um serviço de saúde?									
a. Respiração rápida									
b. Dificuldade de respirar									
c. Tosse									
d. Febre									
e. Respiração ruidosa									
f. Dificuldade de beber ou não consegue beber									
g. Outro sinal									
h. Não sabe									

3. Quando deve levar uma criança com diarreia para que seja examinada em um serviço ou por um profissional de saúde?										
a. Muitas fezes aquosas										
b. Vômitos repetidos										
c. Sede intensa										
d. Dificuldade de beber ou não consegue beber										
e. Febre										
f. Sangue nas fezes										
g. Não melhora, está mais doente, muito doente										
h. Outro sinal										
i. Não sabe										

Observações:

Instruções para o preenchimento do Formulário de Questionário:

1. Deve-se utilizar o Formulário de Questionário para entrevistar todas as mães ou pessoas que participem do cuidado e da atenção de uma criança com menos de cinco anos.
2. Anotar o nome da criança na primeira linha, na coluna que corresponder; a seguir, anotar a idade da criança, em meses e anos, na segunda linha.
3. Pedir à mãe para que ela responda a questão apresentada no ponto 2. Formular a pergunta como uma "pergunta de resposta livre" sem indicar nenhum dos sinais enumerados nas linhas seguintes. Informar à mãe que ela pode dar mais de um motivo. Marcar com um (X) os sinais que ela indicar. Incentivar a mãe a responder completamente empregando expressões de natureza geral como: Nada mais? ou Outros sinais?. Não se deve induzi-la a citar determinados sinais.
4. Pedir à mãe para que ela responda a pergunta 3 do Formulário de Questionário, sem esquecer as considerações apresentadas no ponto 3 acima.
5. Proceder da mesma maneira com a próxima mãe de uma criança com menos de cinco anos.
6. Completar tantas colunas quantas sejam necessárias até reunir um número suficiente de mães de crianças com menos de cinco anos. Se o desejo for separar as conclusões de acordo com a idade da criança, lembrar que é necessário ter um número suficiente de mães de crianças com menos de dois meses, de dois a 11 meses, e de um a quatro anos para poder estimar a proporção dessas mães que conhecem os sinais de alarme.

ANEXO 11.B
CONHECIMENTO DOS SINAIS DE ALARME EM CRIANÇAS COM MENOS
DE CINCO ANOS COM IRA OU DIARRÉIA

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Período/Ano: _____

CONHECIMENTO	TOTAL	< 2 MESES	2-11 MESES	1-4 ANOS
TOTAL DE MÃES ESTUDADAS				
CONHECE PELO MENOS UM SINAL DE ALARME DE PNEUMONIA				
- CONHECE RESPIRAÇÃO RÁPIDA				
- CONHECE DIFICULDADE DE RESPIRAR				
- CONHECE PELO MENOS DOIS SINAIS DE ALARME PARA PROCURAR ATENDIMENTO PARA UMA CRIANÇA COM DIARRÉIA				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Uma vez preenchido o questionário deve-se tabular os dados no Quadro de Consolidação das Informações.

1. Completar a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, anotando o nome da área na qual a entrevista teve lugar, e o período (meses e ano) ao qual a informação que se tabulará corresponder.
2. Selecionar o primeiro registro do Formulário de Questionário.
3. Verificar a idade da criança e escolher, dentro do Quadro de Consolidação das Informações a coluna correspondente a essa idade. Colocar uma marca (|) na linha **Total de Mães Estudadas** da coluna correspondente à idade da criança.
4. Verificar a resposta à pergunta 2 do Formulário de Questionário.
 - 4.1 Se o ponto 2.a ou o 2.b, ou ambos, foram marcados, a mãe conhece os sinais de alarme de pneumonia (considera-se que a mãe conhece se ela sabe identificar a *respiração rápida* ou *dificuldade de respirar*). Colocar uma marca (|) na linha **Conhece pelo menos um sinal de alarme de pneumonia** do Quadro de Consolidação das Informações, selecionando a coluna correspondente à idade da criança. Colocar também uma marca (|) na linha **Conhece respiração rápida** se o ponto 2a foi marcado; ou na linha **Conhece dificuldade de respirar** se foi marcado o ponto 2b.
 - 4.2 Se nem o ponto 2.a nem o ponto 2.b foram marcados, não colocar nenhuma marca e continuar.
5. Verificar a resposta dada à pergunta 3 do Formulário de Questionário para a mãe.
 - 5.1 Se dois ou mais sinais foram marcados entre os pontos 3.a ao 3.g, a mãe conhece os sinais de alarme para procurar atendimento para uma criança com diarreia. Colocar uma marca (|) na linha **Conhece pelo menos dois sinais de alarme para procurar atendimento para uma criança com diarreia** do Quadro de Consolidação das Informações, selecionando a coluna correspondente à idade da criança.
 - 5.2 Se não se marcou nenhum dos pontos de 3.a ao 3.g, ou se somente se marcou um desses pontos, então não colocar nenhuma marca e continuar.
6. Continuar entrevistando a mãe da próxima criança.

Uma vez completada a revisão dos Formulários de Perguntas, deve-se somar os números dos quadrados em cada linha para as colunas correspondentes a cada grupo etário e anotar o resultado na segunda coluna **Total** do Quadro de Consolidação das Informações.

PROTOCOLO 12

RETORNO PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

Muitas hospitalizações e mortes de crianças com menos de cinco anos que ocorrem nos países em desenvolvimento poderiam ser evitadas se a criança fosse levada a tempo a um serviço ou profissional de saúde e recebesse o tratamento necessário. Por esta razão, a base do controle das principais doenças e problemas de saúde que afetam as crianças com menos de cinco anos nesses países está centrada em:

- Melhorar o conhecimento dos pais e de outros responsáveis pelo cuidado das crianças com menos de cinco anos com respeito aos sinais de alarme diante dos quais torna-se mister procurar atendimento fora de casa.
- Melhorar a capacidade dos serviços de saúde do primeiro nível de atenção para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos a eles levadas para consulta.

A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância considera ambos os componentes para o manejo dos principais problemas de saúde e de doenças que afetam as crianças com menos de cinco anos nos países em desenvolvimento. O primeiro destes aspectos está incluído no componente de comunicação. As atividades de comunicação da estratégia AIDPI permitem melhorar a capacidade da família para atender a criança com menos de cinco anos evitando que esta seja levada desnecessariamente a um serviço de saúde, mas garantindo que sempre que a criança apresente sinais de alarme, os pais irão procurar ajuda nesses serviços. Deste modo, evitar-se-á a sobrecarga dos serviços de saúde e o sacrifício de tempo e de dinheiro dos pais que se deslocam até os serviços de saúde sem que haja necessidade de levar a criança até eles.

O segundo aspecto está incluído no componente da estratégia AIDPI, cujo objetivo é melhorar a capacidade de resolução dos serviços do primeiro nível de atenção. O que se quer evitar é que aqueles casos que poderiam ser tratados ambulatorialmente, com acompanhamento pelo serviço de saúde periférico, sejam referidos a um nível de maior complexidade, mas garantindo que toda criança que necessite de atendimento hospitalar seja realmente referida. Dessa maneira, evitam-se referências ao hospital, reduzindo as hospitalizações desnecessárias que podem ocasionar complicações para a criança, além dos problemas que ocasiona para seus pais.

No entanto, alguns dos casos que a partir da aplicação da estratégia AIDPI poderão ser tratados pelo pessoal de saúde do primeiro nível de atenção requerem acompanhamento posterior. Com o acompanhamento dos casos é possível verificar se a doença está melhorando com o tratamento administrado, o que significa que possíveis complicações poderão ser evitadas.

A ênfase na necessidade de regressar com a criança para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento é parte importante da matéria de educação dos pais com respeito à estratégia AIDPI. Se a criança não for levada para a consulta de reavaliação e acompanhamento e o tratamento administrado não alcançar os resultados esperados, a doença poderá tornar-se grave e a criança poderá até morrer.

A avaliação dos resultados da educação dos pais sobre o regresso dos pacientes para a consulta de reavaliação e acompanhamento é, portanto, uma atividade essencial da estratégia AIDPI. Espera-se que a proporção de pacientes que regressam para a consulta de reavaliação e acompanhamento aumente à medida que a aplicação da estratégia for melhorando.

OBJETIVOS DO ESTUDO

Determinar qual o impacto que as atividades de comunicação da estratégia AIDPI estão tendo sobre os pais, com respeito ao retorno das crianças tratadas para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento.

METODOLOGIA PROPOSTA

Para a medição do objetivo proposto deve-se observar a proporção de crianças com menos de cinco anos que regressa para as consultas de reavaliação e acompanhamento de acordo com as normas da estratégia AIDPI nos serviços de saúde selecionados, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

Deve-se selecionar um ou vários serviços de saúde, de modo a reunir um número suficiente de consultas de crianças com menos de cinco anos por causa de IRA, diarreia, malária, desnutrição e outras doenças incluídas na estratégia AIDPI. Deve-se, em especial, ter em conta que é necessário reunir um número apropriado de pacientes com essas doenças que corresponda ao número de pacientes que devem regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento. Os casos atendidos poderão ser separados de acordo com o diagnóstico ou a classificação, de acordo com os procedimentos estabelecidos pela estratégia AIDPI. A tabela 12.1 apresenta as normas AIDPI sobre doenças que exigem uma consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento.

A tabela 12.1 inclui somente as classificações dos casos para os quais foram marcadas visitas de consulta de reavaliação e acompanhamento. Não inclui aqueles casos em que só se marcou nova visita porque foram encontrados sinais que indicam um provável agravamento do quadro clínico.

Deve-se determinar quantos dos casos que deveriam regressar para consulta de reavaliação e acompanhamento realmente regressam e qual a sua evolução. Esta determinação deverá ter lugar em duas ocasiões diferentes, antes e depois da implementação real da estratégia AIDPI. Também pode ser feita imediatamente após a implementação da estratégia, logo depois de terem sido realizadas as atividades de educação dos pais que reforçam a importância de comparecer à consulta de reavaliação e acompanhamento.

Tabela 12.1

CLASSIFICAÇÃO	DEVE REGRESSAR PARA CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
Pneumonia	Em 2 dias
Disenteria	
Malária, se a febre persistir	
Febre (Malária pouco provável), se a febre persistir	
Sarampo com complicações nos olhos ou na boca	
Diarréia persistente	Em cinco dias
Otite Média Aguda	
Otite Média Crônica	
Problema de Alimentação	
Anemia	Em 14 dias
Peso muito baixo para a idade	Em 30 dias

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja habilitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha do material necessário para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas a respeito da aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que visita o serviço de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das providências para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta. Entre os temas de tratamento incluem-se aqueles destinados à educação dos pais com respeito ao cuidado da criança e a importância da consulta de reavaliação e acompanhamento no prazo fixado, de acordo com a classificação do quadro clínico.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de saúde selecionados para consulta e que são classificadas com alguma das patologias que, de acordo com a estratégia AIDPI, devem regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II sobre pesquisas em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Se o estudo pretende avaliar todas as patologias que requerem o retorno para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento, deve-se utilizar a patologia menos freqüente para o cálculo da amostra. Neste protocolo selecionou-se, como exemplo, a proporção de casos de pneumonia que regressam para a consulta de reavaliação e acompanhamento no prazo fixado como um indicador para avaliar a eficácia das atividades de comunicação sobre o comportamento dos pais.

Pode-se obter, nos serviços de saúde selecionados, as informações necessárias para o estudo dos registros de atenção existentes. A realização do estudo pode apresentar algumas complicações operacionais se os registros não estiverem completos.

Seja qual for o caso, será necessário compilar as informações relacionadas com a primeira consulta, na qual a doença da criança foi classificada como doença que necessita de acompanhamento posterior, bem como as informações da consulta de reavaliação e acompanhamento, que deverá ter lugar em 2, 5, 14 ou 30 dias, em conformidade com a classificação dada.

Com respeito à primeira consulta, serão necessárias informações sobre:

- Idade da criança
- Data da consulta
- Diagnóstico(s) ou classificação

A idade da criança e a data da primeira consulta estão, em geral, incluídas no prontuário de consulta. No que tange à idade, deve-se ter certeza de que os meses e anos da criança estejam registrados de modo a que se possa estudar o grupo de recém-nascidos de uma semana a dois meses de idade.

Normalmente, o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Caso se utilizem denominações diferentes para uma mesma patologia, é necessário selecionar alguns diagnósticos

de referência para a codificação da informação. Para isto podem ser utilizados os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou pode ser definida uma determinada modalidade de agrupamento.

No que diz respeito à consulta de reavaliação e acompanhamento, deve-se obter informações sobre:

- Data em que a criança é levada à consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Resultado da consulta de reavaliação e acompanhamento.

A maneira mais fácil de reunir as informações consiste em revisar os antecedentes clínicos do caso, porém, como nem sempre os serviços dispõem desse tipo de registro, apresenta-se no anexo 12.A uma sugestão de modelo de ficha para ser utilizada na execução do estudo. Essa ficha pode ser substituída pelos antecedentes clínicos, caso se disponha dos mesmos e se neles estiverem anotadas as informações necessárias.

Para o processamento das informações, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados, Epi Info ou semelhante. Caso seja necessário fazer o processamento manualmente, inclui-se no Anexo 12.B um Quadro de Consolidação das Informações.

Tendo as informações do Quadro de Consolidação das Informações como base é possível calcular os indicadores relacionados com o retorno dos casos para a consulta de reavaliação e acompanhamento, assim como a evolução que tiveram. Estas informações podem ser calculadas para os diferentes grupos etários com que se trabalhou e para os diferentes diagnósticos ou classificações da estratégia AIDPI.

Para o cálculo dos indicadores relacionados com a evolução dos casos no momento da consulta de reavaliação e acompanhamento, deve-se descartar aqueles casos em que a evolução do tratamento não foi especificada. Nesse sentido, deve-se subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total**), os números incluídos na quinta coluna (**Sem Especificar**). Os resultados que forem obtidos dessa subtração serão utilizados como denominador.

Os indicadores expressados na tabela 12.2 devem ser considerados como exemplos, podendo-se calcular outros indicadores segundo o diagnóstico e a idade da criança.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia ocasionou mudanças nos casos levados para a consulta de reavaliação e acompanhamento do tratamento. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Se a proporção de casos sem especificação da evolução for muito alta (maior que 40%), os resultados do estudo com respeito a este aspecto podem ser de pouca valia.

Tabela 12.2

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento	Número total de casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento	No total de casos de pneumonia que tinham de regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento.
Proporção dos casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento no prazo fixado	Número total de casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento no prazo fixado	Número total de casos de pneumonia que tinham de regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento
Proporção dos casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento antes do prazo fixado e que não melhoraram	Número de casos de pneumonia que regressaram antes do prazo fixado e estavam igual, mais Número de casos de pneumonia que regressaram antes do prazo fixado e estavam pior	Número total de casos de pneumonia que regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento, menos Número de casos de pneumonia que regressaram sem especificar e evolução
Proporção dos casos de pneumonia que não regressaram para a consulta de reavaliação e acompanhamento	Número total de casos de pneumonia que tinham de regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento menos Número de casos de pneumonia que regressaram	Número total de casos de pneumonia que tinham de regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento

Instruções para o preenchimento da Ficha de Acompanhamento de Casos

A Ficha de Acompanhamento de Casos deverá ser confeccionada para cada caso das classificações que forem incluídas na tabela 12.1.

A Ficha pode ser confeccionada pelo pessoal que atende os pacientes no serviço de saúde, tão logo seja identificado algum paciente com uma das doenças já citadas, mas também pode ser preenchida no final de cada dia, revisando os prontuários habituais de atenção dos casos atendidos nesse dia.

Para começar a preencher a Ficha, proceder da seguinte maneira:

- Completar a parte superior colocando o sobrenome e os nomes da criança, a idade em anos e meses, e o domicílio.
- Colocar a data do diagnóstico ou a classificação da criança incluindo alguma das condições que se apresentam na tabela 12.1.
- Colocar o diagnóstico ou a classificação no espaço da Ficha reservado para tal fim.
- Colocar o tratamento que se administrou no espaço correspondente.

Se a Ficha for preenchida pelo pessoal que presta o atendimento, as fichas deverão estar sempre disponíveis durante o expediente de consultas, de modo que elas possam ser prontamente recuperadas quando a criança regressar para a consulta de reavaliação e acompanhamento.

Se a Ficha for preenchida no final do dia, deve-se ter o cuidado especial de anotar, nos registros em uso, as informações necessárias para completar a seção da Ficha de Acompanhamento de Casos.

Neste último caso:

- Revisar, ao fim do dia, todas as fichas iniciadas e verificar nos protocolos de atendimento se as crianças compareceram à consulta de reavaliação e acompanhamento da doença diagnosticada anteriormente.

Para completar a Ficha relacionada com a consulta de reavaliação e acompanhamento, proceder da seguinte maneira:

- Anotar, na primeira coluna da Ficha, a data em que a criança foi levada à consulta de reavaliação e acompanhamento devido ao episódio sendo tratado, e o tempo transcorrido (em dias) desde a primeira consulta.
- Marcar, na seção **Evolução**, se a criança se apresenta **Melhor**, **Igual** ou **Pior** do que na primeira consulta.
- Anotar, na seção **Tratamento**, o que foi aconselhado com respeito à criança, seja *Continuar* com o tratamento administrado na primeira consulta, *Mudar o tratamento*, ou *Referenciá-la*.

- Se na consulta de reavaliação e acompanhamento a criança se apresenta **Melhor**, separar a Ficha para a tabulação posterior.
- Se na consulta de reavaliação e acompanhamento a criança se apresenta **Igual**, conservar a Ficha para a segunda consulta de reavaliação e acompanhamento que será incluída quando houver recomendação para que o tratamento seja modificado.

As informações das fichas deverão ser tabuladas para que se possa calcular a proporção dos casos que compareceram para a consulta de reavaliação e acompanhamento e para que se possa verificar a evolução que tiveram.

ANEXO 12.B
RETORNO PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO
EM CASOS DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____ Diagnóstico: _____

		EVOLUÇÃO DO CASO			
DIAGNÓSTICO	TOTAL	MELHOR	IGUAL	PIOR	SEM ESPECIFICAR
TOTAL DE CASOS QUE TORNAM-SE REGRESSAR PARA CONSULTA DE REAV./ACOMP.					
CASOS QUE REGRESSARAM À CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO					
ANTES DO PRAZO FIXADO					
NO PRAZO FIXADO					
DEPOIS DO PRAZO FIXADO					
NÃO REGRESSARAM PARA A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO E SEGUIMENTO					

Observações:

Instruções para completar o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e ano) a que corresponder a informação que está sendo tabulada e o grupo etário (crianças de uma semana a dois meses, de dois a 11 meses, de um a quatro anos, ou outros grupos se assim se desejar). Utilizar um quadro para cada grupo etário que está sendo estudado.
2. Anotar o tipo de diagnóstico (ou a classificação em conformidade com a estratégia AIDPI) que será analisado de acordo com o que foi mencionado na tabela 12.1 sobre consultas de reavaliação e acompanhamento do tratamento.
3. Selecionar a primeira Ficha de Acompanhamento de Casos que corresponder a esse diagnóstico ou classificação. Verificar a idade do paciente e selecionar o Quadro de Consolidação das Informações que corresponder. Colocar uma marca (I) no quadrado correspondente à segunda linha do Quadro **Total de Casos que tinham de Regressar para a Consulta de Reavaliação e Acompanhamento**.
4. Revisar a Ficha de Acompanhamento de Casos e verificar se o paciente regressou para a consulta de reavaliação e acompanhamento. Verificar se a data em que regressou coincide com o que foi recomendado de acordo com o diagnóstico ou a classificação sendo analisada. Selecionar, com base nessas informações, a linha do Quadro de Consolidação das Informações a ser utilizada; por exemplo, se a criança regressou para a consulta antes do prazo fixado, selecionar a linha **Antes do prazo fixado**.
5. Verificar na Ficha de Acompanhamento de Casos a evolução do quadro clínico no momento da consulta de reavaliação e acompanhamento. Com base nessas informações, selecionar a coluna do Quadro de Consolidação das Informações: por exemplo, se a criança foi classificada como melhor, selecionar a terceira coluna **Melhor**. Colocar uma marca (I) no quadrado correspondente de acordo com a linha e a coluna selecionadas seguindo as indicações anteriores.
6. Selecionar uma nova Ficha de Acompanhamento de Casos e repetir as etapas três a cinco.
7. Uma vez concluída a revisão de todas as Fichas de Acompanhamento de Casos, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
8. Somar os números contidos em todos os quadrados de cada linha para obter as cifras que corresponderem à primeira coluna, **Total**.

A seguir, somar os números contidos em todos os quadrados de cada coluna para obter as cifras que corresponderem à terceira linha, **Casos que Regressaram para a Consulta de Reavaliação e Acompanhamento**.

PROTOCOLO 13

CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO DE ANEMIA COM FERRO EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS

INTRODUÇÃO

Os esforços dedicados ao controle das doenças esbarram geralmente em inúmeros problemas. Além dos problemas associados aos serviços de saúde, especialmente quanto à avaliação, classificação e tratamento inadequados dos casos, existem ainda os problemas associados ao comportamento da população. Dentre os problemas associados ao comportamento da população, os mais importantes são: a demora em acorrer à consulta e o não cumprimento das recomendações para o tratamento.

Quanto às doenças infantis, especialmente quando as crianças têm menos de cinco anos, os pais devem ser capazes de reconhecer a necessidade de consultar um serviço de saúde, assim como devem ser capazes de administrar o tratamento em conformidade com as instruções dadas pelo serviço de saúde.

O cumprimento das recomendações para o tratamento é especialmente importante para a cura da doença que motivou a consulta. A administração equivocada dos medicamentos receitados tem um efeito negativo porque, além de não contribuir para a cura da criança, pode também prejudicar a confiança por parte dos pais quanto ao atendimento recebido, ao ver que a criança não apresenta a melhora esperada.

A administração correta dos medicamentos está associada a fatores que dependem do serviço de saúde e a fatores que dependem dos pais. Entre os primeiros inclui-se a maneira como foram dadas as instruções para o tratamento, o tempo dedicado a esta tarefa e a oportunidade dada aos pais para expor suas dúvidas e seus problemas para dar cumprimento às instruções. Entre os fatores associados à família é preciso destacar o analfabetismo dos pais, a maneira precária como as crianças são cuidadas, a constituição da família, o lugar onde a criança se encontra normalmente e o tempo que permanece nesse lugar. Mesmo quando as instruções dadas no serviço de saúde são adequadas, a compreensão e a execução das mesmas podem ser problemáticas devido aos fatores associados à família.

Tendo em conta a importância da não observância do tratamento, convém analisar a magnitude deste problema a fim de identificar a necessidade de implementar ações específicas para a consulta de reavaliação e acompanhamento. Esse problema adquire uma relevância especial no tratamento da anemia em crianças, por ser necessário administrar uma dose diária de ferro, durante dois meses.

OBJETIVO

Determinar o cumprimento do *tratamento de anemia (não grave)*, caracterizada pela existência de *palidez palmar leve*, mediante a administração diária de ferro durante dois meses.

METODOLOGIA

Para a medição do objetivo proposto, deve-se observar a proporção de crianças de dois meses a quatro anos com anemia (não grave) que são levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento a cada 15 dias, em conformidade com as normas da estratégia AIDPI nos serviços de saúde selecionados, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

O pessoal de saúde responsável pela avaliação e classificação das crianças será previamente capacitado em um curso clínico AIDPI, a fim de adquirir os conhecimentos e as habilidades necessários para a avaliação, classificação e tratamento das crianças, incluindo os aspectos de educação dos pais para melhorar os cuidados com a saúde da criança.

A população a ser estudada será composta por crianças de dois meses a quatro anos de idade que sejam classificadas com *anemia* em função da presença do sinal *palidez palmar leve* por parte do pessoal de saúde. O estudo não inclui as crianças com *palidez palmar intensa* que são classificadas com *anemia grave* e referidas ao hospital.

As crianças classificadas com *anemia* receberão o tratamento com ferro sob a forma de comprimidos ou xaropes, na dosagem de 4 mg/kg/dia, com consulta de reavaliação e acompanhamento a cada 15 dias, em conformidade com o indicado pela estratégia AIDPI.

As crianças a serem incluídas no estudo devem possuir características semelhantes no que diz respeito a:

- *Idade e sexo*: a observância do tratamento pode diferir em função desta variável, já que as famílias podem ter idéias diferentes quanto à importância da doença, ou sobre as diferentes maneiras de cuidar da criança, à medida que estas vão crescendo.
- *Outras classificações de doença*, tanto no momento de ingressar no estudo como durante o mesmo: os pais das crianças trazidas à consulta com mais frequência durante os dois meses da duração do tratamento ou que estejam sendo controladas devido a outras doenças terão mais oportunidades de serem reforçadas quanto a importância da administração correta do tratamento com ferro, posto que o contato com o pessoal de saúde será mais frequente.

Para evitar a influência desses fatores, pode-se aumentar o tamanho da amostra, de maneira que se possa obter um número de crianças que permita subdividir o grupo para a análise, de acordo com características diferentes (ver mais adiante).

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se levar em consideração a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Também se deve ter em mente as perdas estimadas de crianças que se pode esperar, por diferentes razões, durante o seguimento, a fim de ajustar a amostra a ser estudada.

O número de crianças da amostra também deverá ser ajustado em função dos grupos etários (de dois a 11 meses e de um a quatro anos, por exemplo), sexo e outras variáveis conforme sejam divididas.

Propõe-se para a realização deste estudo um questionário para os pais das crianças que tenham sido classificadas com *anemia* pelo pessoal de saúde, a quem se indicou e entregou tratamento com ferro em doses diárias durante dois meses.

Tendo presente que a estratégia AIDPI recomenda uma consulta de reavaliação e acompanhamento a cada 15 dias durante o tratamento, a quantidade de ferro que se entregará aos pais será suficiente para esse período. A avaliação da observância do tratamento por parte dos pais se realizará, portanto aos 15 dias, 30 dias, 45 dias e ao fim dos dois meses, no serviço de saúde, para aquelas que vierem às consultas quinzenais de reavaliação e acompanhamento, e no domicílio para aquelas que não vierem.

Para a compilação das informações necessárias, sugere-se empregar uma ficha de registro para cada criança que ingresse no estudo. A ficha deverá incluir:

- Dados de identificação da criança (sobrenome e nome, idade, sexo, domicílio), que serão completados no momento da primeira consulta.
- Dados da classificação dada pelo pessoal de saúde para a doença da criança, que também serão completados na primeira consulta.
- Dados sobre as características da família da criança e sobre a administração do tratamento, que serão completados nas consultas de reavaliação e acompanhamento (aos 15 dias, aos 30 dias, aos 45 dias e aos dois meses).

Durante o período entre as consultas quinzenais, deve-se verificar se os pais da criança visitaram ou não os serviços devido a outra doença, para buscar mais medicamentos, para vacinação, ou para controle de uma criança saudável. Em qualquer uma dessas ocasiões, os pais deveriam receber informações adicionais ou serem lembrados a respeito da importância da observância do tratamento de anemia indicado previamente; isto pode modificar os resultados do estudo. Estes casos ou devem ser excluídos do estudo (só se incluirão os resultados até o momento anterior a essas consultas), ou devem ser analisados em um grupo à parte.

Em cada consulta de reavaliação e acompanhamento, deve-se perguntar aos pais sobre o cumprimento do tratamento. As perguntas sobre as características da família e sua organização deverão ser feitas tendo em conta as respostas dadas na primeira consulta, a fim de verificar se houve alguma modificação.

Para o registro de toda esta informação, inclui-se um modelo de Ficha no Anexo 13.A, que pode ser adaptada e modificada conforme a necessidade.

Uma vez finalizado o estudo, deve-se avaliar as Fichas das crianças para selecionar aquelas que serão incluídas para a análise. Seria mais conveniente incluir somente aquelas crianças que se mantiveram comparáveis durante o transcurso de todo o estudo, ou formar grupos diferentes de crianças que sejam comparáveis para a análise.

Tão logo se tenham definido quais crianças serão incluídas no estudo, serão processados os resultados calculando a proporção representada pelo medicamento que a criança recebeu sobre o total que se recomendou que recebesse. Para isto propõe-se a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Volume (em ml) das doses administradas} \times \text{Número total de doses administradas}}{\text{Volume (em ml) das doses recomendadas} \times \text{Número total de doses recomendadas}} \times 100$$

Para o processamento dos dados pode-se gravar os registros em um programa de computação (por exemplo, EPI Info) ou pode-se calcular primeiro a quantidade de medicamento administrado e a porcentagem que esta representa sobre o total indicado. Mais tarde, será possível consolidar a informação para realizar o cálculo da proporção de crianças que receberam o tratamento indicado (observantes) e a proporção de crianças que não receberam o tratamento indicado (não observantes).

Nos Anexos 13.B e 13.C estão incluídos os Quadros de Consolidação das Informações para ambas as tarefas. Para a consolidação desses resultados, se não for utilizado um programa de computação, deve-se confeccionar o Quadro 1 de Consolidação das Informações para cada grupo que se deseje estudar (por variáveis de idade, sexo, etc.), e incluir uma linha para cada grupo no Quadro 2 de Consolidação das Informações.

Os cálculos podem ser realizados para o total de crianças incluídas no estudo ou para os diferentes subgrupos em que sejam divididas. Para a classificação, as crianças poderão ser subdivididas em:

- Observantes: crianças que receberam entre 90% e 110% da quantidade recomendada de ferro.
- Não observantes: crianças que receberam menos de 90% da quantidade de ferro recomendada (hipo-observantes); ou que receberam mais de 110% da quantidade de ferro recomendada (hiper-observantes).

A partir da informação do Quadro 2 pode-se calcular a observância do tratamento no total de crianças incluídas no estudo e em cada um dos subgrupos estudados em função das variáveis que tenham sido julgadas importantes para o estudo.

Na tabela 13.1 incluem-se alguns exemplos de indicadores a serem calculados, bem como a fórmula empregada para o cálculo. Os indicadores só são incluídos como exemplo, podendo-se também calcular outros tipos de relações a partir dos dados do quadro 2, utilizando as informações obtidas na Ficha de Perguntas. Tendo esses dados como base, também se pode subdividir a população estudada em função de outros fatores, tais como o grau de alfabetização dos pais e o tipo de pessoa que cuida da criança durante o dia.

Tabela 13.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças que observaram o tratamento de anemia durante os 2 meses de tratamento	Número total de crianças que observaram o tratamento durante os 2 meses	Número total de crianças avaliadas quanto à observância do tratamento aos 2 meses
Proporção de crianças que observaram o tratamento de anemia durante os primeiros 14 dias	Número total de crianças que observaram o tratamento durante os primeiros 14 dias	Número total de crianças avaliadas quanto à observância do tratamento aos 14 dias
Proporção de crianças de 2 a 11 meses que observaram o tratamento de anemia durante os primeiros 14 dias	Número total de crianças de 2 a 11 meses que observaram o tratamento de anemia durante os primeiros 14 dias	Número total de crianças de 2 a 11 meses avaliadas quanto à observância do tratamento aos 14 dias
Proporção de crianças que observaram o tratamento de anemia durante os primeiros 45 dias	Número total de crianças que observaram o tratamento durante os primeiros 45 dias	Número total de crianças avaliadas quanto à observância do tratamento aos 45 dias

Para a validação da análise, deve-se levar em consideração o número de crianças que se perderam durante o estudo, isto é, que não regressaram à consulta ou que não foram encontradas por ocasião da visita ao domicílio.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças em relação à observância do tratamento das crianças classificadas com anemia. Para o cálculo desta verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 13.A
CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO DE ANEMIA COM FERRO
FICHA DO QUESTIONÁRIO

Nome da criança: _____ Nome da mãe: _____

Domicílio: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Data da consulta inicial: ___/___/___

Dados de identificação da criança:					
Idade : [_____]		Sexo: [___]		Data de Nascimento: ___/___/___	
Estado civil da mãe		União estável:		Convivem:	
		Sim [___] Não [___]		Sim [___] Não [___]	
		Só		União instável:	
		Sim [___] Não [___]		Sim [___] Não [___]	
Composição da família (os que vivem no mesmo domicílio):					
Pai		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Avó	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Mãe		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Hermãos	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quem cuida da criança: [_____]				- Maiores	
				Nº [_____]	
				- Menores	
				Nº [_____]	
Educação da mãe:		Primária [___]		Anos [___]	
		Anos [___]		Secundária [___]	
		Anos [___]		Anos [___]	
		Superior [___]		Superior [___]	
Educação do pai:		Primária [___]		Anos [___]	
		Anos [___]		Secundária [___]	
		Anos [___]		Anos [___]	
		Superior [___]		Superior [___]	
Educação de quem cuida da criança		Primária [___]		Anos [___]	
		Anos [___]		Secundária [___]	
		Anos [___]		Anos [___]	
		Superior [___]		Superior [___]	
Características da habitação					
Urbana [___] Rural [___]		Número de cômodos: [___]		Água no interior: Sim [___] Não [___]	
Banheiro: Sim [___] Não [___]		Vaso: Sim [___] Não [___]		Sala para refeições: Sim [___] Não [___]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [_____]		
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança					
Controle da gravidez		Sim [___] Não [___]		Centro de Saúde [___]	
		Hospital [___]		Outro: _____	
Tem Cartão Pré-natal		Sim [___] Não [___]		Controle Antes: Sim [___] Não [___]	
		Regular: Sim [___] Não [___]			
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer					
Onde nasceu a criança?		Hospital [___]		Domicílio [___]	
		Outro: _____			
A criança esteve com você desde que nasceu?		Sim [___] Não [___]		Deu-lhe de mamar?	
				Sim [___] Não [___]	
Quando lhe deu de mamar pela primeira vez?					
Deu algo à criança antes de mamar?		Sim [___] Não [___]		Que foi que lhe deu?	
Quem lhe indicou o que lhe dar?		Pessoal de saúde [___]		Familiar [___]	
		Outro: _____			
Para quê?					
No Hospital, lhe deram alguma indicação sobre a alimentação da criança?				Sim [___] Não [___]	
Qual a indicação que lhe deram?					
Deram-lhe algum alimento para a criança ao sair do Hospital?				Sim [___] Não [___]	
Que foi que lhe deram?					
Além do leite materno, você dava algo mais à criança quando saiu do Hospital?				Sim [___] Não [___]	
Se dava algo, que é que lhe dava?					
Por que lhe dava?					

Sobre o controle da criança:																	
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?																	
A quem a levou?		Serviço de saúde <input type="checkbox"/>			Curandeiro <input type="checkbox"/>			Outro: _____									
A criança tem cartão de vacinas?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Vacinas em dia?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Tem cartão de controle de crescimento?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Controles em dia?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:																	
Trabalho		Pai		Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			Fora de casa?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Horas	
		Mãe		Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			Fora de casa?		Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		Horas	
Você tem tempo suficiente para cuidar da criança?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Por quê?																	
		Quem fica em casa?				Quem cuida da criança?				Quem a alimenta?							
De manhã																	
Ao meio dia																	
À tarde																	
À noite																	
Sobre a consulta da criança quando foi classificada com “Anemia”:																	
Quando levaram a criança à consulta?																	
Quem levou a criança ao serviço de saúde?																	
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?																	
No serviço de saúde, que foi que lhe disseram que a criança tinha?																	
No serviço de saúde, deram-lhe algum medicamento para a criança? (peça à mãe que lhe mostre o/os, medicamentos que lhe deram)											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Sobre o tratamento para a anemia da criança (refira-se a ferro):																	
Para que o pessoal de saúde lhe deu este medicamento?																	
Como o pessoal de saúde lhe disse para administrar este medicamento à criança?																	
Sobre a administração do tratamento para a anemia da criança																	
Deram este tratamento à criança			Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			Quando o deram por primeira vez? [_____]								
Como foi que o deram?								Quem o deu? [_____]									
Quantas vezes deram o medicamento à criança e como? (pergunte para cada dia de tratamento)																	
Dias de tratamento		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Deram-lhe?																	
Quem lhe deu?																	
Que quantidade lhe deram?																	
A criança melhorou com o tratamento?				Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			Por quê?							
Lembra-se de algum dia quando não pôde dar o medicamento à criança?											Sim <input type="checkbox"/>			Não <input type="checkbox"/>			
Por que não pôde dar o medicamento à criança?																	
Quantas vezes isto ocorreu? [_____]						Qual foi a última vez que deram o medicamento à criança? [_____]											
Quem o deu? [_____]				Quanto lhe deram?				Adequado <input type="checkbox"/>						Inadequado <input type="checkbox"/>			
Observações:																	

Instruções para o preenchimento do Quadro 1 de Consolidação das Informações:

1. Completar, na parte superior do Quadro 1, os dados de identificação do lugar e do período em que se realizou o estudo.
2. Colocar quaisquer outros dados de identificação do grupo estudado, tais como idade, sexo, raça, ou qualquer outra variável que seja considerada importante para subdividir a amostra estudada, de modo a confeccionar um Quadro 1 para cada um desses grupos. Se o procedimento não for este, deve-se incluir no Quadro 1 os dados de identificação necessários para saber a que grupo cada criança pertence.
3. Selecionar as Fichas das crianças do estudo, e selecionar o Quadro 1 que corresponder, segundo o grupo ao qual a criança da primeira Ficha pertencer.
4. Anotar na primeira linha da primeira coluna do Quadro 1 a identificação da criança selecionada.
5. Anotar na segunda coluna o volume da dose administrada à criança.
6. Anotar na terceira coluna o número de doses administradas à criança.
7. Calcular o volume total do medicamento que a criança recebeu multiplicando o volume da dose pelo número de doses administradas (o número anotado na coluna dois pelo número anotado na coluna 3). Anotar o resultado dessa multiplicação na coluna 4.
8. Anotar na quinta coluna o volume de doses que se deveria administrar à criança.
9. Anotar na sexta coluna o número de doses que se deveria administrar à criança.
10. Calcular o volume total do medicamento que a criança deveria receber multiplicando o volume da dose pelo número de doses recomendadas (o número anotado na quinta coluna pelo número anotado na sexta coluna). Anotar o resultado dessa multiplicação na sétima coluna.
11. Calcular a porcentagem do medicamento que a criança recebeu dividindo o volume anotado na quarta coluna pelo volume que deveria ter recebido, anotado na sétima coluna. Anotar o resultado dessa operação na oitava coluna.
12. Continuar com a próxima criança e repetir o procedimento anterior.
13. Anular, sempre, qualquer resultado duvidoso devido a problemas de registro, dupla classificação ou qualquer outra causa.

ANEXO 13.C
ESTUDO DO CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO DA ANEMIA
COM FERRO EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS

QUADRO 2 DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Lugar: _____ Período: _____

GRUPO	CRIANÇAS QUE CUMPRIRAM O TRATAMENTO	CRIANÇAS QUE NÃO CUMPRIRAM O TRATAMENTO		TOTAL
		HIPO-CUMPRIMENTO	HIPER-CUMPRIMENTO	

Observações:

Instruções para completar o Quadro 2 de Consolidação das Informações:

Pode-se utilizar o Quadro 2 de Consolidação das Informações para sistematizar as informações que foram registradas no Quadro 1 e para calcular os resultados relacionados com a proporção de crianças que receberam o tratamento indicado (cumprimento do tratamento) e a porcentagem que não o recebeu (não cumprimento).

Para preencher o Quadro 2, proceder da seguinte maneira:

1. Completar a parte superior do Quadro com os dados de identificação do serviço e o período em que se realizou o estudo.
2. Colocar em cada linha da primeira coluna do Quadro 2 o nome dos diferentes grupos em que as crianças foram divididas, por exemplo, de acordo com sua idade (crianças de dois a 11 meses, e de um a quatro anos), ou segundo seu sexo (meninos e meninas), etc.
3. Selecionar o Quadro 1 que corresponder a um dos grupos registrados na linha. Se não se confeccionou um Quadro 1 para cada grupo de crianças, e se todas as crianças foram colocadas em um único Quadro, observar a qual grupo a criança registrada na primeira linha do Quadro 1 pertence, e identificar em que linha do Quadro 2 deverá ser incluída, de acordo com o grupo a que pertença (neste último caso, no Quadro 1 deveriam ser incluídos todos os dados sobre as variáveis utilizadas para subdividir as crianças, tais como idade, sexo, etc.).
4. Observar o número anotado na última coluna do Quadro 1, correspondente à porcentagem do volume do medicamento indicado que foi administrado.
5. Se o número anotado estiver entre 90% e 110% (ou entre 0,9 e 1,1, o fator de multiplicação 100 não foi aplicado), colocar uma marca (|) na segunda coluna do Quadro 2, na linha correspondente à criança.
6. Se o número anotado for menor que 90% (ou menor que 0,9), colocar uma marca (|) na terceira coluna do Quadro 2, na linha correspondente à criança.
7. Se o número anotado for maior que 110% (ou maior que 1,1), colocar uma marca (|) na quarta coluna do Quadro 2, na linha correspondente à criança.
8. Proceder da mesma maneira com a próxima criança, até completar todas as crianças incluídas no grupo correspondente a cada uma das linhas do Quadro 2.
9. Uma vez completado o registro dos resultados, somar todas as marcas colocadas em cada um dos quadrados e anotar o resultado da soma no mesmo quadrado.

10. Calcular as porcentagens de cumprimento e de não-cumprimento dividindo os números obtidos para cada linha (cada grupo) pelo total de crianças incluídas nessa linha (soma das crianças que cumpriram o tratamento e das que não cumpriram o tratamento, tanto por hipocumprimento como por hipercumprimento). Calcula-se a porcentagem de não-cumprimento somando-se a porcentagem de hipocumprimento e a de hipercumprimento
11. Uma vez que tenham sido calculadas todas as porcentagens, realizar as provas estatísticas correspondentes para cada um dos grupos em que as crianças foram divididas.

PROTOCOLO 14

COMPREENSÃO E CUMPRIMENTO DO TRATAMENTO INDICADO PELO PESSOAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Dentre os fatores que determinam o resultado final da atenção de saúde, o cumprimento das instruções e do tratamento recomendados pelo pessoal de saúde é considerado um dos fatores de maior relevância. Uma proporção variável das complicações ou de consultas reiteradas devidas a um mesmo episódio de doença poderia ser provavelmente evitada se as recomendações do pessoal de saúde fossem seguidas à risca quanto à dose, frequência e duração total do tratamento com medicamentos específicos, e se fossem obedecidas todas as recomendações complementares para a rápida recuperação do quadro da doença.

A falta de cumprimento do tratamento pode ser atribuída a numerosos fatores. Dentre eles estão os fatores relacionados à forma como o pessoal de saúde proporcionou a informação sobre o tratamento e os cuidados gerais a serem dados às crianças, e os fatores relacionados às crenças e costumes das famílias.

Ambos os fatores deveriam ser objeto de atenção especial durante a consulta, tendo em mente que o cuidado com a comunicação e com o intercâmbio de informações com a família da criança podem melhorar muito a compreensão e a importância dada a cada recomendação de tratamento. É importante que o profissional do serviço de saúde consiga, no contato com a família, identificar os costumes e práticas inadequados ou potencialmente nocivos no manejo da doença para que os mesmos possam ser desencorajados. Para que os costumes e práticas inadequados sejam desencorajados é preciso que haja uma boa comunicação entre a pessoa que atende a criança e a família da mesma, o que significa que as razões pelas quais o comportamento da família deve ser modificado devem ser claramente explicadas.

No caso do atendimento infantil, a pessoa que recebe as recomendações e que deve compreendê-las e colocá-las em prática não é a pessoa que está doente. Nesses casos, a pessoa responsável pelo atendimento da criança deve estar em condições de interpretar, segundo os sinais apresentados pela criança, se o fato de as recomendações de tratamento dadas pelo pessoal de saúde não terem sido obedecidas ocasionou alguma moléstia adicional ou se a evolução do quadro clínico não melhorou.

Muitas vezes, a pessoa que leva a criança e que recebe as instruções do pessoal de saúde não é a pessoa responsável por sua aplicação. Muitas crianças ficam aos cuidados de outro integrante da família, outras permanecem parte do dia em um centro de cuidado infantil ou recebem uma atenção compartilhada com outro conjunto de atividades domésticas ou de trabalho. Desta forma, as recomendações para o tratamento são transmitidas para outra pessoa que, ao passar estas recomendações para quem irá aplicá-las, modifica o que foi dito pelo pessoal de saúde. Essas modificações são fruto não só da capacidade de compreensão da pessoa que compareceu à consulta, mas também de suas crenças e costumes. Segundo suas crenças e costumes, ela irá julgar as recomendações que recebeu na consulta e transmitir aquilo que julgou apropriado para o tratamento da criança.

Tendo em vista a importância desses fatores no resultado final da atenção às doenças da criança, a estratégia AIDPI inclui um componente educativo importante destinado a fortalecer a capacidade dos pais para dar cumprimento ao tratamento e melhorar as práticas do cuidado da criança no lar. Com base na aplicação da estratégia AIDPI espera-se melhorar a compreensão e a observância das recomendações de tratamento e de atenção da criança no lar.

OBJETIVOS

Avaliar as mudanças efetuadas na compreensão sobre as recomendações para o tratamento e seu cumprimento por parte dos responsáveis pelo cuidado da criança a partir da aplicação sistemática da estratégia AIDPI na atenção infantil.

Entre os objetivos específicos, podem ser mencionados, como exemplo, os seguintes:

- Avaliar a percepção e a capacidade da pessoa que levou a criança à consulta para explicar de que doença a criança está sofrendo e as principais recomendações para seu cuidado no lar, em relação à informação que recebeu do pessoal de saúde.
- Avaliar a percepção e a capacidade da pessoa que levou a criança à consulta de explicar os medicamentos e sua forma de administração em relação à informação que recebeu do pessoal de saúde.
- Avaliar a percepção e a capacidade da pessoa que levou a criança à consulta para explicar os sinais e sintomas apresentados pela criança que devem motivar uma consulta imediata ao serviço de saúde, e o momento em que se deve comparecer para fazer o controle da evolução da doença em relação à informação que recebeu do pessoal de saúde.
- Avaliar o cumprimento das recomendações de tratamento com medicamentos (quantidade, número de vezes por dia, número total de dias), no lar, em relação à informação que o pessoal de saúde proporcionou durante a consulta.
- Avaliar as práticas de cuidado da criança no lar.

METODOLOGIA

Deve-se selecionar para o estudo uma população que tenha acesso e que utilize os serviços de saúde que aplicam a estratégia AIDPI, de modo que se possa medir as mudanças que ocorrem na compreensão e no cumprimento das recomendações de tratamento e de cuidado das crianças no lar.

Antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI avaliar-se-ão:

- A informação que o pessoal de saúde proporciona às pessoas que comparecem com uma criança com menos de cinco anos em busca de atenção.
- A capacidade dessas pessoas de explicar as instruções recebidas, bem como o diagnóstico ou a classificação do quadro da doença.

- A observância das recomendações de tratamento no lar por parte da pessoa responsável pelo cuidado da criança.

A avaliação inicial pode ser realizada antes da capacitação do pessoal de saúde na aplicação da estratégia AIDPI em todos os serviços que participem do estudo. A avaliação posterior deverá ser realizada depois que os serviços estiverem aplicando a estratégia AIDPI.

Para garantir que os serviços estejam aplicando a estratégia, as seguintes condições devem ser atendidas:

- O pessoal responsável pelo atendimento nas consultas ambulatoriais de crianças com menos de cinco anos deve ter assistido a um curso clínico AIDPI que garanta o desenvolvimento dos aspectos teóricos da estratégia e sua aplicação prática.
- O serviço de saúde onde esse pessoal desempenhe suas funções deve dispor dos materiais necessários para a aplicação da estratégia, tanto para o diagnóstico (balança, elementos de registro, etc.) como para o tratamento (medicamentos e outros insumos).
- O pessoal capacitado na aplicação da estratégia AIDPI deve ter recebido uma visita de acompanhamento posterior à capacitação, na qual foi avaliada a aplicação da estratégia. Nessa avaliação da aplicação da estratégia – que é feita junto com o pessoal -, as dificuldades encontradas são analisadas e as soluções para as mesmas são explicadas.
- Da visita de acompanhamento posterior à capacitação, ou da supervisão periódica posterior, será possível inferir se o pessoal de saúde está aplicando corretamente a estratégia e se o serviço de saúde dispõe dos elementos necessários para o tratamento.

As condições acima citadas são consideradas essenciais para avaliar o impacto que a estratégia AIDPI tem sobre a compreensão e o cumprimento das recomendações de tratamento e cuidado da criança no lar.

Para avaliar o grau de compreensão e de cumprimento das recomendações de tratamento e cuidado da criança no lar utilizar-se-ão diferentes métodos, incluindo:

- Observação direta da consulta para verificar as informações que o pessoal de saúde proporciona ao responsável pelo cuidado da criança com respeito a sua doença, o tratamento que lhe deve administrar e o motivo do mesmo, a forma como o tratamento deve ser administrado, as medidas gerais de cuidado da criança no lar, a ocasião para a consulta de reavaliação e acompanhamento e os sinais de alarme para comparecer imediatamente ao serviço de saúde em busca de ajuda.
- Entrevista com os responsáveis pelo cuidado da criança no lar, ao saírem do serviço de saúde, fazendo-lhes perguntas sobre:
 - As informações que receberam do pessoal de saúde sobre a doença da criança, o tratamento que devem administrar-lhe, como fazê-lo, as providências gerais quanto aos cuidados a serem proporcionados à criança no lar, quando devem regressar para

- o controle e quando devem regressar sem perda de tempo.
 - Sua opinião sobre as informações que lhes foram dadas pelo pessoal de saúde.
 - A forma como tratará a criança e como a atenderá no lar.
- Visitas domiciliares para saber dos responsáveis pelo cuidado da criança como esta foi tratada no lar.
 - Exame dos prontuários para verificar o cumprimento da consulta de reavaliação e acompanhamento.

A avaliação do desempenho do pessoal de saúde na comunicação com a mãe, ou com a pessoa responsável pelo cuidado da criança, é considerada essencial para garantir que estas recebam as informações necessárias sobre o tratamento e a atenção da criança no lar. Se como resultado dessa avaliação se concluir que as informações prestadas pelo pessoal são insuficientes ou que a maneira como foram dadas é evidentemente inadequada, considerar-se-á ser desnecessário proceder com o resto das avaliações já que estas não dependerão da atenção do pessoal de saúde e sim de outros fatores diferentes (outras fontes de informação sobre tratamento de doenças da criança e cuidado da criança no lar).

A avaliação da compreensão da mãe com respeito às instruções do pessoal de saúde será realizada no momento em que a mãe sair da consulta e alguns dias depois da consulta, mediante técnicas de entrevista.

Finalmente, a avaliação do cumprimento das recomendações será realizada mediante a entrevista no lar e mediante a verificação do retorno à consulta de reavaliação e acompanhamento do episódio da doença que ocasionou a primeira consulta, bem como nas consultas de vacinação e controle de crescimento, se for o caso.

Inclui-se nos Anexos três modelos de Fichas: Ficha para a Observação da Consulta (Anexo 14.A); Ficha para a Entrevista com a Mãe ao Sair da Consulta (Anexo 14.B); e Ficha para a Entrevista com a Mãe em uma Visita Domiciliar posterior para verificar o cumprimento do tratamento (Anexo 14.C).

Igualmente, no protocolo destinado à avaliação do retorno das crianças às consultas de controle estão incluídos os instrumentos e as instruções para avaliar os registros. A este respeito é importante lembrar que o retorno à consulta de reavaliação e acompanhamento é considerado um indicador adequado de uma boa compreensão das instruções para o tratamento. Pode-se utilizar estes mesmos instrumentos para avaliar o retorno às consultas para vacinação, o retorno para o controle do crescimento e retorno para o controle do estado nutricional da criança.

As informações obtidas mediante a aplicação das técnicas acima citadas devem ser consolidadas e analisadas para se obter indicadores que permitam avaliar o grau de cumprimento das instruções para o tratamento antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI. Para tanto, sugere-se construir todos os indicadores que forem considerados adequados, levando em consideração que as fichas contêm uma grande quantidade de informação. Sua consolidação e análise podem ser realizadas mediante a gravação de todos ou de parte dos dados das fichas. Caso essa tarefa apresente dificuldades, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações, incluído no Anexo 14.D, devendo-se utilizar tantos quadros quantos sejam necessários.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se considerar a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para realizar o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI. Contudo, conforme seja a divisão em subgrupos que forem considerados necessários, não se deve esquecer que nenhum dos subgrupos deve ter menos de 50.

Os grupos em que se pode subdividir a população estudada são numerosos e dependerão das variáveis que se queira estudar separadamente. Por exemplo, mães de crianças com menos de um ano, único filho sob o cuidado da mãe, anos de instrução da mãe, número de doenças que a criança apresentava por ocasião da consulta, necessidade ou não de consulta de reavaliação e acompanhamento, número e tipo de medicamentos entregues para o tratamento. As variáveis também podem estar relacionadas com as características da consulta, tais como, tempo de duração da mesma, ou outras.

Todos os indicadores a serem utilizados deverão ser previamente definidos. No Quadro de Consolidação das Informações e também na tabela 14.1 estão incluídos alguns indicadores. Estes podem ser ampliados segundo a necessidade ou se houver interesse no estudo de variáveis adicionais.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores selecionados a fim de saber se a implementação da estratégia ocasionou mudanças nos componentes estudados. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Tabela 14.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de consultas nas quais o pessoal de saúde teve boa comunicação com a mãe	Número de consultas em que o observador qualificou a comunicação entre a mãe e o pessoal de saúde como boa	Número total de consultas observadas nas quais se registrou esse indicador
Proporção de consultas em que o pessoal de saúde fez perguntas abertas de verificação	Número de consultas em que o pessoal de saúde fez perguntas abertas de verificação	Número total de consultas observadas
Proporção de consultas em que o pessoal de saúde deu instruções sobre aleitamento materno	Número de consultas em que o pessoal de saúde deu instruções sobre aleitamento materno	Número total de consultas observadas em que cabia ao pessoal de saúde dar instruções sobre aleitamento materno (segundo a idade da criança)
Proporção de mães que ao sair da consulta explicam corretamente a quantidade de medicamento que têm de dar à criança	Número de mães que ao sair da consulta explicam corretamente quanto medicamento têm de dar à criança	Número total de mães entrevistadas ao sair da consulta onde o pessoal de saúde lhes havia indicado um medicamento para a criança
Proporção de mães que ao sair da consulta explicam corretamente quando devem regressar para o controle do atual episódio de doença da criança	Número de mães que ao sair da consulta explicam corretamente quando devem regressar para o controle do atual episódio de doença da criança	Número total de mães entrevistadas ao sair da consulta cujas crianças tenham sido classificadas com uma doença que requer uma consulta posterior de reavaliação e acompanhamento
Proporção de mães que deram a quantidade correta de medicamento à criança na ocasião da entrevista domiciliar posterior	Número de mães que deram a quantidade correta de medicamento à criança na ocasião da entrevista domiciliar posterior	Número total de mães entrevistadas no domicílio cujas crianças tinham de receber medicamento
Proporção de mães que estão alimentando corretamente sua criança	Número de mães que estão dando a alimentação correta de acordo com o que foi recomendado pelo pessoal de saúde no momento da entrevista domiciliar posterior	Número total de mães entrevistadas que receberam conselhos sobre a alimentação correta da criança
Proporção de mães que regressaram na data indicada para a consulta de reavaliação e acompanhamento do atual episódio de doença da criança	Número de mães que regressaram na data indicada para a consulta de reavaliação e acompanhamento do atual episódio de doença da criança	Número total de mães que deveriam regressar para o controle da doença da criança

ANEXO 14.A
COMPREENSÃO E CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES
SOBRE O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS

FICHA PARA A OBSERVAÇÃO DA CONSULTA

Serviço de Saúde: _____ Data da consulta: _____

Sobre o início da consulta		Hora de início: [_____]	
O pessoal de saúde chamou a mãe para entrar no consultório?			Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Pelo pessoal que observa a consulta?		Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Outro [_____]
Foi chamada por seu nome/sobrenome?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Por número:?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
A maneira como a mãe foi chamada foi gentil?		Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]
O pessoal cumprimentou a mãe ao entrar no consultório?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Convidou-a a sentar-se?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Fez perguntas gerais para iniciar a conversa?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Perguntou à mãe por que trouxe a criança?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
O pessoal mencionou a criança por seu nome?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
O pessoal mencionou qual a avaliação que realizaria?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Sobre a avaliação da criança			
Perguntas à mãe sobre a saúde da criança			
Faz as perguntas de avaliação?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Só faz perguntas encobertas?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Complementa a informação com perguntas abertas?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Observação e avaliação de sinais de doença na criança			
Explica à mãe que examinará a criança?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Explica à mãe o que está fazendo?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Aproveita para mostrar à mãe sinais a observar?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Controle do estado de vacinação e de nutrição da criança			
Controla o estado de vacinação da criança?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Explica à mãe a importância e a razão do controle?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Aproveita para recomendar próximas vacinas?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Controla o estado nutricional da criança?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Explica à mãe a importância e a razão do controle?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Aproveita para recomendar o próximo controle?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	[_____]	
Sobre a classificação da doença da criança			
Explica à mãe o que a criança tem?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
Faz perguntas à mãe para verificar se entendeu?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Amável	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]

Complementa a verificação com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Consegue ter uma boa comunicação com a mãe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Sobre as indicações de tratamento da criança			
<i>Indicações para o tratamento com algum medicamento</i>			
Explica à mãe que medicamentos dar à criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica como prepará-lo? Não se aplica [_____]	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica à mãe a quantidade de medicamento que deve dar à criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica como/quando dar o medicamento à criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica quantas vezes por dia dar o medicamento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica durante Quantos dias dar o medicamento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Faz perguntas à mãe para verificar se entendeu?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Complementa a verificação com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
A mãe consegue expressar-se à vontade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
<i>Indicações sobre Aleitamento Materno</i>		No se aplica [_____]	
Pergunta à mãe se dá o peito à criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta quantas vezes por dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta se também lhe dá o peito durante a noite?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Complementa a verificação com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dá instruções para melhorar a amamentação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
<i>Indicações sobre a alimentação e os líquidos que estão sendo dados à criança</i>			
Pergunta se a criança recebe outros alimentos ou líquidos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta que alimentos ou líquidos a criança recebe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta quantas vezes por dia os recebe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta que alimentos ela dá normalmente à criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta sobre o tamanho das porções?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Complementa a verificação com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dá instruções à mãe sobre a alimentação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Dá instruções à mãe sobre os líquidos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
<i>Sobre a vigilância aos sinais de alarme na criança e as visitas de controle posterior</i>			
Explica à mãe quando deve regressar para o controle?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica por que deve regressar nessa data?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Verifica se a mãe entendeu com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Explica à mãe quando deve regressar imediatamente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Explica claramente os sinais de alarme?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Utiliza uma linguagem adequada para explicá-los?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Verifica se a mãe entendeu com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Explica à mãe quando deve regressar por outras causas? (vacinação, controle do crescimento)?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Verifica se a mãe entendeu com perguntas abertas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Amável	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunta à mãe sobre possíveis dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Ajuda a mãe a resolver as dificuldades?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
A mãe pode expressar-se à vontade?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Consegue ter boa comunicação com a mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	[_____]	
Observações	Hora de finalização: [_____]		

ANEXO 14.B
COMPREENSÃO E CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES
SOBRE O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS

FICHA PARA A ENTREVISTA COM A MÃE AO SAIR DA CONSULTA

Serviço de Saúde: _____ Data da consulta: _____

Sobre a consulta em geral			
Por que veio ao serviço de saúde?			
Vem sempre a este serviço de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	A outro: [_____]	
Está satisfeita com a atenção recebida?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê?			
O pessoal de saúde pediu-lhe o Cartão de Vacinação da Criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tem o Cartão de Vacinação da Criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
[Peça à mãe que lhe mostre o Cartão. As vacinas estão em dia?]			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
O pessoal de saúde pediu-lhe o Cartão de Controle de Crescimento da Criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tem o Cartão de Controle de Crescimento da Criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
[Peça à mãe que lhe mostre o Cartão. A criança recebe os controles adequados?]			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
[Estado nutricional]	Peso [_____]	Altura [_____]	Idade [_____]
Sobre o resultado da atenção da criança			
O pessoal de saúde lhe disse o que a criança tinha?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que lhe disse que tinha?			
Está satisfeita com o que disseram?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Ficou com alguma dúvida?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Com que dúvidas você ficou?			
Por que não questionou o pessoal de saúde sobre suas dúvidas?			
Sobre o tratamento indicado para a criança			
<i>Sobre o tratamento em geral</i>			
Que tratamento o pessoal de saúde lhe disse que tinha de dar à criança?			
Está satisfeita com o tratamento que lhe deram?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê?			
Sobre os medicamentos:			

Indicaram algum medicamento para a criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que medicamento(s) indicaram?		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Disseram-lhe para que cada um desses medicamentos servia?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Disseram-lhe que serviam para quê?		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Explicaram-lhe como administrar os medicamentos à criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Qual a quantidade de medicamento que tem de dar-lhe?		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Quantas vezes por dia você tem que dar cada medicamento?		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Como é que cada medicamento tem de ser dado? (horário, antes ou depois das refeições, etc.)		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Durante quantos dias tem de dar-lhe cada medicamento?		
1. [_____]	2. [_____]	
3. [_____]	4. [_____]	
Acredita que terá algum problema para dar os medicamentos à criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que problemas você acredita que poderá ter?		
Explicou esses problemas ao pessoal de saúde?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, por que não os explicou?		
Se sim, o pessoal de saúde ajudou-a a pensar em como solucionar os problemas?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sobre o aleitamento materno (só se a criança tiver menos de 2 anos)		
O pessoal de saúde lhe perguntou se estava amamentando a criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Deu-lhe algum conselho sobre como amamentar a criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, que lhe disse o pessoal de saúde sobre como amamentar a criança?		
Acredita que terá algum problema para fazer o que o pessoal de saúde lhe disse?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que problema crê que possa ter?		
Explicou esses problemas ao pessoal de saúde?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, por que não os explicou?		
Se sim, o pessoal de saúde ajudou-a a pensar em como solucionar os problemas?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<i>Sobre a alimentação e os líquidos que estão sendo dados à criança</i>	
O pessoal de saúde fez-lhe perguntas sobre a alimentação da criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Deu-lhe algum conselho sobre a alimentação da criança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, que lhe disse o pessoal de saúde sobre a alimentação da criança? E sobre os líquidos?	
Crê que terá algum problema para fazer o que o pessoal de saúde lhe disse?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que problema acredita que possa ter?	
Explicou estes problemas ao pessoal de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, por que não os explicou?	
Se sim, o pessoal de saúde ajudou-a a pensar em como solucionar os problemas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<i>Sobre os sinais de alarme para levar a criança imediatamente ao serviço de saúde</i>	
O pessoal de saúde explicou-lhe quando deve regressar imediatamente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, quando virá imediatamente em busca de ajuda?	
Crê que terá algum problema para fazer o que o pessoal de saúde lhe disse?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que problema crê poder ter?	
Explicou esses problemas ao pessoal de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, por que não os explicou?	
Se sim, o pessoal de saúde ajudou-a a pensar em como solucionar os problemas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<i>Sobre a consulta de reavaliação e acompanhamento da atual doença da criança</i>	
O pessoal de saúde lhe explicou quando deve regressar para controlar se a criança melhora?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, quando regressará para controlar se a criança está melhorando?	
Crê que terá algum problema para fazer o que o pessoal de saúde lhe disse?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que problema você acredita que poderá ter?	
Explicou esses problemas ao pessoal de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não, por que não os explicou?	
O pessoal de saúde ajudou a pensar em como solucionar os problemas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<i>Sobre a próxima consulta da criança para vacinação ou para controle de crescimento</i>	
O pessoal de saúde lhe explicou quando deve regressar para vacinar a criança?	Sim [] Não []
Caso tenha explicado, quando regressará para vacinar a criança? Para aplicar-lhe que vacina(s)?	
O pessoal de saúde lhe explicou quando deve regressar para controlar o crescimento?	Sim [] Não []
Se explicou, quando regressará para controlar o crescimento da criança?	
Crê que terá algum problema para fazer o que o pessoal de saúde lhe disse?	Sim [] Não []
Que problema acredita poder ter?	
Explicou esses problemas ao pessoal de saúde?	Sim [] Não []
Se não, por que não os explicou?	
O pessoal de saúde a ajudou a pensar em como solucionar os problemas?	Sim [] Não []
Observações:	

ANEXO 14.C
COMPREENSÃO E CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES
SOBRE O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS

FICHA PARA A ENTREVISTA COM A MÃE NO DOMICÍLIO

Sobrenome e nome da criança: _____

Sobrenome e nome da mãe: _____

Domicílio: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Data da consulta inicial: ___/___/___

Dados de identificação da criança						
Idade: [_____]	Sexo: [____]	Data de Nascimento: ___/___/___				
Estado civil da mãe	União estável	Sim [] Não []	Convivem:	Sim [] Não []		
	Vive só [____]	Sim [] Não []	União instável	Sim [] Não []		
Composição da família (os que vivem no mesmo domicílio)						
Pai	Sim [] Não []	Avó	Sim [] Não []	Irmãos	Sim [] Não []	
Mãe	Sim [] Não []	Avô	Sim [] Não []	- Mais velhos	N [_____]	
Quem cuida da criança: [_____]				- Mais jovens	N [_____]	
Educação da mãe:	Sem escolarização []	Primária []	Anos []	Secundária []	Anos []	Superior []
Educação do pai:	Sem escolarização []	Primária []	Anos []	Secundária []	Anos []	Superior []
Educação de quem cuida da criança	Sem escolarização []	Primária []	Anos []			
Características da habitação						
Urbana [____]	Rural [____]	Número de cômodos [____]		Água no interior: Sim [] Não []		
Banheiro: Sim [] Não []		Vaso: Sim [] Não []		Sala para refeições: Sim [] Não []		
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [____]			
Sobre o controle da gravidez com respeito ao nascimento da criança						
Controle de sua gravidez	Sim [] Não []	Centro de Saúde [____]		Hospital [____]		
Outro: _____						
Tem o Cartão Pré-natal	Sim [] Não []	Contr. Precoce: Sim [] Não []		Periódico: Sim [] Não []		
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer						
Onde nasceu a criança?	Hospital [____]	Domicílio [____]		Outro: _____		
A criança esteve com você desde que nasceu?	Sim [] Não []	Amamentou-a?		Sim [] Não []		
Quando lhe deu de mamar por primeira vez?						
Deu-lhe algo antes de amamentá-la?	Sim [] Não []	O que foi que lhe deu?				
Quem lhe recomendou que lhe desse?	Pessoal de saúde [____]	Familiar [____]	Outro: _____			
Para quê?						
No hospital, deram-lhe indicações sobre a alimentação da criança?						Sim [] Não []

Que indicação você recebeu?					
Deram algum alimento para a criança, ao sair do hospital?					Sim [] Não []
Que foi que lhe deram?					
Além do leite materno, dava algo mais à criança quando saiu do hospital?					Sim [] Não []
Se você dava algo, o que lhe dava?					
Por que lhe dava?					
Sobre o controle da criança					
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?					
A quem a levou?	Serviço de saúde []	Curandeiro []	Outro:		
A criança tem Cartão de vacinas?	Sim [] Não []	Vacinas em dia?	Sim [] Não []		
Tem Cartão de controle de crescimento?	Sim [] Não []	Controles em dia?	Sim [] Não []		
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança					
Trabalho	Pai	Sim [] Não []	Fora de casa?	Sim [] Não []	Horas
	Mãe	Sim [] Não []	Fora de casa?	Sim [] Não []	Horas
Você tem tempo suficiente para cuidar da criança?					Sim [] Não []
Por quê?					
	Quem fica em casa?	Quem cuida da criança?	Quem lhe dá de comer?		
De manhã					
Ao meio dia					
À tarde					
À noite					
Sobre a consulta da criança					
Quando levaram a criança à consulta?					
Quem levou a criança ao serviço de saúde?					
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?					
No serviço de saúde, que lhe disseram que a criança tinha?					
No serviço de saúde, deram-lhe algum medicamento para a criança? (peça à mãe que lhe mostre o/os medicamentos que lhe deram)					Sim [] Não []
Sobre o tratamento da criança:					
Para que o pessoal de saúde lhe deu esse(s) medicamento(s)?					
Disseram-lhe para que cada um desses medicamentos servia?					Sim [] Não []

Para que lhe disseram que serviam?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Explicaram-lhe como dar os medicamentos à criança?			Sim [] Não []
Que quantidade de medicamento tem que dar à criança?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Quantas vezes por dia tem que dar cada medicamento?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Durante quantos dias tem de dar cada medicamento?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Dose: Adequada [] Inadequada []		Quantidade por dose: Adequada [] Inadequada []	
Sobre a administração do tratamento à criança			
Administraram os medicamentos à criança?			Sim [] Não [] Alguns [_____]
Se só lhe deram alguns medicamentos, que medicamentos deu à criança?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Quando lhe deu os medicamentos pela primeira vez?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Que quantidade de cada medicamento deu à criança?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Quantas vezes por dia lhe deu cada um dos medicamentos?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
Durante quantos dias lhe deu os medicamentos?			
1. [_____]	2. [_____]		
3. [_____]	4. [_____]		
A criança melhorou com o tratamento?	Sim [] Não []	Por quê?	
Recorda-se de algum dia em que não pôde dar o(s) medicamento(s) à criança?			Sim [] Não []
Quais foram as razões por que não pôde dar o medicamento à criança?			
Quantas vezes isso ocorreu? [_____]		Quando foi a última vez que deram o medicamento à criança? [_____]	
Quem lhe deu? [_____]	Que quantidade lhe deram?	Adequado [] Inadequado []	
Sobre o aleitamento materno (só se a criança tiver menos de 2 anos)			
Está dando de mamar à criança?			Sim [] Não []
Quantas vezes por dia? Adequada [] Inadequada []		Amamenta-a à noite?	Sim [] Não []
Sobre a alimentação da criança			
Como está alimentando a criança?			

Quantas vezes por dia [_____]	Adequada [<input type="checkbox"/>] Inadequada [<input type="checkbox"/>]
<i>Sobre a administração de líquidos à criança</i>	
Está dando líquidos à criança?	
Adequada [<input type="checkbox"/>] Inadequada [<input type="checkbox"/>]	
<i>Sobre a vigilância aos sinais de alarme na criança:</i>	
Quando deveria levar a criança imediatamente ao serviço de saúde?	
Adequada [<input type="checkbox"/>] Inadequada [<input type="checkbox"/>]	
Está observando esses sinais de alarme?	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]
<i>Sobre a consulta de reavaliação e acompanhamento da atual doença da criança</i>	
Quando tem de levar a criança ao serviço de saúde para ver se está melhorando de sua doença?	
Quando vai levá-la?	
Adequada [<input type="checkbox"/>] Inadequada [<input type="checkbox"/>]	
<i>Sobre a próxima consulta para vacinação ou controle do crescimento da criança:</i>	
Quando tem de levar a criança ao serviço de saúde para vaciná-la?	
Quando tem de levar a criança ao serviço de saúde para controlar seu crescimento?	
Adequada [<input type="checkbox"/>] Inadequada [<input type="checkbox"/>]	
Observações:	

ANEXO 14.D
COMPREENSÃO E CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES
SOBRE O TRATAMENTO DAS CRIANÇAS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____

Grupo de estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Indicadores sugeridos com respeito à observação da consulta				
<p>O pessoal de saúde conseguiu ter boa comunicação com a mãe o tempo todo</p> <p>A mãe pode se expressar à vontade o tempo todo</p> <p>O pessoal de saúde complementou a informação da mãe com perguntas abertas</p> <p>O pessoal de saúde fez perguntas de verificação depois de dar as instruções sobre o tratamento com um medicamento</p> <p>O pessoal de saúde perguntou sobre possíveis dificuldades para obedecer às instruções de tratamento com um medicamento</p> <p>O pessoal de saúde deu instruções sobre o aleitamento materno</p>				
Indicadores sugeridos sobre a entrevista com a mãe ao sair da consulta				
<p>A mãe não ficou com nenhuma dúvida sobre o que a criança tinha</p> <p>A mãe explicou corretamente para que serve cada um dos medicamentos que lhe deram</p> <p>A mãe explicou corretamente a quantidade de medicamento que tem de dar à criança de cada vez</p> <p>A mãe explicou corretamente quantas vezes por dia tem de dar cada um dos medicamentos à criança</p> <p>A mãe explicou corretamente como deve alimentar a criança durante a doença</p>				

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Indicadores sugeridos sobre a entrevista com a mãe ao sair da consulta (cont.)				
<p>A mãe explicou corretamente quando tem de regressar para o controle do episódio da atual doença</p> <p>A mãe explicou corretamente quando deve regressar para vacinar a criança (ou para o controle do crescimento)</p>				
Indicadores sugeridos sobre a entrevista com a mãe no domicílio				
<p>A criança recebeu a quantidade correta dos medicamentos indicados (ou de um deles: _____)</p> <p>A criança recebeu os medicamentos indicados (ou um deles) todas as vezes recomendadas (número de vezes por dia e número de dias) na ocasião da visita</p> <p>A criança não está sendo alimentada da maneira correta</p> <p>A mãe tem planos de regressar na data correta para o controle do episódio da doença atual</p> <p>A mãe tem planos de regressar na data correta para a vacinação (ou para o controle do crescimento)</p>				
Indicadores sugeridos com base no exame dos protocolos no serviço de saúde				
<p>A mãe regressou na data indicada para a consulta de reavaliação e acompanhamento</p> <p>A mãe regressou na data indicada para a consulta de vacinação (ou de controle do crescimento)</p>				

Observações:

PROTOCOLO 15

TENDÊNCIA DE CONSUMO E HÁBITOS ALIMENTARES DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE

INTRODUÇÃO

O estado nutricional é um dos fatores de maior influência na situação de saúde da criança, atual e futura, afetando não só seu crescimento e desenvolvimento, mas também sua capacidade de resposta a doenças. Além de figurarem entre as principais causas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos em muitos países em desenvolvimento, os problemas nutricionais são considerados como um dos principais fatores de risco que determina a maior incidência e gravidade de numerosas doenças infecciosas, especialmente as infecções respiratórias agudas e a diarreia. Dado que, por sua vez, essas doenças acentuam a deterioração do estado nutricional, esse ciclo resulta altamente prejudicial para a situação de saúde da criança.

Por sua magnitude e importância, a maioria dos países em desenvolvimento considera o controle dos problemas nutricionais da criança como um problema de alta prioridade, quando se quer alcançar uma melhora global na situação de saúde da infância. Em geral, as ações de controle têm visado detectar precocemente crianças que sofrem de algum transtorno nutricional e implementar diferentes ações para o tratamento do problema, citando-se entre estas ações a investigação das causas possíveis (parasitoses intestinais, má absorção intestinal, doenças abdominais, etc.), a reabilitação nutricional e a educação para a modificação dos hábitos alimentares.

Dado que as primeiras ações visam a resolução do problema dentro de um prazo curto, é sumamente importante modificar os hábitos alimentares, já que a modificação desses hábitos constitui a única estratégia sustentável a longo prazo. A viabilidade de basear o controle dos problemas nutricionais nesta estratégia variará com a realidade de cada país e de cada área. Por esta razão convém avaliar os atuais hábitos de alimentação e de consumo da população, a fim de identificar possíveis modificações que possam contribuir para melhorar o estado nutricional.

OBJETIVO

Determinar a tendência de consumo e os hábitos alimentares das famílias com crianças de dois meses a cinco anos.

METODOLOGIA

A população a ser estudada será constituída por mães de crianças de dois meses a cinco anos. Estas mães serão solicitadas a fornecer informações sobre a tendência de consumo e sobre os hábitos alimentares da família. Para isto, utilizar-se-á o formulário apresentado no Anexo 15.A, Alimentos Consumidos pela Criança no Lar, que deverá ser preenchido por algum morador da casa ou por um entrevistador que visite o domicílio diariamente, caso nenhum dos moradores saiba escrever.

A tendência de consumo e os hábitos alimentares tanto podem ser estudados na população em geral como podem ser estudados a partir da subdivisão da população. A população pode ser

subdividida a fim de se estabelecer comparações entre diferentes grupos da população. Por exemplo, pode-se estudar a tendência de consumo e os hábitos alimentares de famílias com crianças desnutridas de dois meses a cinco anos, e de famílias em que todas as crianças dessa faixa etária são bem nutridas ou; pode-se desdobrar a população em função do grau de desnutrição (Peso Baixo para a Idade, Peso Muito Baixo para a Idade e Desnutrição Grave) ou; em função da idade, da situação social ou econômica da família, utilizando indicadores de necessidades básicas insatisfeitas e renda familiar.

A tendência de consumo e os hábitos alimentares também podem ser estudados antes e depois da implementação da estratégia AIDPI em um serviço de saúde, o que permitirá a observação das mudanças ocorridas que poderiam ser atribuídas a sua implementação. Neste caso, deve-se ter em mente que a implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, preferivelmente por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções disponha dos materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com relação à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois dela), como em grupos por meio de palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A estratégia AIDPI inclui componentes educativos que são destinados ao esclarecimento das famílias em relação ao cuidado da criança no lar. A aplicação desses componentes pode ter considerável influência sobre os hábitos alimentares, de modo que se deve garantir que o pessoal de saúde dedique o tempo que for necessário ao esclarecimento dos pais e que utilize as metodologias e os materiais adequados para dar cumprimento às recomendações sobre a educação dos responsáveis quanto ao cuidado da criança no que tange sua alimentação.

Se o estudo for realizado em uma população coberta por mais de um serviço de saúde, deve-se averiguar se as atividades realizadas nos serviços escolhidos são semelhantes, especialmente no que se refere à educação das famílias a respeito à alimentação da criança.

O estudo inclui, por um lado, a avaliação da criança e, por outro, a avaliação da tendência de consumo e os hábitos alimentares da família.

Realizar-se-á a avaliação da criança aplicando-se os critérios de avaliação, classificação e tratamento contidos na estratégia AIDPI. Os resultados dessa avaliação serão anotados no registro em uso no serviço ou em um registro especial, de acordo com as características do atual registro (deve-se, de preferência, utilizar o registro atualmente em uso).

A avaliação da tendência de consumo e dos hábitos alimentares da família será realizada com a utilização do formulário apresentado no Anexo 15.A, *Alimentos Consumidos pela criança no Lar*, que deverá ser preenchido pela família ou por um entrevistador, caso a família não tenha condição de preenchê-lo.

Deve-se manter um registro separado que contenha a classificação nutricional que a criança recebeu na avaliação realizada pelo pessoal de saúde e qualquer outro dado de identificação da criança que tenha sido considerado relevante, com a finalidade de subdividir a população em estudo. A razão para isto é que não se deve incluir, na ficha que será dada à família para registro da alimentação, dados adicionais que não são úteis para ela .

Na ocasião em que se estiver processando as informações, os dados registrados pela família na ficha de *Alimentos Consumidos pela Criança no Lar* deverão ser agrupados com os demais dados.

A avaliação da tendência de consumo e hábitos alimentares da família será realizada dando destaque à quantidade de vezes que a criança foi alimentada durante cada dia de uma semana completa: os alimentos que lhe foram dados em cada ocasião e a quantidade dos mesmos. A avaliação é qualitativa, porém incorpora algumas variáveis quantitativas em categorias (pouco, moderado, muito) para que se possa obter uma informação mais completa a respeito da quantidade de alimento que a criança recebeu.

Considera-se conveniente obter como base um número de pelo menos 100 famílias, mas deve-se ajustar o número de crianças a serem avaliadas em conformidade com os diferentes grupos em que se queira analisar a tendência de consumo e hábitos alimentares. Por exemplo, caso se decida avaliar isto em função da idade da criança ou caso se queira fazer a avaliação em função do estado nutricional (desnutridas e eutróficas). Seja qual for o caso, deve-se ter em conta que os grupos constituídos não sejam conformados por menos de 50 integrantes. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas nas quais se realiza uma estimativa.

Com respeito à consolidação dos dados, esta se fará em função da lista de variáveis do estudo que poderão ser obtidas a partir das informações que os pais colocarem na ficha. Basicamente, algumas dessas variáveis incluem:

- O número de refeições diárias feitas pela criança.
- A prática de aleitamento materno exclusivo ou misto.
- A ingestão de carne ou soja e a frequência semanal e diária.
- A ingestão de leite e a frequência semanal e diária.

Estas informações poderão ser consolidadas para cada um dos grupos em que se tenha subdividido a população em estudo. A informação também poderá ser consolidada em função do registro da quantidade dos alimentos dados à criança .

Para a consolidação das informações das fichas inclui-se, no Anexo 15.B, um modelo de Quadro de Consolidação das Informações.

A partir das informações do Quadro do Anexo 15.B, pode-se calcular diversos indicadores relativos aos hábitos alimentares e às tendências de consumo das famílias cujas crianças são atendidas no serviço de saúde. Estes indicadores podem examinar diferentes aspectos: consumo energético, consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina, alimentos ricos em proteínas, etc. Os indicadores que podem ser calculados irão variar em função dos dados que tenham sido incluídos no Quadro de Consolidação das Informações, obtidos das fichas sobre *Alimentos Consumidos pela Criança no Lar*.

Cada indicador poderá ser avaliado para o total das crianças estudadas ou de acordo com seu estado nutricional. Ao mesmo tempo, cada um desses subgrupos poderá ser separado em conformidade com a idade da criança, seu sexo, raça, estado nutricional ou qualquer outra variável que se decida introduzir.

Na tabela 15.1 são apresentados alguns exemplos de indicadores, bem como a fórmula para seu cálculo. Os indicadores só estão incluídos para servir de exemplo, o que significa que se pode calcular outros tipos de relações a partir dos dados do Quadro de Consolidação das Informações.

Tabela 15.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças eutróficas que recebem 3 ou mais refeições diárias	Número de crianças eutróficas que recebem 3 ou mais refeições diárias (quadrado SIM da coluna Eutróficas)	Número total de crianças eutróficas (soma do quadrado SIM e do quadrado NÃO da coluna Eutróficas)
Proporção de crianças com aleitamento materno recebendo diariamente < 3 refeições por dia (exceto o leite materno)	Número de crianças com aleitamento materno que recebem 3 ou mais refeições diárias (exceto o leite materno)	Número total de crianças recebendo aleitamento materno
Proporção de crianças com peso baixo para a idade que recebem carne/soja ou outra fonte de proteínas uma vez por dia ou mais	Número de crianças com peso baixo para a idade que recebem carne/soja ou outra fonte de proteínas uma vez por dia ou mais (quadrado SIM da coluna Desnutridas: Peso Baixo para a Idade)	Número total de crianças com peso baixo para a idade (soma do quadrado SIM e do quadrado NÃO da coluna Desnutridas: Peso Baixo para a Idade)
Proporção de crianças com peso muito baixo para a idade que recebem leite duas vezes por dia ou mais	Número de crianças com peso muito baixo para a idade que recebem leite duas vezes por dia ou mais (quadrado SIM da coluna Desnutridas: Peso Muito Baixo para a Idade)	Número total de crianças com peso muito baixo para a idade (soma do quadrado SIM e do quadrado NÃO da coluna Desnutridas: Peso Muito Baixo para a Idade)
Número médio de refeições diárias feitas por crianças eutróficas de 1 a 2 anos	(Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem uma refeição diária x 1) + (Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem duas refeições diárias x 2) + (Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem três ou mais refeições diárias x 3)	Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem uma refeição diária + Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem duas refeições diárias + Nº de crianças de 1 a 2 anos que fazem três ou mais refeições diárias
Número médio de vezes por semana que as crianças de 2 a 4 anos comem carne, soja ou outra fonte de proteínas	(Nº de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas nove ou mais vezes por semana x 9) + (Nº de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas oito vezes por semana x 8) + ... + (Nº de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas uma vez por semana x 1)	Nº de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas nove ou mais vezes por semana + Nº de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas oito vezes por semana + ... + Nº. de crianças de 2 a 4 anos que comem carne, soja ou outra fonte de proteínas uma vez por semana

ANEXO 15.A
ALIMENTOS CONSUMIDOS PELA CRIANÇA NO LAR

FICHA PARA A FAMÍLIA

Identificação da família: _____

O que a criança comeu?	De manhã	No almoço	De tarde	À noite
Ontem				
Hoje				
Dia 1				
Dia 2				
Dia 3				
Dia 4				
Dia 5				
Dia 6				

Observações:

Instruções para o preenchimento da Ficha Alimentos Consumidos pela Criança no Lar:

A Ficha para Registro dos Alimentos Consumidos pela Criança no Lar consta das seguintes partes:

- Uma seção na qual devem constar os dados de identificação que permitam associar imediatamente a Ficha com a classificação da criança feita no serviço de saúde.
- A parte central da ficha, dividida nas seguintes seções:
 - Uma primeira coluna na qual serão anotados os dias da semana durante os quais os alimentos dados à criança foram registrados. Se a ficha for preenchida pela família, convém anotar os dias na ficha antes de entregá-la à família, de modo que as denominações utilizadas sejam de fácil compreensão.
 - As colunas 2 a 5, nas quais se devem anotar os alimentos dados à criança durante cada parte do dia. Se a ficha for completada pela família, também convém explicar para ela o que se entenderá por cada parte do dia. Para isto sugere-se propor a seguinte divisão:
 - Manhã, é a parte do dia compreendida entre o momento em que a criança se desperta e o almoço.
 - Almoço, é a refeição que a criança recebe ao meio-dia (utilize a denominação mais adequada para o lugar).
 - Tarde, é a parte do dia compreendida entre o final do almoço e a refeição que se faça à noite.
 - Noite, é a parte do dia compreendida entre o jantar e a hora em que a criança é posta para dormir (também neste caso, utilize as denominações mais adequadas para o lugar).
 - Se a ficha for completada por um entrevistador, deve-se utilizar as denominações anteriores para explicar à família durante a entrevista.
- A parte final da ficha, reservada para colocar qualquer informação adicional.

Na primeira coluna da Ficha serão anotados os dias da semana durante os quais serão registrados os alimentos dados à criança.

Em cada uma das seções reservadas para que a família anote os alimentos dados à criança, deve-se anotar:

- O nome dos alimentos: carne, peixe, verdura, etc. Se forem utilizadas denominações para as comidas, por exemplo, sopa, deve-se esclarecer se leva verduras, ovos, carne, etc.
- A quantidade de cada alimento dado, anotando com cruces: (x) pouca; (xx) moderada; (xxx) muita.

Se a criança não recebeu nenhuma das refeições isto deve constar na ficha colocando, por exemplo, uma linha em diagonal no quadrado correspondente à refeição que a criança não recebeu. Deste modo, evitar-se-ão confusões com respeito à presença de quadrados em branco.

Todos os alimentos que a criança ingere devem ser anotados na ficha. Inclui-se aqui não apenas o que comumente se denomina “comida”, mas também outros alimentos que a criança eventualmente possa ingerir durante alguns dos períodos do dia (manhã, tarde, noite), por exemplo frutas, pão, biscoitos, balas ou outras guloseimas, etc.

Se a ficha vai ser entregue à família, convém completar, em conjunto, a primeira linha da ficha, correspondente à comida dada à criança durante o dia anterior (**Ontem**) e durante o dia em curso até o momento da consulta (**Hoje**). Desta maneira, poder-se-á ter uma interação com a família para verificar que todos os alimentos recebidos pela criança sejam anotados e, deste modo, será possível unificar os critérios com a família, ao mesmo tempo em que se explica como se espera que os seis dias sejam completados.

Convém analisar com a família a possibilidade de realizar uma consulta de controle do preenchimento da ficha por volta do meio do período, seja mediante uma visita ao domicílio ou, se for viável, mediante uma visita ao serviço de saúde. Dessa forma, quaisquer dúvidas adicionais que possam surgir poderão ser esclarecidas.

ANEXO 15.B
TENDÊNCIA E HÁBITOS DE CONSUMO DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES - FACE

Área/Serviço de Saúde: _____ Período (Mês e Ano): _____ Grupo etário: _____

ASPECTO	TOTAL		EUTRÓFICAS		DESNUTRIDAS						
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Peso Baixo para a Idade		Peso Muito Baixo para a Idade		Desnutrição Grave		
					SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
Recebe 3 ou mais refeições p/dia											
Recebe 1 refeição p/dia											
Recebe 2 refeições p/dia											
Recebe carne, soja, ou outra fonte de proteínas 1 vez p/dia ou mais											
Recebe leite 2 vezes p/dia ou mais											
TOTAL											

Observações:

**TENDÊNCIA E HÁBITOS DE CONSUMO DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES - VERSO**

ASPECTO	TOTAL		EUTRÓFICAS		DESNUTRIDAS					
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	Peso Baixo para a Idade		Peso Muito Baixo para a Idade		Desnutrição Grave	
					SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Número de vezes que recebe carne, soja ou outra fonte de proteínas durante a semana										
9 ou mais vezes										
8 vezes										
7 vezes										
6 vezes										
5 vezes										
4 vezes										
3 vezes										
2 vezes										
1 vez										
TOTAL										

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior da face do Quadro de Consolidação das Informações com os dados de identificação da área ou do serviço de saúde onde foi feito o trabalho e o período que corresponde a informação que será processada. Incluir qualquer outra informação adicional que se considere necessária para a consolidação das informações. Se a informação vai ser processada para diferentes grupos etários, por exemplo, crianças de dois a quatro ou seis meses (para avaliar as práticas de aleitamento materno exclusivo), de seis meses a um ano e de um a dois anos (para avaliar o aleitamento materno complementar), de dois a quatro anos, etc., completar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um desses subgrupos.
2. Completar a primeira coluna do Quadro incluindo todos os outros indicadores que forem considerados de interesse para o estudo. O Quadro inclui três indicadores. Cada um deles pode ser desdobrado em função da quantidade de alimento que a criança recebe; por exemplo: “recebe três ou mais refeições diárias abundantes” (quando se indicam três cruces em pelo menos três dos horários do dia da ficha da família), etc. Acrescentar todos os outros indicadores que serão avaliados de acordo com os tipos de alimento que existem no lugar e cujo uso está sendo recomendado pela estratégia AIDPI, por exemplo, cereais, ovos, sucos, frutas, etc. Se a estratégia AIDPI tiver proposto incorporar na dieta da criança alguns alimentos que não são comumente utilizados, talvez convenha avaliar se os pais os utilizavam antes e se continuam a utilizá-los depois da implementação da estratégia.
3. Selecionar o conjunto de Fichas correspondentes à área ou ao serviço de saúde com que se identificou o Quadro de Consolidação das Informações. Examinar as Fichas para assegurar que em todos os quadrados foram registradas as informações correspondentes e para assegurar que se tenha indicado corretamente (de acordo com o previsto) que a criança não recebeu nenhum alimento. Separar todas as Fichas que contenham quadrados em branco, uma vez que estas serão consideradas incompletas.
4. Para cada uma das crianças a que as Fichas corresponderem, buscar a classificação nutricional realizada pelo pessoal de saúde. Colocar na parte superior direita da ficha se a criança é eutrófica (EU), se está com Peso Baixo para a Idade (PB), Peso Muito Baixo para a Idade (PMB) ou desnutrição grave (DG).
5. A seguir, selecionar a primeira ficha e observar se a criança se enquadra em cada uma das condições que foram incluídas na coluna 1 do Quadro de Consolidação das Informações. Por exemplo, observar na ficha se a criança recebeu três ou mais refeições diárias; se ela recebeu carne, soja ou outra fonte de proteínas, pelo menos uma vez por dia; se ela recebeu leite duas ou mais vezes por dia, etc.
6. Toda vez que se encontrar que a criança a quem corresponde a primeira ficha se enquadra em uma das condições, colocar uma marca (I) na coluna “SIM” dessa condição. Se a criança não se enquadra nessa condição, colocar uma marca na coluna “NÃO”. Uma vez que se tenha completado a revisão de todas as condições incluídas na primeira coluna do Quadro de Consolidação das Informações, colocar uma marca na ficha para deixar claro que ela já foi tabulada no Quadro de Consolidação e selecionar outra ficha.

7. Repetir o mesmo processo para a ficha seguinte, até completar todas as fichas.
8. Uma vez que o registro das informações para todas as fichas tenha sido concluído, somar as marcas (|) de cada quadrado e colocar o resultado dessa soma no mesmo quadrado. A seguir, somar os quadrados de todas as colunas pertencentes a uma mesma linha e anotar o resultado no quadrado correspondente ao **Total**.
9. Finalmente, contar o número de fichas correspondentes a cada tipo de classificação nutricional (eutrófica, PB, PMB e DG) e colocar as cifras nos quadrados correspondentes da linha **Total** (última linha do Quadro).

PARTE V

PESQUISAS DE AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI POR PARTE DO PESSOAL DE SAÚDE

PROTOCOLO 16

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI COM RESPEITO AO USO DE RADIOLOGIA PARA O DIAGNÓSTICO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

INTRODUÇÃO

A radiologia é um procedimento de diagnóstico amplamente utilizado para estudar crianças com infecções agudas das vias respiratórias inferiores (IAVRI). É costume, na maioria dos países, que crianças com menos de cinco anos que tiveram episódios de IAVRI apresentem, em seus prontuários, duas ou mais chapas radiográficas solicitadas para cada episódio. Muitas vezes, em conformidade com o quadro clínico, não se justifica o pedido de radiologia, em outros, não há necessidade do número de chapas solicitadas durante a evolução da doença.

O uso excessivo de radiografias do tórax para diagnosticar as IAVRI é perigoso para a saúde, portanto as radiações freqüentes com raios X representam um problema sério para as crianças que apresentam problemas nas vias respiratórias inferiores. Além disso, o uso indiscriminado de radiografias do tórax aumenta desnecessariamente os custos da atenção.

A aplicação da estratégia AIDPI diminui o emprego de radiografias para os diagnósticos ao determinar quais as crianças com IAVRI que poderão estar com pneumonia e, entre estas, quais as que necessitam receber tratamento hospitalar (pneumonia grave) e as crianças que podem ser tratadas em ambulatório com antibióticos (pneumonia).

O estudo da proporção de casos de IRA para os quais se indicou radiografia, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI, permite medir o impacto desta estratégia sobre o uso da radiologia. As mudanças quanto ao emprego da radiologia podem ser mais rapidamente observadas nos serviços de consultórios externos dos hospitais, por terem estes serviços mais disponibilidade para utilizar esse método de diagnóstico.

OBJETIVO

Determinar qual o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI no emprego de radiografia do tórax para o diagnóstico dos casos de IRA, em geral, e de pneumonia, em particular.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de casos de crianças com menos de cinco anos com diagnóstico de IRA, para quem se solicitou radiografia, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde selecionados.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.

- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado exerce suas funções disponha do material necessário para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas, com respeito à aplicação correta da estratégia AIDPI mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso às atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupo, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das providências nela estabelecidas para a avaliação, classificação e tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de IRA, levadas para consulta ao serviço de saúde onde se realiza o estudo. Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se levar em consideração a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas no Módulo de Apoio em Metodologia de Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à implantação da estratégia AIDPI.

Deve-se selecionar um serviço de saúde (preferivelmente um consultório externo de hospital) e determinar a proporção de casos atendidos com diagnóstico de IRA (podem-se também escolher diagnósticos por pneumonia, bronquite, gripe) para os quais foram pedidas radiografias do tórax, antes e depois da aplicação da estratégia de tratamento padrão de casos.

A fonte para a obtenção desses dados será o Registro Diário de Consultas do serviço, o qual deve incluir as seguintes informações:

- Idade da criança
- Diagnóstico
- Exames complementares
- Tratamento

Em geral, a idade da criança é registrada nos protocolos de consultas. É necessário ter o cuidado de também registrar os meses e anos da criança de modo a permitir que se estude o grupo de lactentes com menos de dois meses.

Usualmente, o diagnóstico é anotado pelo médico no protocolo de consultas. No caso de se utilizarem denominadores diferentes para uma mesma patologia, devem-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto podem-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou pode-se definir uma outra modalidade de agrupamento.

Algumas vezes, os exames complementares e o tratamento não são incluídos no Registro Diário de Consultas. Quando for este o caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar o registro para nele incluir os exames complementares e o tratamento.

As informações dos registros deverão ser tabuladas de modo que se possa obter as informações sobre o número de indicadores de radiografia de tórax para os casos de IRA, de acordo com o diagnóstico. Por sua vez, estas informações deverão ser obtidas para os diferentes grupos etários que forem selecionados.

Esse processo deverá ser realizado em dois meses diferentes (ou em um período mais curto se o número de consultas por IRA for elevado), antes e depois de aplicada a estratégia de tratamento padrão de casos.

Apresenta-se, no Anexo 16.A, um modelo de Formulário de Compilação das Informações usando como fonte os prontuários dos serviços de consulta externa.

No Anexo 16.B, apresenta-se um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, acompanhado de instruções para o preenchimento dos dados. Utilizando-se as informações do quadro, é possível calcular os indicadores (Tabela 16.1) relativos à indicação de radiografia de tórax para cada tipo de diagnóstico feito.

Para calcular os indicadores apresentados a seguir, deve-se descartar aqueles casos em que não ficou especificado se houve ou não pedido de radiografia de tórax. Para isto será preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**), os números incluídos na quinta coluna (**Sem Especificar se foi Pedida Radiografia de Tórax**). Os resultados dessa subtração serão utilizados como denominador.

Tabela 16.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de casos de IRA, dentre todos os casos de IRA atendidos, para os quais foi solicitada radiografia de tórax	Número total de casos de IRA com pedido de radiografia de tórax	Número total de casos de IRA atendidos
Proporção de casos de pneumonia, dentre todos os casos de pneumonia atendidos, para os quais se pediu radiografia de tórax	Número de casos de pneumonia com pedido de radiografia de tórax	Número total de casos de pneumonia atendidos
Proporção de casos de bronquite, dentre todos os casos de bronquite atendidos, para os quais se pediu radiografia de tórax	Número de casos de bronquite com pedido de radiografia de tórax	Número total de casos de bronquite atendidos
Proporção de casos com diagnóstico <i>Não Tem Pneumonia</i> , dentre todos os casos de <i>Não Tem Pneumonia</i> atendidos, para os quais se pediu radiografia de tórax	Número de casos de bronquite, bronquiolite, gripe e outras IRA com pedido de radiografia de tórax	Número total de casos de bronquite, bronquiolite, gripe e outras IRA atendidos

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores que foram escolhidos a fim de se saber se a implementação da estratégia produziu mudanças nos componentes estudados. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 16.B
USO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX PARA O DIAGNÓSTICO DOS CASOS DE
INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	COM PEDIDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX	SEM PEDIDO DE RADIOGRAFIA DE TÓRAX	SEM ESPECIFICAR RADIOGRAFIA DE TÓRAX
TOTAL DE CASOS DE IRA				
PNEUMONIA				
BRONQUITE				
BRONQUIOLITE				
GRIPE				
OUTRAS IRAs				

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Formulário, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) ao qual corresponde a informação a ser tabulada.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período que se estudará.
3. Examinar o Registro até encontrar o primeiro caso de IRA, em uma criança com menos de cinco anos, dentro do período selecionado.
4. Anotar os dados do Formulário: sobrenome e nome, idade, diagnóstico e, com respeito ao pedido de radiografia de tórax, se esta foi ou não pedida ou se não está especificado.

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e o ano) a que a informação a ser registrada corresponder e o grupo etário (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos se assim se desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se queira considerar.
2. Usando como base o Formulário de Compilação das Informações, seguir as seguintes etapas. Selecionar, conforme a idade, o Quadro que corresponder.
3. Identificar o diagnóstico registrado pelo médico e selecionar a linha correspondente no Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (Total de Casos Atendidos) da linha selecionada.
 - 3.1 Se foi pedida uma radiografia de tórax, colocar uma marca (I) na terceira coluna (Com Pedido de Radiografia de Tórax) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 3.2 Se não foi pedida uma radiografia de tórax, qualquer que tenha sido o diagnóstico anotado, colocar uma marca (I) na quarta coluna (Sem Pedido de Radiografia de Tórax).
 - 3.3 Se não houver especificação de pedido de radiografia de tórax, colocar uma marca (I) na quinta coluna (Sem Especificar Radiografia de Tórax).
4. Uma vez terminado o exame dos Formulários de Compilação das Informações correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
5. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (Total de Casos de IRA).

PROTOCOLO 17

IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE AIDPI SOBRE O USO DE EXAMES DE LABORATÓRIO PARA O DIAGNÓSTICO DAS DIARRÉIAS

INTRODUÇÃO

O encaminhamento de crianças com doenças diarréicas para hospitais de maior complexidade não deveria ser freqüente. No entanto, mesmo quando a avaliação, a classificação e o tratamento dos casos de doenças diarréicas em crianças com menos de cinco anos podem ser feitos no primeiro nível de atenção sem necessidade de estudos adicionais é frequente que exames de laboratório sejam solicitados. Em alguns casos estes exames são feitos para identificar a presença de parasitos a fim de determinar o tratamento específico a ser seguido; em outros casos, solicitam-se culturas para a identificação de outros agentes infecciosos, na maioria dos casos bactérias.

Não se recomenda o diagnóstico etiológico da diarréia como técnica rotineira nas normas de manejo de casos propostas pela OPAS/OMS por não ser, em geral, necessário para o tratamento da maioria dos casos que procuram os serviço de saúde. As normas de manejo de casos estabelecem os critérios para a administração de antibióticos para casos de diarréia, com base na presença de sangue nas fezes, o que se associa à diarréia invasiva (disenteria). Nos demais casos a identificação da etiologia da diarréia para decidir qual o tratamento a ser seguido não é necessária, uma vez que este sempre irá exigir a administração de Sais de Reidratação Oral para evitar a desidratação da criança.

Mesmo quando esse exame bacteriológico é realizado deve-se implementar o tratamento antes que o resultado do exame fique pronto. O motivo para começar logo o tratamento deve-se ao fato de que o resultado do exame demora a ficar pronto e, quando for recebido, na maioria dos casos, a evolução do quadro já terá determinado a cura. Quanto aos casos em que não se observa uma boa evolução, espera-se que eles já tenham sido referidos.

Desse modo, na maioria das situações, a realização de estudos bacteriológicos para os casos de diarréia não trará benefício adicional para o tratamento da criança e ocasiona, por outro lado, complicações operacionais e aumento dos custos da atenção.

O estudo da proporção dos casos de diarréia, para os quais se indicou a realização de exames de laboratório, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI, permite medir o impacto desta estratégia sobre o uso desse tipo de tecnologia de diagnóstico. As modificações no uso do laboratório para o diagnóstico etiológico dos casos de diarréia podem ser verificadas mais rapidamente nos serviços de clínica externa dos hospitais, já que estes serviços, por disporem de resultados laboratoriais com mais rapidez, tendem a utilizar mais esse método de diagnóstico.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o uso de laboratórios para o diagnóstico etiológico dos casos de diarréia.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de casos de crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de diarreia, para as quais houve pedido de estudos de laboratório, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, nos serviços de saúde escolhidos.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento, posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que procura o serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupos mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de diarreia, levadas para consulta nos serviços de saúde onde se realize o estudo.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em mente a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Deve-se selecionar um serviço de saúde (de preferência um consultório externo de hospital) e determinar a proporção de casos atendidos, com diagnóstico de diarreia, para os quais se recomendou exame de laboratório de coprocultura, antes e depois da aplicação eficaz da estratégia AIDPI.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro Diário de Consultas ao serviço, que devem incluir as seguintes informações:

- Idade da criança
- Diagnóstico

- Exames complementares de laboratório
- Tratamento

A idade da criança acha-se, em geral, anotada nos prontuários de consultas. Caso se pretenda distribuir os casos em diferentes subgrupos, dentro do grupo de crianças com menos de cinco anos, deve-se ter o cuidado de registrar os meses e anos da criança.

Normalmente o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Em geral, não se utilizam denominadores diferentes para a diarreia, porém se existirem, deve-se definir a forma de classificação, tendo-se em conta o significado que cada trabalhador de saúde dá a cada tipo de denominação.

Algumas vezes, os exames complementares e o tratamento não se acham incluídos no Registro Diário de Consultas. Nesse caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar o registro de modo que ele passe a incluir os exames complementares e o tratamento.

Outra forma de obter dados relacionados aos casos em que foram pedidos exames de laboratório é mediante as *papeletas* ou *registros de laboratório*. É necessário, no entanto, ter em conta que isto irá requerer uma dupla procura de informações. Poder-se-ia obter uma aproximação utilizando o número total de casos de diarreia identificados, tirados do resumo de atendimento, e o número de exames registrados no laboratório no mesmo período.

As informações dos registros deverão ser tabuladas para que se possa obter os dados sobre o número de pedidos de exame de laboratório para os casos de diarreia. Deve-se, ao mesmo tempo, obter estas informações para os diferentes grupos etários que se selecionarem.

Deve-se, também, realizar esse processo em dois meses diferentes (ou em um período de tempo inferior se o número de consultas por diarreia for elevado), antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI.

O Anexo 17.A apresenta um modelo de Formulário para a Compilação das Informações a partir dos registros dos serviços de consulta externa.

O Anexo 17.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, acompanhado das instruções para seu preenchimento. Usando como base as informações do Quadro, podem-se calcular os indicadores (Tabela 17.1) referentes à indicação de exame de laboratório para cada tipo de diagnóstico feito.

Para o cálculo dos indicadores que aparecem a seguir, deve-se descartar aqueles casos para os quais não se especificou se houve pedido de exame de coprocultura. Para isto será preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**), aqueles incluídos na quinta coluna (**Sem Especificar Exame de Laboratório**). Os resultados obtidos desta subtração serão os números utilizados como denominador.

Tabela 17.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos de diarreia, dentre todos os casos de diarreia atendidos, para os quais se pediu exame de laboratório	Número total de casos de diarreia com pedido de exame de laboratório	Número total de casos de diarreia atendidos
Proporção dos casos de diarreia aguda, dentre todos os casos de diarreia aguda atendidos, para os quais se pediu exame de laboratório	Número de casos de diarreia aguda com pedido de exame de laboratório	Número total de casos de diarreia aguda atendidos
Proporção de casos de diarreia persistente, dentre todos os casos de diarreia persistente atendidos, para os quais se pediu exame de laboratório	Número de casos de diarreia persistente com pedido de exame de laboratório	Número total de casos de diarreia persistente atendidos
Proporção dos casos de disenteria, dentre todos os casos de disenteria atendidos, para os quais se pediu exame de laboratório	Número de casos de disenteria com pedido de exame de laboratório	Número total de casos de disenteria atendidos

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores que foram selecionados a fim de se saber se a implementação da estratégia ocasionou mudanças nos componentes estudados. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 17.B
USO DE EXAME DE LABORATÓRIO PARA O DIAGNÓSTICO DE DIARRÉIA
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	COM PEDIDO DE EXAME DE LABORATÓRIO	SEM PEDIDO DE EXAME DE LABORATÓRIO	SEM ESPECIFICAR EXAME DE LABORATÓRIO
TOTAL DE CASOS DE DIARRÉIA				
DIARRÉIA AGUDA				
DISENTERIA				
DIARRÉIA PERSISTENTE				
OUTROS DIAGNÓSTICOS DE DIARRÉIA				

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Formulário, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e ano) a que a informação que será tabulada corresponder.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período que será estudado.
3. Examinar o Registro até encontrar o primeiro caso de diarreia, em uma criança com menos de cinco anos, dentro do período selecionado.
4. Anotar os dados do Formulário: sobrenome e nome, idade, diagnóstico e, com respeito ao pedido de exame de coprocultura: se este foi ou não pedido ou se não está especificado.

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e o ano) a que a informação corresponder e o grupo etário (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos se assim se desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se queira considerar.
2. Usando como base o Formulário de Compilação das Informações, acompanhar as seguintes etapas. Selecionar, conforme a idade, o Quadro que corresponder.
3. Identificar o diagnóstico registrado pelo médico e selecionar a linha correspondente do Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**) da linha selecionada.
 - 3.1 Se foi pedido um exame de coprocultura, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Com Pedido de Exame de Laboratório**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 3.2 Se não foi pedido um exame de coprocultura, qualquer que tenha sido o tratamento indicado, colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Sem Pedido de Exame de Laboratório**)
 - 3.3 Se não houver especificação sobre se houve pedido de exame de coprocultura, colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Sem Especificar Pedido de Exame de Laboratório**).
4. Uma vez terminado o exame dos Formulários de Compilação das Informações correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
5. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (**Total de Casos de Diarreia**).

PROTOCOLO 18

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS PARA A TOSSE E DE OUTROS MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO SINTOMÁTICO DAS IRA

INTRODUÇÃO

A maioria das crianças com IRA, levadas aos serviços de saúde para consulta, estão com infecções virais que se manifestam com tosse ou resfriado e não são graves. A duração média desses episódios de tosse ou resfriado é de sete a nove dias. Os serviços de atenção primária de saúde dedicam muito tempo atendendo a crianças com tosse ou resfriado para as quais os parentes exigem medicamento. É comum que essas crianças recebam uma grande variedade de remédios indicados por um trabalhador de saúde, ou até mesmo pela própria família, com a intenção de aliviar os sintomas da doença.

Já ficou demonstrado que muitos dos medicamentos usados para aliviar os sintomas de infecções respiratórias agudas (tosse, congestionamento nasal, dor de garganta) não surtem efeito. Além disso, o reexame da literatura mostra que não houve nenhuma prova de que esses medicamentos tenham sido submetidos a provas controladas. Também não existem, na literatura médica, dados que indiquem que a administração desses medicamentos para o tratamento dos sintomas evite o agravamento das infecções respiratórias. Por outro lado, a administração desses remédios, ineficazes ou de eficácia desconhecida, para crianças com menos de cinco anos pode causar efeitos indesejáveis significativos.

Existem certos medicamentos antitussígenos (por exemplo, a codeína), descongestionantes nasais administrados localmente ou por via oral (medicamentos simpaticomiméticos) e analgésicos para a garganta, que são eficazes. No entanto, todos estes medicamentos produzem, invariavelmente, efeitos tóxicos sérios em crianças com menos de cinco anos e, portanto, não podem ser recomendados. Numerosas admissões a hospitais devem-se a efeitos tóxicos causados pela administração de remédios para combater a tosse ou o resfriado.

As recomendações da OPAS/OMS sobre o bom atendimento no lar não incluem a administração de medicamentos comerciais para tratar a tosse ou o resfriado. Ao contrário, as recomendações enfatizam os seguintes cuidados que a mãe e os familiares da criança podem ter com a criança em casa:

- Continuar alimentando a criança para evitar perda de peso.
- Aumentar a quantidade de líquidos que lhe oferecem para evitar a desidratação.
- Continuar com o aleitamento materno.
- Manter o nariz da criança limpo usando água com sal se for necessário diluir a secreção.
- Suavizar a garganta e aliviar a tosse com remédios inócuos e simples.
- Observar se aparecem sinais de alarme.

A aplicação da estratégia AIDPI reduz substancialmente o uso de medicamentos comerciais para a tosse e o resfriado, beneficiando, assim, a saúde da criança e reduzindo os custos do atendimento. Pode-se avaliar a redução do uso de medicamentos para a tosse e o resfriado

analisando-se a proporção de casos de IRA que receberam esse tipo de medicamento antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o uso de medicamentos para combater a tosse e o resfriado para o tratamento de casos de IRA, em geral, e dos casos classificados como Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado, em particular.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto deve-se observar a proporção de casos de crianças com menos de cinco anos com diagnóstico de IRA que foram tratadas com medicamentos para a tosse e o resfriado, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde selecionados.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento, posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de diarreia levadas para consulta aos serviços de saúde onde se realize o estudo.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em mente a situação do problema antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Selecionar-se-ão um ou mais serviços de saúde e se determinará a proporção de casos atendidos com diagnóstico de IRA (separando os diagnósticos de Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado, faringite, gripe) para quem se recomendou medicamentos para o tratamento dos sintomas, antes e depois da aplicação eficaz da estratégia AIDPI. A fonte para a obtenção dos dados será o Registro Diário de Consultas ao Serviço, e as seguintes informações deverão estar incluídas:

- Idade da criança
- Diagnóstico
- Tratamento

A idade da criança acha-se, em geral, anotada nos prontuários de consultas. Deve-se ter o cuidado de que os meses e anos da criança estejam registrados de modo a que se possa estudar o grupo de lactentes de uma semana a dois meses.

Normalmente, o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Caso se utilizem denominações diferentes para uma mesma patologia, selecionar-se-ão alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, ou definir determinada modalidade de agrupamento.

Algumas vezes, o tratamento não se acha incluído no Registro Diário de Consultas. Nesse caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar o registro de modo que ele passe a incluir o tratamento. Deve-se assegurar que a indicação desses tipos de medicamentos para a tosse e o resfriado seja anotada no registro diário de consultas.

Deve-se definir que tipos de medicamentos serão incluídos dentro dessa categoria e se serão analisados em conjunto ou separadamente. No quadro que se apresenta no Anexo 18.A, são considerados três tipos de medicamentos: antitussígenos, expectorantes e monolíticos.

Se nas anotações for utilizado o nome comercial do medicamento, deve-se preparar uma lista dos nomes mais comuns para poder identificar os medicamentos que serão considerados. A informação dos registros deverá ser tabulada para se obter os dados sobre o número de indicações desses medicamentos para os casos de IRA, segundo o diagnóstico. Essa informação, por sua vez, deverá ser obtida para os diferentes grupos etários que se selecionarem. Ao mesmo tempo, esse processo deverá ter lugar em dois meses diferentes (ou em um período mais curto se o número de consultas por IRA for elevado), antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI.

O Anexo 18.A apresenta um modelo de Quadro de Compilação e de Consolidação das Informações de cada doença, acompanhado de instruções para seu preenchimento.

Usando como base as informações do Quadro, podem-se calcular os indicadores (Tabela 18.1) referentes à indicação de medicamentos para a tosse e o resfriado (antitussígenos, expectorantes, mucolíticos) para o tratamento de cada tipo de diagnóstico feito. Outros indicadores poderão ser calculados a partir dos exemplos da Tabela 18.1.

Para o cálculo desses indicadores, deve-se descartar aqueles casos para os quais não se especificou qual o tratamento indicado. Para isto, subtrair-se-á dos números incluídos na segunda coluna (Total de Casos Atendidos) os números incluídos na sétima coluna (Sem Especificar

Tratamento). Os resultados obtidos desta subtração serão os números que serão utilizados como denominador.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores que foram selecionados a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças nos componentes estudados. Para o cálculo dessa verificação, deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Se a proporção de casos, sem especificação do tratamento, for muito elevada (maior que 40%), os resultados do estudo podem ter pouco valor.

Tabela 18.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos de IRA, dentre todos os casos de IRA atendidos, tratados com medicamentos para combater a tosse e o resfriado	Número total de casos de IRA com indicação de medicamento para a tosse e o resfriado	Número total de casos de IRA atendidos
Proporção dos casos com Tosse ou Resfriado, dentre todos os casos de Tosse ou Resfriado atendidos, que foram tratados com antitussígenos	Número de casos de Tosse ou Resfriado com indicação anti-tussígenos	Número total de casos de Tosse e Resfriado atendidos
Proporção de casos com Tosse ou Resfriado, dentre todos os casos de Tosse e Resfriado atendidos, que foram tratados com expectorantes	Número de casos de Tosse ou Resfriado com indicação de expectorante	Número total de casos de Tosse ou Resfriado atendidos
Proporção dos casos com Tosse ou Resfriado, dentre todos os casos de Tosse e Resfriado atendidos, que foram tratados com mucolíticos	Número de casos de Tosse ou Resfriado com indicação de mucolíticos	Número total de casos de Tosse ou Resfriado atendidos

ANEXO 18.A
USO DE MEDICAMENTOS PARA A TOSSE E O RESFRIADO
QUADRO DE COMPILAÇÃO E DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	COM INDICAÇÃO DE ANTI-TUSSÍGENO	COM INDICAÇÃO DE EXPECTORANTE	COM INDICAÇÃO DE MUCOLÍTICO	OUTROS TRATAMENTOS	SEM ESPECIFICAR TRATAMENTO
TOTAL DE CASOS DE IRA						
TOSSE OU RESFRIADO						
BRONQUITE						
GRIPE						
FARINGITE ESTREPTOCÓCICA						
OUTRAS IRA						

Observações:

Para preencher o Quadro de Compilação e Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e ano) a que a informação que será tabulada corresponder e o grupo etário (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos que se desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se queira tomar em consideração.
2. Selecionar o registro de consultas correspondente ao primeiro dia do período em estudo.
3. Examinar o registro diário selecionado até encontrar o primeiro caso de IRA, em uma criança com menos de cinco anos. De acordo com a idade, selecionar o Quadro que corresponder a seu grupo.
4. Identificar o diagnóstico anotado pelo médico e selecionar a linha correspondente no Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**) da linha selecionada.
5. Identificar o tratamento e proceder da seguinte maneira:
 - 5.1 Se foi indicado um medicamento para a tosse, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Com Indicação de Antitussígeno**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 5.2 Se houve indicação de um medicamento expectorante, colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Com Indicação de Expectorante**) na linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 5.3 Se foi indicado um mucolítico, colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Com Indicação de Mucolítico**) da linha que corresponder ao diagnóstico do caso.
 - 5.4 Se não houve indicação de nenhum dos medicamentos acima, qualquer que tenha sido o tratamento indicado, colocar uma marca (I) na sexta coluna (**Outros Tratamentos**).
 - 5.5 Se não houve especificação do tratamento indicado, colocar uma marca (I) na sétima coluna (**Sem Especificar Tratamento**).
6. Uma vez concluído o exame dos registros diários de consulta correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
7. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (**Total de Casos de IRA**).

PROTOCOLO 19

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE O USO DE ANTIESPASMÓDICOS, ANTIDIARRÉICOS E DE OUTROS MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA

INTRODUÇÃO

Assim como muitas crianças com IRA recebem medicamentos desnecessários para seu tratamento, também existe uma grande proporção de crianças com diarréia que recebe uma grande variedade de medicamentos ineficazes, indicados por um trabalhador de saúde ou pela família.

O atual conhecimento científico demonstra claramente que a utilização de antiespasmódicos, antieméticos e de uma diversidade de antidiarréicos é desnecessária e, em alguns casos, esses medicamentos podem até ser prejudiciais para a criança com diarréia.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI com relação ao uso de medicamentos antidiarréicos.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de casos de crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de diarréia, que receberam antidiarréicos, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde selecionados.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que procura o serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco

anos levadas ao serviço de saúde para consulta, utilizando os critérios para o manejo de casos de diarreia propostos pela OPAS/OMS, com as modificações feitas para torná-los adequados ao país.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de diarreia, levadas para consulta aos serviços de saúde onde se realize o estudo.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em mente a situação do problema a ser estudado antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Serão selecionados um ou mais serviços de saúde e será determinada a proporção de casos atendidos com diagnóstico de diarreia (separando os diagnósticos de diarreia com ou sem desidratação, com ou sem disenteria, ou diarreia persistente) para os quais foram recomendados medicamentos antidiarréicos para o tratamento, antes e depois da aplicação eficaz da estratégia de tratamento padrão de casos.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro Diário de Consultas ao Serviço no qual devem estar incluídas as seguintes informações:

- Idade da criança
- Diagnóstico
- Tratamento

A idade da criança acha-se, em geral, anotada nos prontuários de consultas. Deve-se ter o cuidado de que os meses e anos da criança estejam anotados de modo a que se possa estudar o grupo de lactentes de uma semana a dois meses.

Normalmente o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Caso se utilizem denominações diferentes para uma mesma patologia, selecionar-se-ão alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, ou definir-se determinada modalidade de agrupamento.

Algumas vezes, o tratamento não se acha incluído no registro diário de consultas. Nesse caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar o registro de modo a que ele passe a incluir o tratamento.

Deve-se definir que tipos de medicamentos serão incluídos dentro da categoria medicamentos para a diarreia em crianças, e se serão analisados em conjunto ou separadamente. São considerados três tipos de medicamentos: antiespasmódicos, antieméticos e antidiarréicos.

Se nas anotações for utilizado o nome comercial do medicamento, deve-se preparar uma lista dos nomes mais comuns para se poder identificar os medicamentos que serão considerados. A informação dos registros deverá ser tabulada para se obter os dados sobre o número de indicações desses medicamentos para os casos de diarreia, segundo o diagnóstico. Essa

informação, por sua vez, deverá ser obtida para os diferentes grupos etários que se selecionarem.

Ao mesmo tempo, esse processo deverá ter lugar em dois meses diferentes (ou em um período mais curto se o número de consultas por IRA for elevado), antes e depois de aplicada a estratégia de tratamento padrão de casos.

O Anexo 19.A apresenta um modelo de Quadro de Compilação e de Consolidação das Informações de cada doença, seguindo das instruções para seu preenchimento.

Usando as informações do Quadro como base, pode-se calcular os indicadores (Tabela 19.1) referentes à receita de medicamentos (antiespasmódicos, antieméticos, antidiarréicos) para o tratamento de cada tipo de diagnóstico feito. Outros indicadores poderão ser calculados a partir desses exemplos.

Para o cálculo desses indicadores, deve-se descartar aqueles casos para os quais não se especificou qual o tratamento indicado. Para isto será preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**), aqueles incluídos na sétima coluna (**Sem Especificar Tratamento**). Os resultados obtidos desta subtração serão os números utilizados como denominador.

Se a proporção de casos, sem especificação do tratamento, for muito elevada (maior que 40%), os resultados do estudo podem ter pouco valor.

Tabela 19.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos de diarreia, dentre todos os casos de diarreia atendidos, que foram tratados com antiespasmódicos ou antidiarréicos	Número total de casos de diarreia tratados com antiespasmódicos, antieméticos ou antidiarréicos	Número total de casos de diarreia que foram atendidos
Proporção dos casos de diarreia com desidratação, dentre todos os casos de diarreia com desidratação atendidos, tratados com antiespasmódicos, antieméticos ou antidiarréicos	Número de casos de diarreia com desidratação tratados com antiespasmódicos, antieméticos ou antidiarréicos	Número total de casos de diarreia com desidratação que foram atendidos
Proporção de casos com diarreia sem desidratação, dentre todos os casos de diarreia sem desidratação, atendidos, tratados com antidiarréicos	Número de casos de diarreia sem desidratação que foram tratados com antidiarréicos	Número total de casos de diarreia sem desidratação que foram atendidos
Proporção dos casos com diarreia persistente, dentre todos os casos de diarreia persistente atendidos, tratados com antieméticos	Número de casos de diarreia persistente, tratados com antieméticos	Número total de casos de diarreia persistente atendidos

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para o indicador principal a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças no tratamento dos casos de diarreia por parte do pessoal de saúde. Para calcular essa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 18.A
USO DE MEDICAMENTOS PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO DE COMPILAÇÃO E DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	COM INDICAÇÃO DE ANTIESPASMÓDICOS	COM INDICAÇÃO DE ANTIEMÉTICOS	COM INDICAÇÃO DE ANTI-DIARRÉICOS	OUTROS TRATAMENTOS	SEM ESPECIFICAR TRATAMENTO
TOTAL DE CASOS DE DIARRÉIA						
DIARRÉIA COM DESIDRATAÇÃO						
DIARRÉIA SEM DESIDRATAÇÃO						
DIARRÉIA PERSISTENTE						
DISENTERIA						
OUTRAS DIARRÉIAS						

Para preencher o Quadro de Compilação e Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e ano) a que a informação a ser tabulada corresponder e o grupo etário (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos se o desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se queira tomar em consideração.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período que se estudará.
3. Examinar o registro diário selecionado até encontrar o primeiro caso de IRA, em uma criança com menos de cinco anos. De acordo com a idade, selecionar o Quadro que se referir a seu grupo.
4. Identificar o diagnóstico anotado pelo médico e selecionar a linha correspondente no Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**) da linha selecionada.
5. Identificar o tratamento e proceder da seguinte maneira:
 - 5.1 Se foi indicado um antiespasmódico, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Com Indicação de Antiespasmódico**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 5.2 Se houve indicação de um antiemético, colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Com Indicação de Antiemético**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 5.3 Se foi indicado um medicamento antidiarréico, colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Com Indicação de Antidiarréico**) da linha que corresponder ao diagnóstico do caso.
 - 5.4 Se não houve indicação de nenhum dos medicamentos acima, qualquer que tenha sido o tratamento indicado, colocar uma marca (I) na sexta coluna (**Outros Tratamentos**).
 - 5.5 Se não houve especificação do tratamento indicado, colocar uma marca (I) na sétima coluna (**Sem Especificar Tratamento**).
6. Uma vez terminado o exame dos registros diários de consulta correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
7. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (**Total de Casos de Diarréia**).

PROTOCOLO 20

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS PARA O TRATAMENTO DAS IRA E DA DIARRÉIA

INTRODUÇÃO

A maior proporção dos casos de IRA levados aos serviços de saúde para consulta, geralmente entre 50% e 80%, recebe antibióticos para seu tratamento. Da mesma forma, muitos casos de diarréia também são desnecessariamente tratados com antibióticos ou com antidiarréicos e outros medicamentos contendo antibióticos.

Alguns casos de IRA e de diarréia requerem antibióticos para seu tratamento, tais como a pneumonia, a otite média aguda e a faringite estreptocócica, no caso das IRA, e a disenteria, no caso da diarréia. No entanto, a maioria dos casos de IRA e de diarréia que procura os serviços de saúde não se beneficia com a administração de antibióticos, já que estes não alteram o quadro, não reduzem a duração dos sintomas, nem evitam complicações. Este é o caso de crianças com tosse ou resfriado, bronquite, gripe ou faringite não estreptocócica, que representam 70% ou mais das crianças com IRA que consultam os serviços de saúde; como é o caso de crianças com diarréia não disentérica, que representam, em geral, 95% do total dos casos.

A aplicação do componente da estratégia AIDPI de manejo de casos de IRA e de diarréia reduz, substancialmente, o uso de antibióticos uma vez que esses medicamentos só são indicados para os casos de pneumonia, otite média aguda ou faringite estreptocócica e para os casos de disenteria (diarréia com sangue nas fezes).

Pode-se avaliar a redução do uso de antibióticos analisando a proporção de casos de IRA e de diarréia atendidos que receberam esse tratamento antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI. Contudo, é ainda mais importante avaliar a redução do uso de antibióticos em casos de IRA que não os necessitam.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre o uso de antibióticos para o tratamento dos casos de IRA e da diarréia.

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, deve-se observar a proporção de casos de crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de IRA e de diarréia, que foram tratadas com antibióticos nos serviços de saúde selecionados, antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.

- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que procura o serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos com diagnóstico de IRA ou de diarreia, levadas para consulta nos serviço de saúde onde se realize o estudo.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação deve-se ter em mente a situação do problema a ser estudado antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia de AIDPI.

Serão selecionados um ou mais serviços de saúde e se determinará a proporção de casos atendidos com diagnóstico de IRA (separando os diagnósticos de pneumonia, otite média aguda, faringite estreptocócica e outras IRA) e de diarreia (separando os diagnósticos de diarreia com e sem disenteria), para os quais se recomendaram antibióticos para o tratamento, antes e depois da aplicação eficaz da estratégia AIDPI.

A fonte para a obtenção dos dados será o Registro Diário de Consultas ao Serviço, o qual deve incluir as seguintes informações:

- Idade da criança
- Diagnóstico
- Tratamento

A idade da criança acha-se, em geral, anotada nos prontuários de consultas. Deve-se ter o cuidado de anotar os meses e anos da criança para que se possa estudar o grupo de lactentes de uma semana a dois meses.

Normalmente o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Caso se utilizem denominações diferentes para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, ou definir uma determinada modalidade de agrupamento.

Algumas vezes, o tratamento não se acha incluído no registro diário de consultas. Nesse caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar o registro de modo que ele passe a incluir o tratamento.

As informações dos prontuários deverão se tabuladas para que seja possível obter os dados sobre o número de indicações de antibióticos para os casos de IRA e de diarreia, segundo o diagnóstico. Essas informações deverão, por sua vez, ser obtidas para os diferentes grupos etários que forem selecionados.

Por seu turno, esse processo deverá ter lugar em dois meses diferentes (ou em um período mais curto se o número de consultas por IRA for elevado), antes e depois de aplicada a estratégia de tratamento padrão de casos.

O Anexo 20.A apresenta um modelo de Formulário para a Compilação das Informações com base nos prontuários dos serviços de consulta externa.

O Anexo 20.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, acompanhado das instruções para o registro dos dados.

Usando as informações do Quadro como base, pode-se calcular os indicadores (Tabela 20.1) referentes à indicação de antibióticos para o tratamento de cada tipo de diagnóstico feito. Outros indicadores poderão ser calculados a partir desses exemplos.

Para o cálculo desses indicadores, devem ser descartados aqueles casos para os quais não se especificou qual o tratamento indicado. Para isto será preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**), aqueles números incluídos na quinta coluna (**Sem Especificar Tratamento**). Os resultados obtidos desta subtração serão os números utilizados como denominador.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os principais indicadores a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças no tratamento dos casos de IRA e de diarreia por parte do pessoal de saúde. Para calcular essa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Se a proporção de casos, sem especificação do tratamento, for muito elevada (maior que 40%), os resultados do estudo podem ter pouco valor.

Tabela 20.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos de IRA, dentre todos os casos de IRA atendidos, tratados com antibióticos	Número total de casos de IRA tratados com antibióticos	Número total de casos de IRA atendidos
Proporção dos casos de Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado, dentre todos os casos de Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado atendidos, tratados com antibióticos	Número de casos de Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado tratados com antibióticos	Número total de casos de Não Tem Pneumonia: Tosse ou Resfriado atendidos
Proporção de casos de diarreia, dentre todos os casos de diarreia atendidos, tratados com antibióticos	Número de casos de diarreia tratados com antibióticos	Número total de casos de diarreia atendidos
Proporção dos casos com diarreia sem disenteria, dentre todos os casos de diarreia atendidos, tratados com antibióticos	Número de casos, de diarreia sem disenteria, tratados com antibióticos	Número total de casos, de diarreia sem disenteria, atendidos

ANEXO 20.B
USO DE ANTIBIÓTICOS PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES
RESPIRATÓRIAS AGUDAS E DE DOENÇAS DIARRÉICAS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____ Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	COM INDICAÇÃO DE ANTIBIÓTICO	SEM INDICAÇÃO DE ANTIBIÓTICO	SEM ESPECIFICAR TRATAMENTO
TOTAL DE CASOS DE IRA				
PNEUMONIA				
NÃO TEM PNEUMONIA: TOSSE OU RESFRIADO				
GRIPE				
FARINGITE				
ESTREPTOCÓCICA				
OTITE MÉDIA AGUDA				
OUTRAS IRA				
TOTAL DE CASOS DE DIARRÉIA				
DIARRÉIA SEM SINAIS DE DISENTERIA				
DIARRÉIA COM SINAIS DE DISENTERIA				

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Formulário, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) ao qual corresponde a informação a ser tabulada.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período que será estudado.
3. Examinar o Registro até encontrar o primeiro caso de IRA, em uma criança com menos de cinco anos, dentro do período selecionado.
4. Anotar os dados do Formulário: sobrenome e nome, idade, diagnóstico e, com respeito à indicação do tratamento: se houve ou não indicação ou se não está especificado.

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e o ano) a que a informação corresponder e o grupo etário (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos, se assim se desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada um dos grupos etários que se queira considerar.
2. Usando como base o Formulário de Compilação das Informações, acompanhar as seguintes etapas. Selecionar, conforme a idade, o Quadro que corresponder.
3. Identificar o diagnóstico anotado pelo médico e selecionar a linha correspondente no Quadro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**) da linha selecionada.
 - 3.1 Se foi indicado um antibiótico, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Com Indicação de Antibióticos**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 3.2 Se não foi recomendado um antibiótico, qualquer que tenha sido o tratamento recomendado, colocar uma marca (I) na quarta coluna (**Sem Indicação de Antibiótico**).
 - 3.3 Se o tratamento indicado não foi especificado, colocar uma marca (I) na quinta coluna (**Sem Especificar Tratamento**).
4. Uma vez terminado o exame dos registros diários de consulta correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
5. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (**Total de Casos de IRA**) e à nona linha (**Total de Casos de Diarréia**).

PROTOCOLO 21

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A REFERÊNCIA AO HOSPITAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS LEVADAS AO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO PARA CONSULTA

INTRODUÇÃO

Em geral, de todas as crianças diariamente levadas por seus pais a um serviço de saúde de primeiro nível devido a uma doença, somente uma pequena proporção necessita ser atendida em um hospital, seja para a realização de estudos complementares para o diagnóstico, seja para a administração do tratamento. Contudo, em muitos serviços de saúde, uma grande proporção das consultas atendidas é referida a um nível de maior complexidade para estudos adicionais ou tratamento.

Pode-se atribuir muitas razões a esta situação. Em alguns casos, o pessoal de saúde tem dúvidas quanto à classificação e o tratamento do caso e o refere ao hospital. Em outros, os pais manifestam um interesse especial em que a criança seja avaliada e eventualmente tratada em um hospital.

Seja qual for a circunstância a referência ao hospital de crianças que poderiam ser adequadamente tratadas no primeiro nível de atenção oferece muitas complicações:

- Para a mãe nem sempre é possível levar a criança ao hospital, seja por razões econômicas (o preço da passagem é caro para a família), seja porque ela não pode deixar as demais crianças da família sozinhas ou por não poder se ausentar do trabalho por tempo prolongado.
- A referência freqüente da criança ao hospital pode fazer com que a mãe perca o ânimo de levar a criança ao centro de saúde e dirigir-se diretamente ao hospital.
- Se o hospital achar que a mãe foi referida desnecessariamente, o centro de saúde perde credibilidade e isto pode fazer com que a mãe fique desanimada no momento de levar a criança ao hospital quando for realmente necessário.
- Levar a criança para ser atendida no hospital traz mais inconvenientes para mãe do que levá-la a um serviço de saúde periférico e significa, algumas vezes, longas esperas e novas visitas, sejam elas para estudos complementares ou para buscar resultados de exames.
- Os serviços de atenção hospitalar muitas vezes estão sobrecarregados pelo excesso de referências feitas pelos níveis periféricos. Assim, grande parte do tempo do pessoal é utilizada na avaliação e no tratamento de casos que poderiam ser resolvidos nos serviços de saúde periféricos.
- A hospitalização desnecessária da criança a coloca em perigo de contágio com outras infecções, além do risco de procedimentos e do ambiente hospitalar.

Nos últimos anos uma importância especial tem sido dada à melhora da capacidade de resolução do primeiro nível de atenção mediante a estratégia AIDPI que inclui a capacitação do pessoal de saúde no uso de critérios padronizados de avaliação, classificação e tratamento. Esses critérios, resumidos em normas de manejo de casos dos problemas que se apresentam mais freqüentemente para atendimento, contribuíram para a redução da proporção de casos referidos a um hospital e, também, para melhorar a qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde do primeiro nível.

Os critérios de avaliação incluídos na estratégia AIDPI permitem identificar aquelas crianças que realmente necessitam de tratamento hospitalar, para que sejam referenciadas, e diferenciá-las claramente daquelas que podem ser tratadas de forma ambulatorial em um serviço de saúde do primeiro nível de atenção - seja com medicamentos específicos ou com medidas sintomáticas. Para isto, a estratégia AIDPI inclui um conjunto de sinais e sintomas do mais alto valor prognóstico — que não só permitem identificar rapidamente as crianças gravemente doentes-, mas identificar precocemente problemas de saúde que necessitam tratamento imediato para evitar seu agravamento.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação eficaz da estratégia AIDPI sobre os casos referidos a um hospital por parte de serviço de saúde de atendimento ambulatorial (centros de saúde, consultório externo geral e serviços de emergência).

METODOLOGIA

Para medir o objetivo proposto, determinar-se-á a proporção dos casos atendidos que foram referidos a um hospital, antes e depois da aplicação eficaz da estratégia AIDPI.

A implementação eficaz da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos critérios teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, as dificuldades e as dúvidas quanto à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação e de supervisões periódicas, tanto diretas quanto indiretas.
- A comunidade que acorre ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois desta), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta.

A população objeto do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de patologias objeto da estratégia AIDPI, levadas para consulta nos serviços de saúde onde o estudo é realizado.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em mente a situação do problema a ser estudado antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para se calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Serão selecionados um ou mais serviços de saúde de modo a reunir um número suficiente de consultas por IRA, diarreia, malária, desnutrição e outras doenças incluídas na estratégia AIDPI, de crianças com menos de cinco anos.

Os casos atendidos poderão ser desdobrados em conformidade com o diagnóstico médico (ou a classificação por pessoal de saúde não-médico), tais como: pneumonia, bronquite, bronquiolite, gripe, faringite, resfriado, diarreia com ou sem desidratação, disenteria, diarreia persistente, desnutrição grave, malária, etc.

Pode-se obter as informações necessárias para o estudo no Registro Diário de Consultas do Serviço, no qual deverão estar incluídos os seguintes dados:

- Idade da criança
- Diagnóstico(s) ou classificação
- Se foi referida ou não a um hospital

A idade da criança acha-se, em geral, anotada nos prontuários de consultas. Deve-se ter o cuidado de anotar os meses e anos da criança para que se possa estudar o grupo de lactentes de uma semana a dois meses de idade.

Normalmente o diagnóstico é anotado pelo médico no prontuário de consultas. Caso se utilizem denominações diferentes para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação da informação. Para isto podem-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças, ou definir determinada modalidade de agrupamento.

Algumas vezes, não está anotado no registro se o paciente foi ou não referido a um hospital, seja para estudos complementares de diagnóstico ou para sua hospitalização. Nesse caso, será necessário utilizar outras fontes de informação ou modificar as instruções do pessoal para que este inclua, no espaço reservado ao tratamento, se o paciente foi referido ao hospital. Deve-se, igualmente, informar ao pessoal que deixe registrado se a referência, se houve, foi para estudos complementares (laboratório e radiologia, em geral) ou para hospitalização.

Deve-se recomendar ao pessoal dos serviços selecionados a:

- Sempre registrar o tratamento que foi indicado para a criança, mesmo quando este consista somente de instruções à mão sobre os cuidados dados à criança em casa.

- Sempre anotar no prontuário da criança referida a um hospital se a referência foi para estudos complementares ou para hospitalização.
- Considerar o caso como Sem Informações quando não houver nada registrado no espaço destinado a anotar o tratamento.

As informações dos prontuários deverão ser tabuladas para que se possa obter os dados sobre o número de casos atendidos para cada doença e sobre o número total das doenças incluídas na estratégia AIDPI. Entre esses, deve-se tabular quantos casos foram referidos ao hospital, separando aqueles que foram referidos ao hospital para estudos complementares daqueles referidos para hospitalização. Estas informações deverão ser, por sua vez, obtidas para os diferentes grupos etários que forem selecionados.

Esse processo deverá ter lugar em dois meses diferentes ou em um período mais curto se o número de consultas for elevado, ou por um período maior se o número de consultas for baixo. Entre os períodos considerados, deve-se garantir que as atividades necessárias para a aplicação eficaz da estratégia AIDPI foram realizadas.

O Anexo 21.A apresenta um modelo de Quadro de Compilação e de Consolidação das Informações sobre cada doença ou grupo de doenças, acompanhado das instruções para seu preenchimento.

Usando as informações do Quadro como base, pode-se calcular os indicadores (Tabela 21.1) relacionados com o total de casos referidos e os para internação; para o total de casos atendidos e para cada tipo de diagnóstico.

Para o cálculo dos indicadores apresentados a seguir, devem ser descartados aqueles casos para os quais não se especificou qual o tratamento indicado. Para isto, subtrair-se-á os números incluídos na sétima coluna (**Sem Especificar Tratamento**) dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**). Os resultados obtidos desta subtração serão os números utilizados como denominador.

Os indicadores expressos no quadro, devem ser considerados como exemplos, podendo-se calcular outros indicadores segundo o diagnóstico, a idade da criança, o motivo pelo qual foi referida ao hospital, etc.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores escolhidos a fim de saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças nos componentes estudados. Para calcular essa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Se a proporção de casos, sem especificação do tratamento, for muito elevada (maior que 40%), os resultados do estudo podem ter pouco valor.

Tabela 21.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção dos casos que foram referidos, dentre todos os casos atendidos	Número total de casos referidos	Número total de casos atendidos
Proporção dos casos de pneumonia referidos, dentre todos os casos de pneumonia atendidos	Número de casos de pneumonia referidos	Número total de casos de pneumonia atendidos
Proporção de casos de pneumonia referidos para radiografia, dentre todos os casos de pneumonia atendidos	Número de casos de pneumonia referidos para radiografia	Número total de casos de pneumonia atendidos
Proporção dos casos de diarreia referidos para exame de laboratório, dentre todos os casos de diarreia atendidos	Número de casos de diarreia referidos para exame de laboratório	Numero total de casos de diarreia atendidos
Proporção de casos de malária referidos para internação, dentre todos os casos de malária atendidos	Número de casos de malária referidos para internação	Número total de casos de malária atendidos
Proporção de casos de febre referidos para internação ou estudo, dentre todos os casos de febre atendidos	Número de casos de febre referidos para internação ou para estudo	Número total de casos de febre atendidos

ANEXO 21.A
CASOS DE DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA
REFERIDOS AO HOSPITAL

QUADRO DE COMPILAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

Grupo Etário: _____

DIAGNÓSTICO	TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	CASOS REFERIDOS				SEM ESPECIFICAR TRATAMENTO
		PARA INTERNAÇÃO	PARA ESTUDIO			
			Rx	LAB.	OUTROS	
TOTAL DE CASOS						
PNEUMONIA						
BRONQUITE						
BRONQUIOLITE						
GRIPE						
TOSSE OU RESFRIADO						
DIARRÉIA						
DESNUTRIÇÃO						
FEBRE						
MALÁRIA						

Observações:

Para preencher o Quadro de Compilação e Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde, o período (semana, mês, meses e ano) a que a informação a ser tabulada corresponder e o grupo etário (crianças de uma semana a dois meses, de dois a 11 meses, de um ano a quatro anos ou outros grupos se o desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se queira tomar em consideração.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período que será estudado.
3. Examinar o registro diário selecionado até encontrar o primeiro caso de IRA, diarreia, malária, desnutrição ou outra doença em uma criança com menos de cinco anos. De acordo com a idade, selecionar o Quadro que corresponder a seu grupo etário.
4. Selecionar a linha no Quadro correspondente ao diagnóstico do registro. A seguir, colocar uma marca (I) na segunda coluna (**Total de Casos Atendidos**) da linha selecionada.
5. Identificar o tratamento e proceder da seguinte maneira:
 - 5.1 Se o caso foi referido para internação, colocar uma marca (I) na terceira coluna (**Caso Referido para Internação**) da linha correspondente ao diagnóstico do caso.
 - 5.2 Se o caso não foi referido para internação e sim por outra razão, colocar uma marca (I) na quarta, quinta ou sexta coluna, segundo haja o caso sido referido para radiologia, exame de laboratório ou outra causa, respectivamente.
 - 5.3 Se não houver especificação sobre se foi ou não referido, colocar uma marca (I) na sétima coluna (**Sem Especificar Tratamento**). Nesta coluna, anotar *somente* os casos onde não foi especificado nenhum tratamento de nenhum tipo. Nos casos em que houver registro de algum tipo de tratamento sem menção de referência ao hospital deve-se considerar que o caso não foi referido (isto deve ficar claramente estabelecido durante o planejamento do trabalho com o serviço de saúde).
6. Uma vez terminado o exame dos registros diários de consulta correspondentes a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
7. Somar os números inseridos em cada um dos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondam à segunda linha (Total de Casos).

PROTOCOLO 22

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A QUALIDADE DA REFERÊNCIA DE CASOS POR PARTE DOS SERVIÇOS DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE

INTRODUÇÃO

Para a população, o fortalecimento dos serviços de saúde do primeiro nível significa que ela pode contar com um atendimento adequado nas imediações do lugar em que habita. Do ponto de vista da organização do sistema de saúde é importante que exista a possibilidade de tratar de uma grande parte das doenças e dos problemas de saúde nos serviços de primeiro nível de atendimento, uma vez que isto reduz a utilização dos hospitais cuja complexidade e custos de atenção são maiores.

Do ponto de vista da população, a garantia de poder resolver grande parte de seus problemas de saúde no primeiro nível de atenção contribui para a credibilidade destes serviços e diminui os custos acarretados pela necessidade de ir frequentemente a um hospital para estudos de diagnóstico ou para tratamento. Contudo, a necessidade de referência a um hospital é parte da realidade dos serviços de saúde do primeiro nível, já que muitos dos casos de doença não podem ser resolvidos sem estudos complementares ou têm que receber tratamentos especializados que só se acham disponíveis em níveis de atenção mais complexos.

Sempre que a resolução de um problema exigir a referência a um hospital, o esforço que isto irá representar, tanto para o serviço de saúde de primeiro nível como para o hospital e para a comunidade, deverá ser justificado pelo resultado final. Entretanto, todas as vezes que a referência ao hospital não for necessária, isto contribuirá para diminuir o prestígio dos serviços de saúde e a confiança que a população neles deposita, uma vez que aumentará desnecessariamente os custos da atenção e causará transtornos que poderiam ser evitados.

As dúvidas da população quanto à necessidade de ir ao hospital - resultantes de experiências anteriores - farão com que, em muitos casos, as recomendações feitas pelo pessoal de saúde a esse respeito não sejam seguidas e a criança seja tratada em casa. Em outros casos, a população pode demorar a consultar o serviço de saúde de primeiro nível, movida pela suspeita de que este não irá resolver a situação e que vai criar a necessidade de uma consulta ao hospital. Finalmente, a população pode optar por ir diretamente ao hospital e não ao serviço do primeiro nível de atenção, já que este não tem a capacidade de resolver a maior parte dos problemas que fazem com que ela procure ajuda médica.

No hospital, a referência desnecessária de casos desvirtua sua função, uma vez que seu pessoal tem de dedicar grande parte de seu trabalho dando atenção e resolvendo casos que poderiam ter sido atendidos com êxito nos serviços de saúde do primeiro nível.

A melhora da referência de casos a partir do primeiro nível de atenção para o hospital pode, portanto, contribuir para melhorar a opinião da população sobre o serviço e garantir que este se esforçar para fazer a referência sempre que esta for realmente necessária. Isto otimizará o uso

das instalações hospitalares e contribuirá para uma melhor inter-relação entre o hospital e os serviços periféricos.

A estratégia AIDPI ao sistematizar os critérios de avaliação, classificação e tratamento, contribui, em grande medida, para melhorar os critérios utilizados pelo primeiro nível para a referência, garantindo que na maioria dos casos os problemas de saúde e as doenças que fazem com que as famílias levem seus filhos em busca de ajuda serão resolvidos no mesmo lugar.

Ao mesmo tempo, ao padronizar o processamento para a referência de casos que necessitam de tratamento hospitalar, a estratégia AIDPI contribui para que a criança receba uma melhor atenção e cuidado durante a ida ao hospital e melhora o fluxo de informações entre o nível periférico e o hospital, contribuindo, assim, para melhorar a relação entre ambos os serviços.

OBJETIVO

O objetivo geral deste estudo é avaliar a melhora da referência de crianças doentes ao hospital, por parte dos serviços de primeiro nível.

Para isto, o estudo propõe avaliar as mudanças que ocorram nas seguintes variáveis, a partir da aplicação da estratégia AIDPI nos serviços do primeiro nível de atenção:

- Coincidência de critérios de referência padronizados entre os serviços de atenção de primeiro nível e os hospitais.
- Cumprimento da referência por parte dos pais.
- Indicações do tratamento prestado às crianças antes da referência e durante a ida ao hospital.
- Conhecimento dos pais ou responsáveis pelo cuidado da criança sobre a necessidade da referência ao hospital e sobre os cuidados da criança durante o traslado.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada será constituída por crianças com menos de cinco anos referidas ao hospital pelos serviços de saúde do primeiro nível de atenção que forem selecionadas para o estudo. Esses serviços deverão ser selecionados em função da aplicação da estratégia AIDPI (ver mais adiante os critérios que os serviços de saúde devem cumprir para que sejam considerados como aplicando a estratégia AIDPI) e do número de consultas de crianças com menos de cinco anos que necessitem ser referidas a um hospital para que se possa contar com um número suficiente de consultas.

Tamanho da amostra

Para determinar o tamanho da amostra deve-se ter em conta que o número de crianças referidas, estudadas antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, seja semelhante. Considera-se conveniente reunir uma média de entre 50 e 60 casos referidos para cada um dos subgrupos que se decidir estudar. Por exemplo, se a decisão for analisar a melhora da qualidade da referência em

um determinado serviço de primeiro nível, deve-se reunir um número semelhante de casos referidos, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI. No entanto, se a decisão for estudar o grupo em função da classificação do caso (por exemplo, casos classificados como pneumonia grave ou doença muito grave), deve-se reunir um número semelhante de casos referidos com essas doenças, antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI. Deve-se proceder do mesmo modo com qualquer subgrupo que se desejar analisar. Os passos para calcular o tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI.

Variáveis para estudo

Em todas as crianças serão estudadas as seguintes variáveis:

- Decisões tomadas pelo pessoal de saúde do primeiro nível de atenção e pelo pessoal de saúde que recebeu a criança no hospital com respeito ao tratamento.
- Tratamento administrado antes do traslado e recomendações de tratamento dadas à família da criança para serem cumpridas durante o traslado.
- Cumprimento da referência por parte dos pais.
- Conhecimento da mãe sobre os motivos da referência e o cuidado a ser dado à criança durante o traslado.

As variáveis acima serão avaliadas antes da implementação da estratégia AIDPI e após sua implementação, de modo que seja possível observar se houve ou não mudanças. As mudanças serão avaliadas por:

- O grau de cumprimento da referência por parte dos pais.
- A coincidência entre as decisões para exames complementares e tratamento tomadas pelo pessoal de primeiro nível e pelo pessoal do hospital.
- O conhecimento dos pais sobre a necessidade da referência e sobre o cuidado dado à criança durante o traslado ao hospital.

Condições que os serviços de saúde que participem do trabalho devem reunir

Dado que o trabalho visa o estudo das variáveis citadas acima antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, os serviços de saúde do primeiro nível que participem do trabalho deverão aplicar a estratégia AIDPI tão logo seja concluída a primeira avaliação dessas variáveis.

A seu turno, entre uma e outra avaliação não deve haver modificações que afetem a viabilidade de, por exemplo, o primeiro nível referir determinados casos ao hospital. Também não deve haver modificações que prejudiquem a possibilidade de novos meios de transporte, de comunicação, e a habilitação de novos hospitais, etc.

Deve-se também aplicar a estratégia AIDPI no hospital de referência para a avaliação sistemática

dos sinais e sintomas incluídos no processo de avaliação clínica AIDPI. Isto é essencial para que se possa comparar os achados da avaliação no serviço de saúde do primeiro nível com os achados do hospital.

Embora fosse conveniente que o hospital também aplicasse os critérios de classificação e de tratamento contidos na estratégia AIDPI, tanto a classificação como as decisões sobre o tratamento podem ser determinadas pelos sinais e sintomas encontrados na avaliação que o pessoal do hospital realize.

Para considerar que um serviço de saúde esteja aplicando a estratégia AIDPI, as seguintes condições devem ser atendidas:

- O pessoal de saúde do serviço encarregado da atenção ambulatorial de crianças a ele levadas, recebeu capacitação em um curso clínico de AIDPI onde foram expostos os conteúdos teóricos e onde foi praticado o atendimento de casos.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conta com os elementos e materiais necessários para a aplicação dos critérios de diagnóstico e o tratamento de casos estabelecidos na estratégia AIDPI.
- O pessoal recebeu pelo menos uma visita de acompanhamento posterior à capacitação com vistas a receber apoio suplementar para avaliar seu desempenho na aplicação eficaz da estratégia, identificar os problemas que possam ter surgido e recomendar as soluções necessárias.
- O pessoal é submetido a revisão periódica, direta ou indireta, para verificar a aplicação eficaz da estratégia AIDPI.

Instrumentos sugeridos para a compilação das informações

O registro das informações referentes aos aspectos a serem estudados, mencionados acima, realizar-se-á mediante o uso e a aplicação dos seguintes instrumentos:

- Registro de consulta ambulatorial contendo detalhes sobre os sinais e sintomas identificados pelo pessoal de saúde, tanto no serviço de primeiro nível como no hospital de referência.
- Ficha de entrevista com os pais para determinar qual o conhecimento destes sobre os motivos para a referência e sobre as recomendações para o cuidado e a atenção dados à criança durante o traslado.
- Ficha ou registro de referência de casos enviados pelo serviço de primeiro nível ao hospital.

Registros de consulta ambulatorial

Deve-se procurar usar os registros que estão sendo utilizados pelos serviços de saúde de modo a não introduzir formulários novos que possam complicar a tarefa do serviço de saúde. Contudo, esta recomendação só poderá ser aplicada se nos atuais registros de consulta o pessoal deixa registrado os sinais e sintomas encontrados durante a avaliação, a classificação do caso — de acordo com os critérios da estratégia AIDPI — e o tratamento.

É possível que nos serviços do primeiro nível essa informação não se encontre nos registros usualmente utilizados. Nesse caso, deve-se considerar a incorporação de um formulário novo e, para isso, sugere-se usar o formulário de registro utilizado durante o curso clínico AIDPI, tanto para crianças de uma semana a dois meses como para crianças de dois meses a quatro anos (Anexo 22.D).

Os serviços hospitalares têm, em geral, registros mais completos para a atenção, porém estes nem sempre são utilizados nos serviços de consulta externa ou nas emergências pediátricas do hospital. Também, nestes casos, se os registros em uso nestes serviços hospitalares não prevêm a anotação dos sinais e sintomas da avaliação, deve-se considerar a incorporação do formulário mencionado no parágrafo anterior.

No hospital, deve-se registrar, igualmente, o tratamento que a criança recebeu no serviço de saúde antes da referência, assim como durante o traslado.

Tanto no hospital como no serviço de saúde de primeiro nível, o uso do formulário de registro utilizado durante o curso clínico AIDPI deverá ser sistemático, isto é, deverá ser utilizado em todas as consultas atendidas, já que não se sabe de antemão qual a criança que será referida ao hospital ou qual das crianças foi referida pelo primeiro nível de atenção (especialmente quando os pais da criança não tenham uma papeleta de referência).

Ficha de entrevista com os pais

Para avaliar o grau de conhecimento dos pais a respeito dos motivos da referência, assim como o seu conhecimento sobre o cuidado a ser dado à criança durante o traslado, utilizar-se-á um formulário de entrevista que será aplicado de duas maneiras diferentes:

- Para os pais que levarem a criança ao hospital a entrevista será feita no próprio hospital, depois que a criança tenha sido atendida e tratada, isto é, que tenha sido hospitalizada ou que o pessoal tenha indicado tratamento ambulatorial.
- Para os pais que não tenham levado a criança ao hospital a entrevista será feita posteriormente em casa para se saber por que a criança não foi levada ao hospital (ver Protocolo 30: *Causas e Fatores Associados à falta de Cumprimento da Referência ao Hospital por Parte dos Pais*).

É necessário cuidar para que a aplicação do formulário de entrevista incluído no Anexo 22.C não afete a aplicação de nenhum procedimento de diagnóstico ou de tratamento da criança, razão pela qual não se sugere aplicar o formulário de entrevista aos pais no final da consulta ambulatorial no

serviço de saúde do primeiro nível. Como o pessoal decidiu referir a criança a um hospital, não se deve retardar a tomada de decisão para executar essa referência; outrossim, os pais estarão em um estado emocional que afetará o resultado de entrevista. Pode-se entrevistar os pais no hospital, depois de a criança ter sido avaliada e diagnosticada pelo pessoal de saúde e que tenham sido tomadas medidas de tratamento que correspondam ao problema da criança.

Ficha de registro de referência de casos

Utilizar-se-á para a referência de uma criança ao hospital a ficha ou o registro que os serviços de saúde de primeiro nível utilizarem. Deve-se ter em conta que esses tipos de registros contenham espaço suficiente para inserir os dados mais importantes que o pessoal de saúde do hospital necessitará para atender adequadamente a criança. Entre essas anotações incluem-se: os sinais e sintomas encontrados pelo pessoal de saúde, a classificação que motivou a referência e os tratamentos que a criança recebeu no serviço de saúde e durante o traslado.

A ficha deverá ser sistematicamente preenchida e deve ser mantida junto à folha de registro de avaliação, classificação e tratamento, do hospital.

Avaliação a ser realizada

A avaliação deve analisar as variáveis do estudo que permitam determinar se a qualidade da referência dos casos referidos pelos serviços do primeiro nível melhorou após a aplicação da estratégia AIDPI. Para realizar essa análise é necessário identificar os Formulários de Registro das crianças referidas ao hospital por cada um dos serviços de saúde de primeiro nível e os formulários do hospital onde elas foram recebidas correspondentes às mesmas crianças. Uma vez tendo sido realizada esta tarefa, e para facilitar a análise, sugere-se juntar os dois registros.

Pode-se fazer a análise por serviço de saúde do primeiro nível e, no caso de mais de um trabalhador de saúde trabalhar em um ou mais desses serviços, por pessoal de saúde. Deve-se realizar a análise antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI, a fim de determinar se houve ou não uma melhora nas variáveis que serão medidas.

Para a consolidação das informações podem-se utilizar diferentes quadros, de acordo com os detalhes apresentados a seguir:

Análise do cumprimento da referência por parte dos pais

Para esta análise deve-se contar o número total de crianças para quem o pessoal de saúde do primeiro nível indicou referência ao hospital e quantas dessas mesmas crianças chegaram ao hospital como parte do processo de referência. Para a consolidação das informações sugere-se utilizar o Anexo 22.A.

Para aquelas crianças que foram efetivamente levadas por seus pais ao hospital, deve-se averiguar se os pais tinham uma papeleta de referência e avaliar se o pessoal de saúde anotou:

- Os dados de identificação da criança
- Os sinais e sintomas encontrados na avaliação
- A classificação correspondente aos sinais e sintomas encontrados
- O tratamento administrado

Ao obter os registros correspondentes à atenção das crianças no hospital, deve-se verificar se a atenção se deveu à referência indicada pelo pessoal de saúde do primeiro nível, já que algumas crianças poderiam ter sido levadas pelos pais um ou mais dias depois da indicação da referência. Para isto pode-se observar a data da atenção no hospital, a qual deve corresponder à data em que a criança foi atendida e referida pelo serviço de saúde do primeiro nível, e se há formulário de referência.

Também é necessário estar atento à possibilidade de não se encontrar o registro do hospital, mesmo quando a criança foi realmente levada ao hospital, fato que pode ocorrer, especialmente quando a criança não ficou hospitalizada. Pode-se solucionar este problema se, com este estudo, forem analisadas simultaneamente as possíveis razões que fazem com que os pais não levem a criança ao hospital (ver Protocolo 30), em cujo caso poder-se-á verificar, na entrevista, que a criança foi realmente levada ao hospital.

Análise da coincidência entre as decisões de tratamento tomadas pelo pessoal de saúde do primeiro nível e do hospital

Para analisar este aspecto é necessário examinar os registros de todas as crianças que foram atendidas e referidas pelos serviços de saúde do primeiro nível de atenção e que foram recebidas no hospital. Para todas essas crianças deve-se contar com os formulários do atendimento no serviço do primeiro nível e no hospital. Para a consolidação dos resultados sugere-se utilizar o Quadro do Anexo 22.B.

Análise da compreensão dos pais sobre os motivos do tratamento e do cumprimento das recomendações sobre o cuidado da criança durante o traslado

Para avaliar este aspecto, sugere-se utilizar uma Ficha de Entrevista semelhante à ficha que se encontra incluída no Anexo 22.C. A ficha deve ser revisada e adequada às necessidades do estudo e às variáveis que forem incluídas no mesmo. Pode-se utilizar essa ficha para entrevistar os pais da criança quando, no hospital, a indicação de tratamento já tiver sido posta em prática.

Com base nas informações compiladas dos dados dessa ficha, pode-se processar os indicadores e dividir os casos em diferentes grupos, segundo as variáveis incluídas na ficha. Por exemplo, pode-se avaliar o grau de compreensão dos pais sobre os motivos da referência da criança ao hospital segundo os anos de escolaridade da mãe ou de ambos pais, etc.

Para a consolidação e o processamento dos resultados pode-se utilizar programas de computação diferentes, ou confeccionarem-se Quadros de Consolidação das Informações semelhantes ao Quadro do Anexo 22.A, incluindo na primeira coluna cada um dos indicadores que se deseje estudar.

Para calcular os indicadores

Usando como base as informações consolidadas pode-se calcular diversos indicadores relacionados com a qualidade da referência pelo primeiro nível de atenção, tanto em termos da coincidência com as decisões tomadas pelo pessoal de saúde do primeiro nível e do hospital quanto ao tratamento, como sobre a compreensão dos pais sobre os cuidados com a criança no lar.

Os indicadores que podem ser calculados variam em função das variáveis que tenham sido incluídas no estudo, especialmente na Ficha de Entrevista com os pais. Cada indicador poderá ser avaliado para o total de crianças referidas ou ser desdobrado segundo diferentes grupos (idade, classificação, etc.).

Na Tabela 22.1 são incluídos alguns exemplos de indicadores a serem calculados, bem como a fórmula para o cálculo. Os indicadores são incluídos apenas como exemplo, o que significa que também é possível calcular outros tipos de relação.

Uma vez calculados os indicadores para antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, deve-se avaliar se os mesmos refletem alguma diferença. Para isso é preciso aplicar os testes de significância estatística correspondentes que se encontram no Módulo de Apoio em Metodologia de Estatística da Parte II.

Tabela 22.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças referidas pelos serviços do primeiro nível que foram realmente levadas por seus pais ao hospital	Número de crianças referidas pelos serviços do primeiro nível que foram levadas por seus pais ao hospital	Número total de crianças referidas pelo primeiro nível
Proporção de crianças referidas pelos serviços do primeiro nível que foram realmente hospitalizadas	Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo primeiro nível	Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo primeiro nível e que foram realmente admitidas no hospital
Proporção de crianças referidas que chegaram ao hospital com uma nota de referência	Número de crianças referidas pelo primeiro nível que chegaram ao hospital com uma papeleta de referência	Número total de crianças que chegaram ao hospital referidas pelo primeiro nível
Proporção de crianças referidas pelo primeiro nível cujos pais sabiam por que razão a criança devia ser hospitalizada	Número de crianças referidas pelo primeiro nível cujos pais sabiam por que razão a criança devia ser hospitalizada	Número de crianças referidas pelo primeiro nível
Proporção de crianças referidas pelo primeiro nível que foram corretamente tratadas durante o traslado	Número de crianças referidas pelo primeiro nível que foram corretamente tratadas durante o traslado traslado	Número de crianças referidas pelo primeiro nível

**ANEXO 22.A
CUMPRIMENTO DA REFERÊNCIA INDICADA
PELO PESSOAL DE SAÚDE**

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Pessoal: _____ Período: _____

ASPECTO	NÚMERO	PORCENTAGEM
TOTAL DE CASOS REFERIDOS		
• COM REGISTRO NO HOSPITAL		
- Com Papeleta de Referência		
- Com dados de identificação		
- Com sinais e sintomas		
- Com classificação		
- Com tratamento administrado no serviço		
- Sem folha de referência		
• SEM REGISTRO NO HOSPITAL		
- Não foram levadas ao hospital		
- Sim, foram levadas ao hospital		
• SEM INFORMAÇÕES		

Observações:

ANEXO 22.B
COINCIDÊNCIA NA DECISÃO DE TRATAMENTO ENTRE O SERVIÇO
DE SAÚDE DO PRIMEIRO NÍVEL E O HOSPITAL
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Pessoal de Saúde: _____ Período: _____

DECISÃO DE TRATAMENTO TOMADA NO SERVIÇO DE SAÚDE	DECISÃO TOMADA NO HOSPITAL SOBRE O TRATAMENTO				
	TOTAL	HOSPITALIZADA	NO HOSPITALIZADO		
			ESTUDOS DIAGNÓSTICOS	TRATAMENTOS COMPLEMENTARES	TRATAMENTO AMBULATORIAL
TOTAL DE CASOS REFERIDOS					
PARA ESTUDO					
PARA HOSPITALIZAÇÃO					

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher os dados de identificação do Quadro, incluindo o serviço de saúde do qual se trata, o pessoal de saúde a quem corresponderá fazer a análise (se tiver ficado decidido distribuir a análise ao pessoal de saúde) e o período de tempo correspondente aos registros que serão examinados.
2. Selecionar o primeiro par de registros (do serviço de saúde do primeiro nível e do Hospital) correspondentes a uma das crianças referidas e recebidas no Hospital.
3. Observar a decisão tomada no serviço de saúde do primeiro nível sobre o tratamento (Referência para Estudo e Referência para Hospitalização) e selecionar a linha correspondente do Quadro.
4. Observar a decisão tomada no hospital para o tratamento dessa criança e selecionar a coluna correspondente.
5. Colocar uma marca (I) na interseção da coluna e da fila selecionadas.
6. Proceder da mesma maneira com todos os registros até terminar.
7. Somar todas as marcas (I) colocadas em cada quadrado e anotar o resultado da soma no mesmo quadrado.
8. Somar todas as cifras dos quadrados de uma mesma fila e anotar o resultado na coluna **Total**. Proceder da mesma forma com os quadrados de uma mesma coluna e anotar o resultado na fila **Total de Casos Referidos**.

ANEXO 22.C
ENTREVISTA COM A MÃE DA CRIANÇA REFERIDA AO HOSPITAL
PELO SERVIÇO DE SAÚDE DO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO

FICHA DE ENTREVISTA

Nome da criança: _____ Nome da mãe: _____

Domicílio: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Data da consulta inicial: ___/___/___

Dados de identificação da criança:					
Idade : [_____]	Sexo: [_____]	Data de Nascimento: ___/___/___			
Estado civil da mãe	União estável:	Sim [__] Não [__]	Convivem:	Sim [__] Não [__]	
	Só	Sim [__] Não [__]	União instável:	Sim [__] Não [__]	
Composição da família (os que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Avó	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Irmãos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Avô	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Maiores No.[__] - Menores No. [__]	
Quem cuida da criança: [_____]					
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação de quem cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da habitação					
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [__]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]	Vaso: Sim [__] Não [__]		Sala para refeições: Sim [__] Não [__]		
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança					
Controle da gravidez	Sim [__] Não [__]	Centro de Saúde [__]	Hospital [__]	Outro: _____	
Tem Cartão Pré-natal	Sim [__] Não [__]	Controle Antes: Sim [__] Não [__]		Regular: Sim [__] Não [__]	
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer					
Onde nasceu a criança?	Hospital [__]	Domicílio [__]	Outro: _____		
A criança esteve com você desde que nasceu?	Sim [__] Não [__]		Deu-lhe de mamar? Sim [__] Não [__]		
Quando lhe deu de mamar pela primeira vez?					
Deu algo à criança antes de mamar?	Sim [__] Não [__]		Que foi que lhe deu?		
Quem lhe indicou o que lhe dar?	Pessoal de saúde [__]	Familiar [__]	Outro: _____		
Para quê?					
No Hospital, lhe deram alguma indicação sobre a alimentação da criança?				Sim [__] Não [__]	
Qual a indicação que lhe deram?					
Deram-lhe algum alimento para a criança ao sair do Hospital?				Sim [__] Não [__]	
Que foi que lhe deram?					
Além do leite materno, você dava algo mais à criança quando saiu do Hospital?				Sim [__] Não [__]	

Se dava algo, que é que lhe dava?			
Por que lhe dava?			
Sobre o controle da criança:			
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?			
A quem a levou?	Serviço de saúde <input type="checkbox"/>	Curandeiro <input type="checkbox"/>	Outro: _____
A criança tem cartão de vacinas?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Vacinas em dia?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Tem cartão de controle de crescimento?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Controles em dia?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:			
Trabalho	Pai	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Fora de casa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Horas
	Mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Fora de casa? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Horas
Você tem tempo suficiente para cuidar da criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê? ?			
	Quem fica em casa?	Quem cuida da criança?	Quem a alimenta?
De manhã			
Ao meio dia			
À tarde			
À noite			
Sobre a consulta da criança			
Quando levaram a criança à consulta?			
Quem levou a criança ao serviço de saúde?			
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?			
No serviço de saúde, que foi que lhe disseram que a criança tinha?			
Informaram-lhe porque tinha que levar a criança ao Hospital?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que razões lhe deram para levar a criança ao Hospital?			
Você ficou com alguma dúvida?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Disse isso ao pessoal de saúde?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se não disse, por que não pediu ao pessoal de saúde que lhe explicasse			
Sobre o tratamento da criança			
Deram algum tratamento à criança antes de sair do serviço de saúde para ir ao Hospital?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Para que foi que o pessoal de saúde lhe deu este(s) medicamento(s)?			
Informaram-lhe para que cada um destes medicamentos servia?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Para que lhe disseram que serviam?			
1. [_____]		2. [_____]	
3. [_____]		4. [_____]	
Explicaram-lhe os cuidados que deveria dar à criança em seu traslado ao Hospital?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que cuidados disseram-lhe para dar à criança?			
Como cuidou da criança durante seu traslado ao Hospital?			
Observações:			

ANEXO 22.D
FORMULÁRIO DE REGISTRO: ATENÇÃO DA CRIANÇA DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE

Nome: _____ DATA: _____

Idade: _____ Idade: _____ Peso: _____ kg Temperatura: _____ °C

PERGUNTE: Quais os problemas que a criança tem? _____ Primeira Consulta? _____ Consulta de Controle? _____

CLASSIFICAR **TRATAR**

CLASSIFICAR

TRATAR

AVALIAR (Traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

AVALIAR (Traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)		CLASSIFICAR	TRATAR
<p>DETERMINAR SE É POSSÍVEL TRATAR-SE DE UMA INFECÇÃO BACTERIANA</p> <p>A criança teve convulsões? •</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contar as respirações em um minuto. _____ respirações por minuto. Repetir a contagem _____ Respiração rápida? • Determinar se há tiragem subcostal grave. • Determinar se tem batimento das asas do nariz. • Determinar se geme. • Examinar a moleira e apalpá-la para determinar se está atendida. • Determinar se há supuração nos ouvidos. • Observar o umbigo. Está avermelhado ou apresenta supuração? • A vermelhidão se estende à pele? • • Tem febre (temperatura de 38 C ou mais ou está quente ao tato) ou a temperatura do corpo está baixa (menos de 35.5 C ou fria ao tato)? • Observar a pele para determinar se tem pústulas. • São abundantes ou extensas? • Determinar se a criança está letárgica ou inconsciente. • Observar os movimentos da criança. Move-se menos que de costume? <p style="text-align: right;">NENHUM DESSES SINAIS _____</p> <p style="text-align: right;">Sim _____ Não _____</p>			
<p>A CRIANÇA TEM DIARRÉIA?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo? _____ dias 			
<p>VERIFICAR, A SEGUIR, SE HÁ PROBLEMAS DE ALIMENTAÇÃO OU DE PESO BAIXO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem alguma dificuldade para se alimentar? Sim _____ Não _____ • Alimenta-se ao peito? Sim _____ Não _____ Se a resposta for afirmativa, quantas vezes em 24 horas? _____ vezes • Recebe usualmente outros alimentos ou líquidos Sim _____ Não _____ Se a resposta for afirmativa, com que frequência? • Com que dá de comer à criança? Usa mamadeira? 			

<p>Se a criança tiver qualquer dificuldade para se alimentar, se se alimenta ao peito menos de 8 vezes a cada 24 horas, se recebe qualquer outro alimento ou líquido, ou se seu peso é baixo para a idade e não apresenta nenhum sinal para que deva ser referida URGENTEMENTE ao hospital:</p>	<p>AVALIAR A ALIMENTAÇÃO AO PEITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança se alimentou ao peito durante a última hora? <p>Se a criança não se alimentou durante a última hora, peça à mãe que coloque seu filho ao peito. Observe o aleitamento por 4 minutos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança está na posição correta? • A criança conseguiu abocanhar bem? Para verificar como pegou, observar se: <ul style="list-style-type: none"> - o queixo toca a mama Sim ___ Não ___ - a boca está bem aberta Sim ___ Não ___ - seu lábio inferior está voltado para fora Sim ___ Não ___ - a aréola é mais visível por cima da boca que por baixo Sim ___ Não ___ <p><i>não há pega / pega deficiente / boa pega</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A criança mama bem (isto é, suga lenta e profundamente, com pausas ocasionais)? <i>não mama nada / não mama bem / mama bem</i> • Determinar se tem placas brancas na boca (monilíase oral) 	
<p>VERIFICAR OS ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA Traçar um círculo em torno das vacinas que serão administradas hoje.</p>	<p>Regressar para a próxima vacina em: _____ (Data)</p>	
<p>AVALIAR OUTROS PROBLEMAS:</p>		

**FORMULÁRIO DE REGISTRO
ATENÇÃO DA CRIANÇA DE DOIS MESES A QUATRO ANOS DE IDADE**

DATA: _____

DATA: _____

Nome: _____ Idade: _____ kg Temperatura: _____ °C

PERGUNTE: Quais os problemas que a criança tem? _____ Primeira Consulta? _____ Consulta de Controle? _____

AVALIAR (Traçar um círculo em torno de todos os sinais presentes)

CLASSIFICAR

TRATAR

	Há algum sinal geral de perigo? Sim ___ Não ___	Lembre-se de referir toda a criança que apresentar pelo menos um sinal de perigo embora não se enquadre em outra classificação grave.
<p>VERIFIQUE SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO A CRIANÇA NÃO CONSEGUE BEBER OU PEGAR O PEITO CONVULSÕES</p> <p>VOMITA TUDO LETÁRGICA OU INCONSCIENTE</p> <p>Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao efetuar a clarificação</p>	<p>Sim ___ Não ___</p>	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE DE RESPIRAR?</p> <ul style="list-style-type: none"> Há quanto tempo? ___ dias Contar as respirações em um minuto. ___ respirações por minuto. Respiração rápida? Observar se há tiragem subcostal. Observar e escutar se há estridor. Observar e escutar se há sibilância. 	<p>Sim ___ Não ___</p>	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA?</p> <ul style="list-style-type: none"> Há quanto tempo? ___ dias Há sangue nas fezes? 	<p>Sim ___ Não ___</p>	
<p>A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (Determinada por indagação, se estiver quente ao toque se a temperatura axilar for de 37,5 C ou mais) Zona com risco de malária</p> <ul style="list-style-type: none"> Há quanto tempo? ___ dias Há mais de 7 dias, teve febre todos os dias? 	<p>Sim ___ Não ___</p>	
<p>DETERMINAR SE HÁ MANIFESTAÇÕES DE SANGRAMENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar se há manifestações de sangramento: petéquias, equimoses, epistaxe, gengivorragia, sangramento no sistema digestivo ou outro 		
<p>SE TIVER ERUPÇÃO CUTÂNEA GENERALIZADA Determinar se apresenta erupção máculo-papular, não vesicular</p> <ul style="list-style-type: none"> Um dos seguintes sinais: tosse, coriza ou olhos avermelhados 		

<p>A CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA DE OUVIDO?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem dor de ouvido? • O ouvido está supurando? <p>Em caso afirmativo, desde quando? ___ dias</p> <p style="text-align: right;">Sim ___ Não ___</p>		
<p>EM SEGUIDA, VERIFICAR SE A CRIANÇA APRESENTA DESNUTRIÇÃO E ANEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar se o ouvido está supurando. • Palpar para determinar se há tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha. • Determinar se há sinais visíveis de emaciação grave. • Determinar se apresenta palidez palmar. É intensa? É leve? • Verificar se há edema em ambos pés. • Determinar o peso para a idade. <p>Muito baixo ___ Não muito baixo ___</p>		
<p>VERIFICAR OS ANTECEDENTES DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA Circular as vacinas a serem dadas hoje:</p> <p>BCG ___ DPT 1 ___ DPT 2 ___ DPT 3 ___ Anti-sarampo ___</p> <p>OPV 0 ___ OPV 1 ___ OPV 2 ___ OPV 3 ___</p>	<p>Regressar para próxima vacina em: _____ (Data)</p>	<p>Retornar para controle em: _____</p> <p>Indicar à mãe quando deve regressar imediatamente.</p> <p>Administrar as vacinas que corresponderem, segundo o calendário de vacinação:</p>
<p>AVALIAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA SE ESTIVER ANÊMICA OU SE TIVER DESNUTRIÇÃO GRAVE ou se tiver menos de 2 anos de idade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você costuma alimentar a criança ao peito? Sim ___ Não ___ Se lhe dá o peito, quantas vezes ao dia o faz? ___ vezes. Dá o peito durante a noite? Sim ___ Não ___ • A criança ingere algum outro alimento ou toma algum outro líquido? Sim ___ Não ___ Se a resposta for afirmativa, Que alimentos ou líquidos? _____ _____ <p>Quantas vezes por dia? ___ vezes. Que usa para dar de comer à criança? _____ Usa mamadeira _____ Qual o tamanho das porções que lhe dá? _____ A criança recebe sua própria porção? ___ Quem dá de comer à criança e como? _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante esta doença houve alguma mudança na alimentação da criança? Sim ___ Não ___ Se houve, qual foi a mudança em relação ao que ela come normalmente? 	<p>Problemas de alimentação: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Orientar sobre a alimentação:</p>
<p>AVALIAR OUTROS PROBLEMAS:</p>		
		<p>NOME ASSINATURA</p>

PROTOCOLO 23

IMPACTO DA ESTRATÉGIA DE AIDPI SOBRE A COBERTURA DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A vacinação é a principal medida preventiva disponível para reduzir o risco de doenças e de mortes de crianças com menos de cinco anos. Na maioria dos países, as vacinas contra a poliomielite, o sarampo, a tuberculose, a difteria, o tétano e a coqueluche são administradas gratuitamente e se acham incluídas nos esquemas de vacinação obrigatória. Outras vacinas, para evitar o bócio e a rubéola, bem como para evitar a pneumonia, a sepse e a meningite devidas ao *Haemophilus influenzae* também foram, em muitos países, incluídas no calendário de vacinação.

A administração dessas vacinas contribuiu para diminuir a quantidade de casos, e de mortes, por essas doenças e, no caso de algumas delas, permitiu a erradicação do problema em muitos países e em algumas regiões do mundo. Na Região das Américas, por exemplo, a circulação do poliovírus selvagem, causador da poliomielite, foi erradicada e a circulação autóctona do vírus do sarampo acha-se em vias de erradicação.

O controle das doenças preveníveis por vacinação depende, basicamente, do sucesso de uma ampla cobertura de vacinação entre a população susceptível, de modo a garantir que, mesmo quando ocorram casos, estes não ocasionarão surtos da doença, pelo fato de ser reduzido o número de pessoas suscetíveis à doença.

Para conseguir estas amplas coberturas de vacinação foram implementadas grandes campanhas, capazes de alcançar, em um curto espaço de tempo, a administração das vacinas a um grande número de pessoas suscetíveis. Associou-se estreitamente a manutenção dessas amplas coberturas à contínua disponibilidade de vacinas e sua administração através da rede de serviços de saúde. Para tanto, enfatizou-se, especialmente nos últimos anos, a importância de reduzir as oportunidades perdidas de vacinação. Entende-se por oportunidades perdidas de vacinação todos aqueles momentos em que uma pessoa entra em contato com um serviço ou pessoal de saúde, e o momento não é aproveitado para verificar o estado de vacinação ou para administrar (ou programar a administração) as vacinas.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui, no atendimento de cada criança levada a um serviço de saúde, a verificação de seu estado de vacinação, bem como a administração das vacinas necessárias. Tendo em mente que esta estratégia é aplicada em todas as consultas nos serviços de saúde de crianças com menos de cinco anos, espera-se que sua aplicação sistemática contribua, em grande medida, para a redução das oportunidades perdidas de vacinação e para melhorar a cobertura de vacinação das crianças das áreas cobertas por cada serviço ou pessoal de saúde.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a cobertura de vacinação de crianças com menos de cinco anos.

METODOLOGIA

Um ou mais serviços de saúde devem ser selecionados de modo a reunir um número suficiente de crianças cujo estado de vacinação será avaliado antes e depois da implementação da estratégia AIDPI. A implementação da estratégia AIDPI deve garantir a aplicação sistemática das etapas nela estabelecidas para a avaliação, a classificação e o tratamento das crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde para consulta, incluindo o componente de avaliação da criança e a administração das vacinas necessárias para que a criança tenha seu esquema completo para a sua idade.

A aplicação correta desse componente é essencial para que se possa determinar o impacto da estratégia AIDPI sobre o estado de vacinação das crianças com menos de cinco anos atendidas nos serviços de saúde. Esse componente inclui a administração das vacinas que sejam necessárias, em conformidade com a idade da criança e a educação da mãe, durante a consulta e depois dela, com o fim de fomentar a administração das vacinas nas idades recomendadas e evitar atrasos no esquema de vacinação. Incluem-se entre essas atividades: palestras, reuniões e outros tipos de comunicação interpessoal no serviço de saúde ou na comunidade.

A verificação do estado de vacinação também poderia incluir a organização de um mecanismo de controle destinado a identificar as crianças que estejam atrasadas em seus esquemas de vacinação, tal como um fichário/calendário, por exemplo, bem como uma procura ativa dessas crianças para a administração das vacinas correspondentes.

O estudo da cobertura de vacinação antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI poderá realizar-se basicamente de duas maneiras:

- O controle do esquema de vacinação das crianças da comunidade que sejam atendidas nos serviços de saúde.
- O controle do esquema de vacinação das crianças levadas aos serviços de saúde para consulta.

A primeira forma de obter essas informações é a mais adequada para se saber qual é a situação da cobertura. No entanto, é preciso que se leve em conta que, se muitas crianças da comunidade não estiverem freqüentando o serviço de saúde escolhido para o estudo (seja porque a população não o utiliza ou porque utiliza outros serviços de saúde), a aplicação da estratégia de AIDPI nesse serviço não modificará a situação. Outras atividades, incluindo a procura ativa na comunidade, deverão ser implementadas, ou a aplicação da estratégia AIDPI deverá ser estendida a todos os serviços de saúde que sejam utilizados pela população objeto do estudo.

A avaliação da cobertura de vacinação antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI, com base nas crianças levadas ao serviço de saúde para consulta, permite observar o efeito direto da atividade do serviço, mas não se pode extrapolar este resultado para o restante da população.

Procedimentos

- Se o estudo for realizado na comunidade, deve-se proceder da seguinte maneira:
 - Selecionar as áreas que serão estudadas, com base na população que é usuária ou que está coberta pelos serviços que participarão do estudo e definir se a população total será estudada ou se somente uma amostra da mesma.
 - Calcular o tamanho da amostra que terá que ser estudada, com base na cobertura de vacinação que se espera encontrar e o incremento que se espera alcançar no período de duração do estudo. Pode-se estudar a cobertura de vacinação para cada vacina incluída no esquema individualmente, ou para todas as vacinas. Pode-se também estabelecer outra diferença, se as vacinas foram administradas na idade recomendada ou se houve atraso em sua administração. Caso estes desdobramentos sejam realizados, deve-se calcular o tamanho da amostra para cada um dos grupos. Ver Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à implementação da estratégia AIDPI.
 - Definir a metodologia que será utilizada para que a amostra seja obtida aleatoriamente e seja representativa da população em estudo. Isto deverá ser feito tanto para o estudo inicial como para o estudo posterior, o que permitirá avaliar o impacto obtido desde a aplicação da estratégia AIDPI. Ver Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.
- Se o estudo se realizar no serviço de saúde, deve-se proceder da seguinte maneira:
 - Definir se toda a população infantil que frequenta o serviço de saúde será incluída no estudo ou se somente uma amostra desta será incluída. É sempre recomendável, estudar o maior número possível de crianças, e a definição desse número deverá basear-se na cobertura de vacinação que se espera obter e no impacto que se espera alcançar a partir da aplicação da estratégia AIDPI.
 - Definir o mecanismo que será utilizado para o registro das informações sobre o estado de vacinação das crianças levadas para consulta e a forma como se vai garantir que a mesma criança não será avaliada duas ou mais vezes. Se o estudo for baseado nos registros disponíveis no serviço de saúde, pode-se garantir, de certa maneira, que a mesma criança não será computada duas vezes. Contudo, se o estudo for realizado com base nos registros em poder da mãe, por exemplo, Cartão de Vacinação, deve-se implementar alguma forma de identificação que evite o risco de incluir duas vezes a mesma criança, por exemplo, deve-se incluir um formulário com a identificação de cada caso e uma marca nos Cartões de Vacinação incluídos no estudo.
- Seja qual for o tipo de estudo (com base na comunidade ou no serviço de saúde), deve-se incluir as seguintes etapas:

- Solicitar da mãe o Cartão de Vacinação, ou qualquer outro registro que se esteja utilizando, para anotar a administração das vacinas nas crianças, seja em casa (se o estudo se realizar na comunidade), seja na consulta (se o estudo se realizar no serviço de saúde).
- Verificar as vacinas que a criança recebeu, de acordo com o cartão, e definir se o esquema de vacinação está completo para a sua idade. Para isto, deve-se definir previamente como serão consideradas as crianças que estão atrasadas com o esquema de vacinação, especialmente em relação às vacinas de várias doses. Por exemplo, uma criança que iniciou seu esquema com as vacinas contra a poliomielite e a vacina tríplice aos quatro meses de idade e hoje está com cinco meses, está com o esquema de vacinação atrasado, porém não incompleto, levando em consideração que deverá receber a segunda dose de ambas vacinas aos seis meses de idade. Nesse sentido, sugere-se avaliar somente se o esquema de vacinação está completo e, caso seja incluída no estudo, avaliar separadamente o atraso no início do esquema.
- Anotar o resultado da verificação do Cartão de Vacinação da criança e nele fazer uma anotação de que a criança foi incluída no estudo, para evitar tornar a computar a mesma criança. Inclui-se, no Anexo 23.A, um modelo de formulário para anotar os resultados.
- Repetir este procedimento até completar o número de crianças que se decidiu incluir na amostra.
- Este mesmo procedimento deverá ser repetido um certo tempo depois de implantada a estratégia AIDPI no serviço de saúde, para que se possa avaliar o impacto desta na cobertura de vacinação.

O Anexo 23.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações, seguido das instruções para seu preenchimento e os indicadores sugeridos. Com base nas informações do Quadro, pode-se calcular os indicadores relacionados com a cobertura de vacinação para cada grupo etário e para cada vacina. Neste último caso, é importante saber se a criança recebeu todas as doses daquelas vacinas que requerem várias doses.

Para calcular os indicadores, deve-se descartar aqueles casos em que não se dispunha de informações a respeito do estado de vacinação. Para isto, será preciso subtrair dos números incluídos na segunda coluna (**Total de Crianças Estudadas**), os números incluídos na última coluna (**Sem Informações**). Os resultados obtidos dessa subtração serão utilizados como denominador.

Se a proporção de crianças cujo estado de vacinação se desconhece for alta (mais de 40%), os resultados do estudo serão limitados. A Tabela 23.1 inclui alguns exemplos de indicadores a serem calculados, bem como a fórmula para cada cálculo.

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores que foram escolhidos a fim de saber se a implementação da estratégia produziu mudanças nos componentes estudados. Para o cálculo dessa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Considerações especiais

- O serviço de saúde deve ter implantado um sistema de registro da vacinação das crianças que deve incluir a entrega às famílias de um Cartão de Vacinação (especialmente se o estudo for realizado com base na comunidade).
- A avaliação do estado de vacinação da criança deve ser uma prática usual na consulta infantil, independentemente da razão pela qual a mãe possa ter levado a criança, e a comunidade deve saber desta prática. Desta maneira, a maioria das mães e outros responsáveis pelo cuidado e atenção da criança em casa, já virão para a consulta trazendo o Cartão.
- A avaliação do impacto da estratégia será mais completa se, na segunda avaliação, se verificar se as crianças detectadas com esquema incompleto na primeira avaliação, estão atualmente com seu esquema completo. Isto permitirá verificar se o serviço de saúde está realmente controlando o esquema de vacinação das crianças trazidas à consulta e procedendo em conformidade com os achados (isto é, vacinando as crianças com esquemas incompletos ou programando e efetuando essa vacinação).

Tabela 23.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de todas as crianças estudadas que estão com o esquema de vacinação completo para sua idade	Número total de crianças com o esquema de vacinação completo para sua idade	Número total de crianças estudadas menos o número de crianças estudadas sem informação sobre o estado de vacinação
Proporção de crianças com menos de um mês, vacinadas com BCG	Número de crianças com menos de um mês, vacinadas com BCG	Número de crianças estudadas, com menos de um mês menos o número de crianças, com menos de um mês, sem informação sobre o estado de vacinação com BCG
Proporção de crianças de 12 a 18 meses com esquema de vacinação completo para sua idade	Número de crianças de 12 a 18 meses com todas as vacinas que correspondem a sua idade administradas	Número total de crianças de 12 a 18 meses estudadas menos o número de crianças de 12 a 18 meses sem informação sobre o estado de vacinação

ANEXO 23. B
COBERTURA DE VACINAÇÃO
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Ano: _____

GRUPO ETÁRIO	TOTAL DE CRIANÇAS ESTUDADAS	ESQUEMA COMPLETO	VACINAS				SEM INFORMAÇÃO
			BCG	SABIN	TRÍPLICE	ANTI-SARAMPO	
TOTAL							
<1 MÊS							
1-3 MESES							
4-5 MESES							
6-11 MESES							
12-17 MESES							
18-23 MESES							
2-4 ANOS							

Observações:

Para preencher o Quadro de Consolidação da Informação:

O Quadro deverá ser preenchido durante a avaliação do estado de vacinação que o pessoal de saúde realizar durante a consulta. Este quadro não visa identificar cada criança incluída no estudo. Portanto, para evitar incluir duas ou mais vezes uma mesma criança (se o estudo for realizado durante um período de vários dias) deve-se colocar uma marca ou identificação no Cartão da Criança, que permita identificá-la em consultas futuras. Se a intenção for identificar a criança também no registro preenchido no serviço de saúde, deve-se utilizar um formulário como o do modelo do Anexo 23.A. Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações, proceder da seguinte maneira:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) que corresponder à informação. Se o registro for utilizado durante vários dias, anotar a data em que se iniciou o período e, quando o quadro estiver completo, anotar a data final.
2. Ao realizar a verificação do estado de vacinação da criança, pedir o Cartão de Vacinação da Criança.
3. Identificar o grupo etário da criança e selecionar a linha correspondente. Sempre colocar uma marca na segunda coluna dessa linha, correspondente ao número total de crianças desse grupo etário cujo estado de vacinação se esteja avaliando.
4. Observar o estado de vacinação da criança com relação a cada vacina, tendo em mente a idade recomendada para sua administração no Calendário de Vacinação utilizado no lugar, e a idade da criança.
5. Para cada uma das vacinas que a criança deva ter recebido em conformidade com sua idade, colocar uma marca (I) no quadrado correspondente à interseção da linha selecionada, de acordo com a idade da criança, e a coluna correspondente à vacina, se a vacina não tiver sido administrada à criança. Se a vacina requer várias doses, colocar uma marca somente se a criança recebeu as doses correspondentes a sua idade. Quando se tratar de vacinas de várias doses, se a criança iniciou o esquema de vacinação com atraso, só considerar seu esquema completo se, na ocasião da avaliação, tiver recebido as doses necessárias com base no esquema atrasado. Por exemplo, uma criança de cinco meses de idade, na ocasião da avaliação, que tenha iniciado o esquema de vacinação com as primeiras doses da vacina Sabin e da tríplice aos quatro meses será considerada como tendo o esquema completo. No caso dessas crianças, se por ocasião da avaliação houver novo atraso na administração das doses subsequentes, considerar o esquema incompleto.
6. Se o esquema de vacinação da criança estiver incompleto em relação a uma ou mais vacinas, não colocar nenhuma marca no quadrado correspondente a estas vacinas.
7. Se o esquema de vacinação da criança estiver completo para todas as vacinas que deve ter recebido de acordo com sua idade, colocar uma marca na terceira coluna, no quadrado correspondente à linha representando a idade da criança.

8. Caso não se disponha de informações sobre o estado de vacinação da criança, colocar uma marca na última coluna, desde que o quadrado corresponda à linha que inclui a idade da criança.
9. Uma vez completada a revisão do estado de vacinação de todas as crianças que foram consultadas durante todo o período, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
10. A seguir, deve-se somar os números que aparecem nos quadrados de cada coluna e anotar o resultado na fila correspondente ao Total.

PROTOCOLO 24

IMPACTO DA ESTRATÉGIA AIDPI SOBRE A COBERTURA DE CONTROLE DO ESTADO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A desnutrição é um dos principais fatores de risco que podem pôr em perigo a saúde da criança por torná-la mais suscetível às infecções e a seu agravamento. Durante os primeiros anos de vida é essencial que a alimentação da criança seja adequada, não apenas para possibilitar seu desenvolvimento normal, mas também para dotá-la das defesas necessárias para reagir a agentes externos que podem fazer com que ela adoença. Por esta razão, a vigilância do crescimento e do estado de nutrição da criança é da maior importância para garantir a imediata detecção de um atraso no crescimento normal, a fim de colocar em prática as medidas que permitam modificar essa situação.

O controle do estado nutricional da criança deve ser feito com frequência, especialmente durante os primeiros meses de vida e, embora deva se prolongar por toda a infância, durante os primeiros cinco anos, ele deve ser feito periodicamente.

Apesar de sua importância, o controle do estado nutricional da criança nem sempre é realizado sistematicamente nos serviços de saúde. Em muitos casos, ainda que as crianças sejam medidas e pesadas, esses dados não são utilizados para determinar seu estado nutricional, perdendo-se a oportunidade de detectar a tempo um atraso no crescimento.

Por sua importância como fator de risco de doenças e de seu agravamento, assim como por constituir um problema de saúde para as crianças de países em desenvolvimento, o controle do estado de nutrição faz parte da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. A aplicação da estratégia AIDPI nos serviços de saúde contribui para a identificação de problemas no estado nutricional das crianças e para a realização do tratamento necessário, ajudando, assim, a reduzir o risco de doenças em crianças com menos de cinco anos.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre a cobertura de controle do estado nutricional das crianças com menos de cinco anos.

METODOLOGIA

Deve-se selecionar um ou mais serviços de saúde onde serão avaliadas as mudanças produzidas no controle do estado de nutrição das crianças levadas para consulta, após a aplicação da estratégia AIDPI.

Deve-se determinar o número de crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de saúde para consulta cujo estado nutricional foi avaliado e a proporção que estas consultas representam sobre o total das consultas realizadas nestes serviços de crianças deste grupo etário, antes e depois de se ter implantado a estratégia AIDPI.

Deve-se levar em consideração que a aplicação da estratégia AIDPI em um serviço de saúde significa que as crianças atendidas neste serviço são pesadas (e eventualmente medidas) sistematicamente, e que essas determinações são utilizadas para classificar seu estado nutricional, com base no lugar em que seu peso se enquadra na curva de peso para a idade, ou então, com base na metodologia adotada pelo país para a classificação do estado nutricional da criança.

Para calcular a cobertura de controle do estado nutricional das crianças levadas para consulta, deve-se dispor dos registros necessários para poder verificar se o controle está sendo realmente realizado. Considerando-se que para isto é necessário ter, não só a medida do peso (e da altura, eventualmente), como também a classificação da criança de acordo com os achados, é preciso contar com um registro, não só do valor de ambas determinações, mas também com um registro da classificação destes valores. Para isto, os registros deverão mostrar a classificação nutricional da criança anotada pelo pessoal de saúde (com base no peso), ou a localização do ponto em que a criança se encontra na curva de peso para a idade na ocasião de cada consulta.

Pode-se obter estas informações em diferentes fontes, dependendo do serviço de saúde, entre as quais podem ser citadas:

- O prontuário clínico da criança ou qualquer outro registro no qual conste a curva de peso para a idade para nele colocar as medidas que forem sendo tomadas conforme a criança for crescendo.
- O registro de consulta ambulatorial onde conste a curva de peso para a idade ou um determinado espaço para que o pessoal de saúde coloque a classificação nutricional que a criança recebeu nessa consulta.
- Eventualmente, também se poderia obter as informações do Cartão da Criança que a mãe possui.

Se não for possível contar com nenhum desses registros, não será possível avaliar se o pessoal de saúde realizou ou não o controle do estado nutricional da criança e, portanto, deve-se avaliar a possibilidade e a necessidade de implementar algum sistema de registro com esta finalidade.

Para calcular o tamanho da amostra a ser estudada e o período de observação, deve-se ter em conta a situação do problema a ser estudado antes da aplicação da estratégia, ou em seu início, e o impacto esperado. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos no Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas, onde se faz uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da estratégia AIDPI.

Para realizar o estudo, indica-se o seguinte procedimento:

1. Selecionar os registros das consultas de crianças com menos de cinco anos correspondente a determinado período, de modo a reunir um número suficiente de consultas.
2. Para cada uma das crianças que se consultou, verificar se durante a consulta a criança foi pesada (e eventualmente teve sua altura medida) e se, com base nessas determinações teve

seu estado nutricional classificado, seja mediante a curva de peso para a idade ou chegando à conclusão sobre o estado nutricional.

3. Com base na informação obtida, pode-se calcular a proporção das crianças atendidas que foram avaliadas para determinar sua condição nutricional.
4. Essa proporção deve ser calculada antes e depois de aplicada a estratégia AIDPI, de modo que seja possível avaliar se sua implantação aumentou a prática da avaliação do estado nutricional das crianças durante a consulta.

No Anexo 24.A apresenta-se um modelo de Formulário para a Compilação das Informações a partir dos registros dos serviços de consulta externa.

No Anexo 24.B apresenta-se um modelo de Quadro de Consolidação das Informações para a tabulação dos resultados do estudo e, a seguir, as instruções para seu preenchimento.

Com base nas informações do Quadro, pode-se calcular os indicadores relativos ao controle do estado nutricional das crianças levadas ao serviço de saúde para consulta e, se forem incluídas no estudo, o estado nutricional das crianças consultadas. Neste último caso, deve-se levar em consideração que, se uma proporção elevada de crianças não tiver o peso (ou a altura) registrado, a distribuição do estado nutricional que se obtenha não será representativa das consultas realizadas.

Os indicadores da Tabela 24.1 são somente exemplos. Com base nos mesmos, pode-se calcular a cobertura do controle do estado nutricional no serviço de saúde, seja para o total de crianças com menos de cinco anos, seja para cada grupo etário.

Tabela 24.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção das crianças que foram pesadas na consulta ao serviço de saúde, dentre todas as crianças atendidas	Número total de crianças com o peso registrado no prontuário clínico ou no registro que corresponder à consulta	Número total de crianças atendidas
Proporção das crianças que foram medidas na consulta ao serviço de saúde, dentre todas as crianças atendidas	Número total de crianças com a altura registrada no prontuário clínico ou no registro que corresponder à consulta	Número total de crianças atendidas
Proporção de crianças para quem se registrou a classificação nutricional na consulta ao serviço de saúde, dentre todas as crianças atendidas	Número total de crianças com a classificação nutricional registrada no prontuário clínico ou no registro que corresponder à consulta	Número total de crianças atendidas

Por último, deve-se realizar uma verificação da hipótese para os indicadores que foram selecionados a fim de se saber se a implementação da estratégia acarretou mudanças nos componentes estudados. Para calcular essa verificação deve-se consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II,

Considerações especiais

- Para a execução deste estudo, deve-se poder contar com um serviço de saúde que tenha implementado um sistema de registro de peso (e eventualmente de altura) das crianças consultadas, bem como um registro da classificação nutricional realizada pelo pessoal de saúde com base nesses dados. Não sendo este o caso, é possível que os resultados mostrem que a maioria das crianças não teve seu estado nutricional avaliado, quando na verdade a maioria das crianças foi submetida à avaliação, embora os dados deste procedimento não tenham sido registrados.
- O estudo também pode incluir o resultado da avaliação do estado nutricional das crianças levadas aos serviços de saúde para consulta; o estudo não precisa responder apenas à questão sobre a existência da consulta - se a consulta aconteceu ou não. Para isto, pode-se utilizar o mesmo Quadro de Consolidação das Informações sugerido, porém a coluna "SIM" dentro de "Avaliação Nutricional", deverá ser subdividida nas diferentes categorias que orientam a classificação do estado nutricional da criança: desnutrição grave, peso muito baixo para a idade, peso baixo para a idade, peso normal para a idade.

ANEXO 24. B
COBERTURA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde: _____ Período/Anos: _____

GRUPO ETÁRIO	TOTAL DE CRIANÇAS ESTUDADAS	MEDIDA DO PESO		MEDIDA DA ALTURA		COM CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL	
		SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
TOTAL							
<2 MESES							
2-11 MESES							
1 A 4 ANOS							

Observações:

Para preencher o Formulário de Compilação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Formulário, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente à informação que será registrada.
2. Selecionar o Registro Diário de Consultas correspondente ao primeiro dia do período a ser estudado.
3. Examinar o Registro até encontrar a primeira criança com menos de cinco anos no período escolhido e localizar seu prontuário clínico.
4. Anotar os dados do Formulário: sobrenome e nome, idade e os seguintes dados relacionados com a determinação do estado nutricional: se o peso foi ou não registrado, se a altura foi ou não registrada e se a classificação nutricional foi ou não registrada.
5. Se a decisão for avaliar também o estado de nutrição e não somente se este foi determinado pelo pessoal de saúde, pode-se dividir a oitava coluna do Formulário de Compilação das Informações (Classificação Nutricional: SIM) nas quatro classificações nutricionais recomendadas pela estratégia AIDPI: Desnutrição Grave, Peso Muito Baixo, Peso Baixo ou Normal. A seguir, deve-se colocar a marca (I) na coluna que corresponder.

Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações:

1. Preencher a parte superior do Quadro, anotando o nome do serviço de saúde e o período (semana, mês, meses e o ano) correspondente à informação que se tabulará.
2. Usando como base o Formulário de Compilação das Informações, identificar a primeira criança registrada levada ao serviço de saúde para consulta. Conforme a idade da criança, escolher a linha correspondente do Quadro e colocar uma marca (I) na segunda coluna **Total de Crianças Estudadas**.
 - (a) Se o peso da criança estava registrado, colocar uma marca (I) na terceira coluna SIM da linha que corresponder à idade da criança; se não se encontrou o peso, colocar uma marca (I) na quarta coluna **NÃO**.
 - (b) Se a altura da criança estava registrada, colocar uma marca (I) na quinta coluna SIM da linha que corresponder à idade da criança; se a altura não foi encontrada, colocar uma marca (I) na sexta coluna **NÃO**.
 - (c) Se a classificação nutricional da criança estava registrada com base nos dados clínicos, bem como o peso e a idade (e a altura, se for o caso), colocar uma marca (I) na sétima coluna SIM da linha que corresponder à idade da criança; se não se encontrou essa classificação, colocar uma marca (I) na oitava coluna **NÃO**.
 - (d) Se a decisão for avaliar também o estado de nutrição e não somente se este foi determinado pelo pessoal de saúde, colocar uma marca (I) na coluna que corresponder: Desnutrição Grave, Peso Muito Baixo, Peso Baixo ou Normal em que se dividiu a coluna **SIM** correspondente à avaliação nutricional.

3. Uma vez completado o exame do estado nutricional de todas as crianças consultadas durante o período escolhido, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado e anotar o resultado em cada um deles.
4. Somar todos os números que aparecem nos quadrados de cada coluna para obter as cifras que correspondem à segunda **linha Total** e verificar se coincidem com o número total de marcas colocadas para cada grupo etário na segunda **coluna Total**.

PARTE VI

PESQUISAS SOBRE NORMAS TÉCNICAS DE MANEJO DE CASOS DA ESTRATÉGIA AIDPI

PROTOCOLO 25

VALIDEZ DOS SINAIS CLÍNICOS PARA A AVALIAÇÃO E A CLASSIFICAÇÃO DE ANEMIA EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A anemia é um problema de saúde de grande importância devido à acentuada influência que tem no crescimento e no desenvolvimento normais das crianças. Nos países em desenvolvimento, a anemia está associada a diversos fatores, entre os quais se sobressaem a dieta inadequada, devido ao baixo teor de ferro (anemia ferropriva), e a elevada prevalência de parasitoses intestinais.

A detecção precoce e o tratamento adequado da anemia em crianças são métodos eficazes para reduzir sua prevalência e diminuir sua importância como fator de risco para o crescimento e o desenvolvimento normais da criança. Contudo, a detecção precoce da anemia demanda o emprego de técnicas de laboratório que permitam estabelecer a concentração média de hemoglobina, uma vez que os sinais e sintomas observáveis clinicamente não se manifestam a não ser depois de haver ocorrido uma queda acentuada desse indicador.

Em muitos países em desenvolvimento, as técnicas de laboratório para o diagnóstico precoce de anemia ainda não se acham acessíveis na maior parte dos serviços de saúde. Por esta razão muitos casos de anemia só são detectados quando a Concentração Média de Hemoglobina (CMHb) atinge um nível muito baixo. Como isto se associa a uma probabilidade maior de complicações e riscos para a criança, a utilização de sinais e sintomas clínicos que permitam avaliar a presença ou ausência de anemia é de suma importância.

A estratégia AIDPI se propõe a avaliar a presença ou ausência de anemia nas crianças de dois meses a 4 anos de idade por meio da observação do sinal palidez palmar. Se a palidez palmar for intensa, classifica-se o caso como anemia grave, e se a palidez palmar for moderada, classifica-se o caso como anemia. Posto que esse sinal poderia ser utilizado por pessoal de saúde devidamente capacitado, sem requerer o uso de laboratório, esse tipo de avaliação tem grande importância para a ampliação da cobertura da detecção e para o tratamento de casos de anemia em crianças.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Determinar a validade dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* para a identificação de crianças de dois meses a quatro anos de idade com anemia grave e anemia.

Objetivos específicos

- Determinar a sensibilidade e a especificidade do sinal *palidez palmar intensa* e a Concentração Média de Hemoglobina abaixo de cinco gramas por decilitro em crianças de dois meses a quatro anos de idade.
- Determinar a sensibilidade e a especificidade do sinal *palidez palmar moderada* e a Concentração Média de Hemoglobina entre cinco e 11 gramas por decilitro em crianças de dois meses a quatro anos de idade.
- Determinar a sensibilidade e a especificidade do sinal *sem palidez palmar* e a Concentração Média de Hemoglobina superior a 12 gramas por decilitro em crianças de dois meses a quatro anos de idade.
- Estabelecer a relação entre anemia com Concentração Média de Hemoglobina abaixo de cinco gramas por decilitro (Anemia Grave) e as classificações da estratégia AIDPI que recomendam referência ao Hospital (sinais gerais de perigo, pneumonia grave ou doença muito grave, diarreia persistente grave, doença febril muito grave, sarampo grave com complicações, mastoidite, desnutrição grave).
- As concentrações de hemoglobina que definem a presença de anemia e anemia grave podem ser ajustadas para que coincidam com os padrões em uso no país ou área do estudo.

METODOLOGIA

População a ser estudada

Serão estudadas crianças de dois meses a quatro anos de idade que foram levadas aos serviços de saúde para consulta e que sejam classificadas pelo pessoal de saúde como tendo *palidez palmar intensa* ou *palidez palmar moderada*.

Para cada uma das criança ingressadas no estudo, se selecionará outra que não tenha sido classificada, pelo pessoal de saúde, como tendo *palidez palmar intensa* ou *palidez palmar moderada*, e que tenha as mesmas características de idade, sexo, raça, estado nutricional e classificação de doença (exceto em relação com anemia).

A metodologia proposta de casos e controles em pares permite determinar a sensibilidade e a especificidade do sinal palidez palmar para detectar as anemias, mas não permite determinar o valor previsível do sinal. O Anexo 25.B apresenta uma resenha sobre as metodologias para validar sinais clínicos.

Critérios para a seleção dos serviços de saúde e do pessoal que realizará o estudo.

Os serviços de saúde que participarem do estudo deverão receber um grande número de consultas de crianças de dois meses a quatro anos de idade. Deverão poder determinar a Concentração Média de Hemoglobina, e para isto é sugerido o uso de um micrométodo para analisar sangue integral obtido por punção digital.

Os ambientes nos quais as consultas forem realizadas deverão estar à mesma temperatura, de modo a evitar a possibilidade de erros associados a variações da temperatura ambiente.

Os observadores que realizarem o estudo deverão ter sido previamente capacitados na aplicação da estratégia AIDPI, em geral, e na avaliação dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada*, em particular.

Depois da capacitação, os observadores deverão ser avaliados por um leitor de referência para definir o grau de concordância entre a classificação que esses realizem e a do leitor de referência. Deve-se estabelecer uma porcentagem limite para essa concordância, abaixo da qual os observadores não poderão participar do estudo.

Recomenda-se controlar essa porcentagem de concordância também durante a duração do estudo, selecionando aleatoriamente algumas crianças avaliadas e classificadas por cada um dos observadores que dele participem. Estes também serão avaliados e classificados pelo leitor de referência. Deve-se incluir nessa seleção crianças classificadas pelo observador como tendo *palidez palmar intensa*, *palidez palmar moderada*, ou *sem palidez palmar*.

Caso a porcentagem de concordância de um observador seja inaceitável (menor que 90%) durante o estudo, os casos incluídos no estudo, por esse observador, serão excluídos (tanto aqueles classificados como tendo *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* como os que não receberam essa classificação por esse observador e que também foram incluídos).

Tamanho da população a ser estudada

Considera-se ser conveniente obter um número de pelo menos 100 crianças classificadas como tendo *palidez palmar intensa* e outras 100 crianças classificadas como tendo *palidez palmar moderada* para servir como base. Entretanto, esses números deverão ser ajustados de acordo com o número de grupos diferentes em que se queira dividir a amostra total para estudar possíveis variações na associação dos sinais com a CMHb, em função de variáveis tais como:

- Idade da criança (dois a 11 meses, um ano, dois a quatro anos)
- Raça
- Estado nutricional
- Classificação segundo a estratégia AIDPI (por exemplo, doença muito grave, malária, ou classificações que só necessitem de tratamento sintomático no lar)

Registro e processamento das informações

Para o registro das informações, pode-se utilizar o Formulário de Registro de Atenção à Criança de Dois Meses a Quatro Anos de Idade da estratégia AIDPI para a avaliação, classificação e tratamento, no qual aparecem os sinais que a criança apresenta e a classificação do quadro clínico em conformidade com os mesmos.

Como as crianças classificadas como tendo *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* passarão por exame laboratorial para determinar a CMHb, deve-se organizar a forma como os registros dessas crianças serão completados para neles se anotar o resultado obtido.

Deve-se organizar, igualmente, a forma como se realizará o estudo de um número similar de crianças controle que foram classificadas como *sem palidez palmar* pelo pessoal de saúde, e a forma como se registrarão os resultados da CMHb.

Para ambos os casos é indicada a anotação do valor obtido por essa determinação de laboratório no quadrado reservado para anotar a classificação correspondente ao espaço. *Verificar, a seguir, se apresenta desnutrição ou anemia*, no Formulário de Registro de Atenção à Criança de Dois Meses a Quatro Anos de Idade.

Para sistematizar a informação relativa aos três primeiros objetivos específicos, propõe-se a utilização do Quadro do Anexo 25.A. Para sistematizar a informação em relação com o quarto dos objetivos específicos, pode-se incorporar uma coluna adicional a esse quadro (**Referido ao Hospital**), correspondente a todas as crianças incluídas no estudo que foram referidas ao hospital por qualquer que tenha sido a classificação.

Para calcular os indicadores

Usando como base a informação do Quadro de Consolidação das Informações, pode-se calcular a sensibilidade e a especificidade dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada*, tomando-se como *padrão-ouro (gold standard)* a CMHb obtida no laboratório. As fórmulas para esses cálculos encontram-se no Anexo 25.B.

Desse modo, será possível estabelecer qual a proporção de crianças com anemia e com anemia grave que são detectadas como tais, mediante a observação da palidez palmar, por observadores capacitados e controlados por um leitor de referência.

Na Tabela 25.1 incluem-se alguns exemplos de indicadores para serem calculados, bem como a fórmula para seu cálculo. Os indicadores só foram incluídos como exemplo, podendo-se calcular também outros tipos de relações a partir dos dados do Quadro do Anexo 25.A. Em todos os casos, deve-se recordar que os indicadores podem ser calculados para cada grupo etário.

Tabela 25.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Sensibilidade do sinal palidez palmar intensa (PPI) para o diagnóstico de anemia grave	Número de crianças com PPI e com CMHb <5 gr/dl	Número total de crianças com CMHb <5 gr/dl
Sensibilidade do sinal palidez palmar moderada (PPM) para o diagnóstico de anemia	Número de crianças com PPM e com CMHb 5-11 gr/dl	Número total de crianças com CMHb 5-11 gr/dl
Especificidade do sinal PPI para o diagnóstico de anemia grave	Número de crianças sem PPI e com CMHb de 5 gr/dl ou mais	Número total de crianças com CMHb >5 gr/dl
Especificidade do sinal PPM para o diagnóstico de anemia	Número de crianças sem PPM e com CMHb de 5-11 gr/dl	Número de crianças com CMHb <5 gr/dl + Número de crianças com CMHb 12 ou mais gr/dl
Sensibilidade do sinal palidez palmar (intensa e moderada) para o diagnóstico de anemia	Número de crianças com algum tipo de palidez palmar e com CMHb <12 gr/dl	Número de crianças com CMHb <12 gr/dl
Especificidade do sinal palidez palmar (intensa e moderada) para o diagnóstico de anemia	Número de crianças sem nenhum tipo de palidez palmar e com CMHb de 12 ou mais gr/dl	Número de crianças com CMHb de 12 ou mais gr/dl
Proporção de crianças com CMHb<5 gr/dl referidas ao hospital por qualquer causa, independentemente da classificação de palidez palmar	Número de crianças com CMHb<5 gr/dl referidas ao hospital	Número total de crianças com CMHb <5 gr/dl

ANEXO 25.A
ESTUDO DAS RELAÇÕES ENTRE A PALIDEZ PALMAR E A CONCENTRAÇÃO MÉDIA DE
HEMOGLOBINA EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço: _____ Período: _____

	CMHb <5gr/dl	CMHb 5-11gr/dl	CMHb ≥12gr/dl	TOTAL
PALIDEZ PALMAR INTENSA				
PALIDEZ PALMAR MODERADA				
SEM PALIDEZ PALMAR				
TOTAL				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações

O Quadro de Consolidação das Informações pode ser utilizado para sistematizar as informações completas como também pode ser utilizado um quadro para cada grupo em que a divisão da população estudada tenha sido prevista. Por exemplo, caso se estude a população dividida em diferentes grupos etários, deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário. Caso se separe a população em estudo de acordo com outras variáveis (sexo, raça, época do ano, etc.) também deverão ser confeccionados tantos quadros quantos sejam os grupos que se tenha estabelecido.

Para o preenchimento do Quadro proceder-se-á da seguinte maneira:

1. Completar a parte superior do quadro indicando o serviço de saúde e o período em que se realizou o estudo.
2. Dos registros que foram separados tomar o primeiro para inclusão no estudo e observar:
 - 2.1 A classificação dada pelo pessoal de saúde com respeito ao sinal de palidez palmar.
 - 2.2 A CMHb obtida.
3. Escolher a linha que corresponder ao registro, de acordo com a classificação da palidez palmar (Palidez Palmar Intensa, Palidez Palmar Moderada ou Sem Palidez Palmar).
4. Observar no registro o resultado da CMHb obtido no laboratório e definir a coluna correspondente segundo seja "<5 gr/dl" ou "5-11 gr/dl" ou ">12 gr/dl".
5. Colocar uma marca (l) no quadrado como selecionado acima.
6. Proceder do mesmo modo com todos os registros separados.
7. Uma vez completado o exame de todos os registros, deve-se somar o número de marcas (l) em cada quadrado do quadro e anotar o resultado em cada um deles.
8. A seguir, os quadrados correspondentes serão somados para obter os totais da quinta linha.
9. Caso se estude o quarto objetivo específico, o quadro pode ser modificado subdividindo-se todas as colunas em duas subcolunas: **Referidos ao Hospital** e **Não Referidos ao Hospital**. Neste caso, para cada uma das crianças do estudo, deve-se verificar qual foi a decisão final tomada pelo pessoal de saúde sobre o tratamento, a fim de decidir em que subdivisão da coluna colocar a marca (l).

ANEXO 25.B

METODOLOGIA PARA A VALIDAÇÃO DE SINAIS CLÍNICOS

A metodologia para validar a palidez palmar como sinal de anemia, conforme proposto pelo Protocolo 25, é a metodologia de um estudo de casos e controles, em pares: para cada caso com palidez palmar incluído no estudo, seleciona-se um controle que não tenha palidez palmar, mas que reúna todas as demais características do caso. Esta metodologia, que é apropriada para estudar fatores de risco de doença, é útil para medir a sensibilidade e a especificidade de sinais clínicos, mas não permite determinar o valor previsível dos sinais para diagnosticar doenças.

Nos estudos sobre fatores de risco, seleciona-se um controle sem a doença (pode ser mais de um) para cada caso de doença. Ao comparar os pares — em que o fator de risco está presente no caso, e ausente no controle, com os pares inversos — em que o fator de risco está presente no controle, e ausente no caso —, mede-se o risco relativo, ou a probabilidade de que a doença ocorra naquelas crianças que têm o fator de risco em comparação com as que não o têm.

Nos estudos sobre a validação de sinais clínicos, o objetivo é determinar o valor patognomônico dos sinais na população na qual se vai aplicar o estudo. Por exemplo, o objetivo do Protocolo 25 é determinar o valor do sinal palidez palmar para detectar anemia nas crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de atenção primária à saúde para consulta. Os casos, são as crianças em quem se observa palidez palmar, e os controles, são todas as demais crianças nas quais não se observa palidez palmar durante o período em que se realiza o estudo. O valor previsível do sinal palidez palmar depende da sensibilidade e da especificidade do sinal, e da prevalência da anemia nesse grupo de consultantes. Se forem escolhidos controles em pares, estará sendo criada uma população artificial na qual, pelo fato de 50% ter o sinal palidez palmar, a prevalência de anemia pode ser muito mais alta do que a real, e o valor previsível desse sinal estará falsificado.

Por exemplo, em um estudo de 10.000 crianças com valores de sensibilidade (90%) e de especificidade (95%) da palidez palmar elevados,

- Se a prevalência de anemia for 50%, o valor previsível positivo do sinal palidez palmar para identificar anemia será 94,7%;
- Se a prevalência for 10%, o valor previsível positivo será 66,7%;
- Se a prevalência de anemia for 1%, o valor previsível positivo será 15,4%.

Por essa razão, os objetivos do Protocolo 25 limitam-se a medir a sensibilidade e a especificidade do sinal palidez palmar para detectar anemia. Se o que se deseja é determinar também os valores previsíveis positivo e negativo, deve-se modificar a metodologia. Os controles seriam todas as crianças sem palidez palmar que foram atendidas na consulta externa durante o período de seleção dos casos. Como se tem de realizar o estudo da concentração de hemoglobina em todos os casos e controles, isto pode significar problemas de viabilidade e de custo.

Se somente 1% das crianças consultadas apresenta palidez palmar e os controles têm que ser as demais crianças (99%), deve-se estar estatisticamente seguro sobre como determinar a amostra do estudo. Uma vez que se tenha determinado a amostra completa, incluindo casos e controles,

pode-se aumentar a viabilidade do estudo e diminuir o custo dos exames de hemoglobina, mediante a seleção de uma subamostra representativa dos controles. Desta maneira o exame de hemoglobina seria feito para todos os casos e para a subamostra de controles.

Os resultados do estudo acham-se sintetizados em tabelas quadricelulares que facilitam os cálculos de sensibilidade, de especificidade e de valor previsível.

**TABELA QUADRICELULAR SOBRE VALIDEZ DO SINAL
PALIDEZ PALMAR MODERADA PARA IDENTIFICAR CASOS DE ANEMIA**

		Concentração Média de Hemoglobina		TOTAL
		<5gr/dl + ≥12gr/dl (-)	5 - 11 gr/dl (+)	
Sinal Palidez Palmar Moderada	Presente (+)	a	b	a + b
	Ausente (-)	c	d	c + d
TOTAL		a + c	b + d	a + b + c + d

$$\text{Sensibilidade} = \frac{a}{a+c} = \frac{\text{Crianças com sinal positivo e CMHb positivo}}{\text{Total de crianças com CMHb positivo}}$$

$$\text{Especificidade} = \frac{d}{d+b} = \frac{\text{Crianças com sinal negativo e CMHb negativo}}{\text{Total de crianças com CMHb negativo}}$$

$$\text{Valor Previsível Positivo} = \frac{a}{a+b} = \frac{\text{Crianças com sinal positivo e CMHb positivo}}{\text{Total de crianças com sinal positivo}}$$

$$\text{Valor Previsível Negativo} = \frac{d}{c+d} = \frac{\text{Crianças com sinal negativo e CMHb negativo}}{\text{Total de crianças com sinal negativo}}$$

PROTOCOLO 26

CONCORDÂNCIA NA IDENTIFICAÇÃO DO SINAL PALIDEZ PALMAR ENTRE O PESSOAL DE SAÚDE CAPACITADO NA APLICAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDPI

INTRODUÇÃO

A utilização de sinais simples para avaliar a existência de anemia em crianças com menos de cinco anos é de grande importância já que representa uma alternativa em relação às técnicas de laboratório que, muitas vezes, não se encontram disponíveis nos serviços de saúde frequentados pela população. No entanto, o uso desses sinais para avaliar a existência de anemia apresenta alguns limites, não só no que diz respeito à sensibilidade do profissional de saúde que deve identificar corretamente as crianças com anemia, mas também no que diz respeito à variabilidade da identificação, tanto para o mesmo profissional como para profissionais diferentes.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância propõe o uso do sinal *palidez palmar* para identificar aquelas crianças com algum grau de anemia, fazendo a distinção entre crianças com *palidez palmar intensa*, como tendo anemia grave, e crianças com *palidez palmar moderada*, como tendo anemia. Este sinal demonstrou ser útil para identificar as crianças com anemia, mas é importante avaliar em que medida o pessoal de saúde capacitado na aplicação da estratégia é capaz de identificar corretamente o sinal.

OBJETIVO

Determinar a concordância na identificação dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* entre o pessoal capacitado no curso clínico da estratégia AIDPI. Para isto propõe-se:

- Estabelecer a concordância na identificação dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* entre o pessoal capacitado e um leitor de referência.
- Estabelecer a concordância entre diferentes trabalhadores capacitados na identificação dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada*.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada é constituída pelo pessoal de saúde capacitado na aplicação da estratégia AIDPI. Será solicitada a esse pessoal a avaliação dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* em crianças de dois meses a quatro anos de idade levadas aos serviços de saúde para consulta.

O pessoal de saúde que participar do estudo deverá ter feito o curso clínico AIDPI, no qual estão incluídos os aspectos teóricos e práticos relacionados com a avaliação, a classificação e o tratamento de anemia, com base no sinal *palidez palmar*.

A população a ser estudada pode ser dividida em função de outras variáveis, tais como a profissão (médicos de clínica geral, médicos especialistas, enfermeiras), ter ou não recebido uma visita de supervisão, o tipo de serviço de saúde onde desempenhe suas funções (hospital com laboratório, hospital sem laboratório mas com acesso a um, centro de saúde com acesso a laboratório, hospital ou centro de saúde sem acesso a laboratório), etc.

É muito importante ter em mente as características do curso de capacitação ao qual o pessoal - que foi incluído no estudo - foi submetido (as características devem ser semelhantes, a não ser que esta seja uma das variáveis do estudo), bem como o comparecimento do pessoal a todas as atividades previstas no mesmo.

Avaliação a ser realizada

O pessoal de saúde selecionado para participar do estudo deverá avaliar a presença ou não dos sinais *palidez palmar intensa* e *palidez palmar moderada* em crianças de dois meses a quatro anos de idade que procuram o serviço de saúde. A classificação realizada pelo pessoal será confirmada por um leitor de referência, que pode ser avaliado em função da concordância entre suas observações e a Concentração Média de Hemoglobina, tal como descrito no Protocolo 25.

A avaliação deve evitar a influência de um leitor sobre outro. Para isto, cada leitor deverá sentar-se de costas para o leitor seguinte ou, então, em ambientes separados que disponham da mesma iluminação e temperatura. Cada criança terá um cartão com um número que a identifique, o qual será apresentado a cada leitor. Cada um dos leitores terá, por sua vez, um formulário que constará de duas colunas; na primeira o leitor anotará o número de identificação da criança e, na outra, a interpretação que fizer da palma da criança.

Técnica de avaliação da palidez palmar

O sinal *palidez palmar* será avaliado de acordo com as recomendações do curso clínico AIDPI, e a classificação de cada criança também será realizada de acordo com o que tiver sido indicado no curso.

Tamanho da população a ser estudada

Para começar, considera-se conveniente obter um número de pelo menos 100 crianças classificadas como tendo *palidez palmar moderada* e 50 crianças classificadas como tendo *palidez palmar intensa*, tomando como base a leitura do leitor de referência. O número de crianças que se sugere para o sinal palidez palmar intensa deverá ser adaptado à prevalência de anemia grave no lugar, mas recomenda-se que o número de crianças neste grupo não seja inferior a 30.

O número de crianças a serem avaliadas, também deverá ser ajustado em conformidade com o número de grupos diferentes em que se queira analisar a concordância da leitura dos diferentes observadores. Por exemplo, se a decisão for fazer a avaliação em função da idade da criança, as cifras mencionadas antes deverão ser obtidas para os grupos de dois a 11 meses e de um a quatro anos. Da mesma forma, se o que se deseja é fazer a avaliação em função da raça (branca ou negra, por exemplo), deve-se também aplicar as considerações dadas sobre o número de crianças recomendado para os diferentes grupos que se constituírem em função dessa variável. O estudo

de outras variáveis deve ter em conta as mesmas recomendações. Estas outras variáveis podem ser, por exemplo:

- Estado nutricional.
- Classificação segundo a estratégia AIDPI (por exemplo, doença muito grave, ou malária, ou classificações que requeiram apenas tratamento sintomático no lar).

Consolidação dos dados

Cada observador deverá anotar sua própria identificação no final do formulário utilizado para registrar suas leituras, que pode ser seu nome e sobrenome, um código estipulado previamente, ou outra identificação da mesma natureza.

Uma vez terminadas as leituras, a pessoa responsável pelo processamento deverá reunir todos os formulários e transferir os dados de cada um dos leitores para um único formulário, podendo utilizar o Quadro 1 do Anexo 26.A, em cuja primeira coluna se registra o número designado a cada criança e, nas colunas seguintes, as leituras correspondentes realizadas por cada um dos leitores que serão comparados.

Caso se queira subdividir o grupo de crianças avaliadas, deve-se incluir no Quadro 1 o registro das informações correspondentes. Por exemplo, se as crianças avaliadas forem subdivididas segundo sua idade, raça ou sexo, deve-se anotar essa informação ao lado da identificação de cada criança (coluna 1 do Quadro), ou inserir colunas adicionais antes de iniciar o registro dos resultados da avaliação para cada observador.

Deve-se anular, e substituir com uma barra, todo resultado que se considerar duvidoso, seja por que motivo for.

Processamento e análise dos resultados obtidos

Uma vez terminada a consolidação dos dados, serão elaboradas as tabelas de concordâncias e discordâncias entre cada leitor e o leitor de referência, e entre os leitores entre si, tomando-os de dois em dois, ver Quadro 2 (Anexo 26.B). O mais importante será fazer as comparações entre cada leitor e o leitor de referência. No Quadro 2 os quadrados que correspondem às leituras onde há concordância entre os leitores acham-se marcados. As alternativas correspondentes às leituras do leitor de referência serão sempre colocadas no cabeçalho das colunas da tabela; as leituras dos demais leitores serão anotadas nas linhas, de acordo com a classificação dos quadrados da margem esquerda da tabela.

Ao término da construção de cada uma das tabelas, será feito o cálculo das concordâncias entre cada leitor e o de referência; para isto, somar-se-ão os números que aparecem nos quadrados correspondentes às concordâncias (os quadrados marcados) e esse resultado se dividirá pelo total de leituras válidas, que aparece no quadrado correspondente ao total geral, realizadas pelas duas pessoas que estão sendo comparadas. O resultado da divisão será multiplicado por 100 e este resultado será comparado com a porcentagem de concordâncias alcançadas pelo leitor de referência com os resultados da medição da hemoglobina no laboratório.

Para calcular os indicadores

Usando como base as informações do Quadro 2 do Anexo 26.B, pode-se calcular a porcentagem de concordância total e a porcentagem de concordância entre os positivos para cada observador com relação ao leitor de referência.

Na tabela 26.1 estão incluídos alguns exemplos de indicadores para serem calculados, bem como a fórmula para o cálculo.

Tabela 26.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de concordância global entre um observador e o leitor de referência	Número total de crianças classificadas do mesmo modo pelo observador e pelo leitor de referência	Número total de crianças classificadas pelo observador e pelo leitor de referência
Proporção de concordância entre um observador e o leitor de referência nos casos positivos	Número de crianças classificadas do mesmo modo pelo observador e pelo leitor de referência, excluindo as que foram classificadas como <i>sem palidez palmar</i> por ambos	Número total de crianças classificadas pelo observador e pelo leitor de referência, excluindo as que foram classificadas como <i>sem palidez palmar</i> por ambos

Os indicadores só foram incluídos como exemplo, podendo-se calcular também outros tipos de relações a partir dos dados do Quadro 2 do Anexo 26.B. Em todos os casos, os indicadores podem ser calculados para cada grupo em que se tenha dividido a população estudada em conformidade com sua idade, sexo, raça, etc.

ANEXO 26.B
ESTUDO SOBRE VARIAÇÕES NA CLASSIFICAÇÃO DA
PALIDEZ PALMAR EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS DE IDADE

QUADRO 2: TABULAÇÃO DOS DADOS

Observador: _____ Período: _____

CLASSIFICAÇÃO DO OBSERVADOR	CLASSIFICAÇÃO DO LEITOR DE REFERÊNCIA			
	PALIDEZ PALMAR INTENSA	PALIDEZ PALMAR MODERADA	SEM PALIDEZ PALMAR	PALIDEZ PALMAR INTENSA
PALIDEZ PALMAR INTENSA				
PALIDEZ PALMAR MODERADA				
SEM PALIDEZ PALMAR				
TOTAL				TOTAL GERAL

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro 2 do Anexo 26.B:

Pode-se utilizar o Quadro 2 do Anexo 26.B para sistematizar as informações completas correspondentes a cada observador ou, então, pode-se utilizar um quadro para cada grupo em que se pensou dividir a população estudada. Por exemplo, caso se estude o grau de concordância na classificação da palidez palmar por parte de cada observador, em crianças de diferentes grupos etários, deve-se utilizar, para cada observador, um Quadro para cada grupo etário. Se a população submetida ao estudo for diferenciada de acordo com outras variáveis (sexo, raça, época do ano, etc.), também deverão ser confeccionados tantos Quadros quantos sejam os grupos estabelecidos para cada observador.

Para o preenchimento do Quadro, o procedimento é o seguinte:

1. Completar a parte superior do quadro com a identificação do observador e qualquer outra variável que se esteja utilizando para o estudo. No caso de se dividir o grupo de crianças avaliadas, deve-se confeccionar tantos Quadros 2 para um mesmo observador quantos sejam os grupos definidos. Neste caso, ao se anotarem os resultados obtidos pelo observador para cada criança, deve-se selecionar o quadro pertinente.
2. Tomar o Quadro 1 do Anexo 26.A e identificar a coluna correspondente ao observador cujos resultados estiverem sendo analisados.
3. Observar o resultado da classificação obtida pelo observador para a primeira criança e selecionar a linha correspondente do Quadro 2, de acordo com a sua classificação : Palidez Palmar Intensa, Palidez Palmar Moderada ou Sem Palidez Palmar. Verificar as variáveis selecionadas para a divisão do grupo (idade, sexo, raça, etc.) para selecionar o Quadro 2 correspondente ao observador.
4. Observar o resultado da classificação obtida pelo leitor de referência para a mesma criança e selecionar a coluna correspondente do Quadro 2.
5. Encontrar a interseção da linha e da coluna selecionadas e colocar uma marca (I) no quadrado selecionado.
6. Proceder do mesmo modo com todas as crianças avaliadas pelo observador a quem o Quadro 2 corresponder.
7. Uma vez que se tenha completado o exame de todos os registros das crianças avaliadas pelo observador selecionado, deve-se somar o número de marcas (I) em cada quadrado do quadro e anotar o resultado em cada um deles.
8. A seguir, deve-se somar os quadrados apropriados a fim de obter os totais.

PROTOCOLO 27

SUPERPOSIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE MALÁRIA E PNEUMONIA NA CONSULTA AMBULATORIAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

Na maioria dos países em desenvolvimento, as infecções respiratórias agudas são a principal causa de consulta ambulatorial em crianças com menos de 5 anos nos serviços de. Sendo as infecções respiratórias agudas a causa de quatro a seis de cada 10 consultas, elas podem representar até 80% do total de consultas em alguns serviços de saúde.

Conquanto a maioria dos casos de IRA não apresente gravidade, alguns podem ser devidos a pneumonia, doença que se não receber tratamento adequado e em tempo oportuno pode agravar-se e ser causa de hospitalização ou de morte de crianças com menos de cinco anos.

Devido a sua gravidade, a detecção precoce e a administração do tratamento necessário são fundamentais para diminuir a ocorrência de casos graves e a mortalidade por pneumonia. No entanto, como o número de casos de pneumonia representa somente uma pequena proporção dos casos de IRA levados aos serviços de saúde para consulta, o pessoal deve estar capacitado para distinguir, entre todas as crianças que apresentam uma IRA, aquelas que talvez tenham pneumonia. Para ajudar ao pessoal de saúde nesta tarefa, a estratégia AIDPI oferece recursos para fazer a distinção, com um bom grau de eficácia, entre os casos com pneumonia e aqueles que não têm pneumonia. A estratégia AIDPI também se mostrou eficaz na redução do número de casos graves de pneumonia (por permitir um diagnóstico mais precoce e seu tratamento adequado), assim como na redução do número de mortes, por esta causa, de crianças com menos de cinco anos.

Entretanto, a aplicação da estratégia AIDPI em áreas endêmicas de malária mostrou que os sinais propostos para a classificação podem aparecer não apenas em casos de pneumonia, mas também de malária. A superposição de ambos quadros clínicos tem muita importância, já que pode levar o pessoal de saúde a fazer uma classificação errônea da criança, ou uma classificação incompleta nos casos em que ambas doenças ocorram simultaneamente. Isto daria lugar a um tratamento inadequado, com a conseqüente probabilidade de agravamento e, inclusive, a morte da criança.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância permite superar esse problema ao incorporar a avaliação sistemática, tanto de sinais de pneumonia como de sinais de malária. Desse modo, a estratégia AIDPI proporciona mais segurança ao pessoal de saúde, já que a avaliação sistemática aumenta consideravelmente o número de oportunidades para o diagnóstico das duas doenças, seja quando elas se apresentam de forma isolada ou simultânea (nas crianças atendidas no serviço de saúde).

O estudo do grau em que essa superposição se apresenta nas crianças com menos de cinco anos, segundo as características da área onde se aplique a estratégia de AIDPI, em relação com a prevalência de malária e o tipo de parasito que a produz, tem interesse não só para estabelecer critérios adequados de ênfase no controle de ambos problemas, mas também para se ajustar os

aspectos logísticos da implementação da estratégia, tais como, por exemplo, a provisão de medicamentos para o tratamento e a organização das redes de referência e contra-referência de casos, entre os serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade.

OBJETIVO

Determinar a frequência da superposição de sinais e sintomas de malária e de pneumonia em crianças com menos de cinco anos, bem como o resultado final da classificação dos casos com base nos critérios contidos na estratégia AIDPI.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada deverá residir em áreas onde exista transmissão de malária. Estas áreas podem ser classificadas de acordo com a prevalência da doença, ou seja, em *áreas de prevalência elevada ou média e áreas de prevalência baixa*.

Estudar-se-ão crianças com menos de cinco anos que vivem em áreas onde tenham sido observados casos da doença nesse grupo etário. As crianças que irão participar do estudo deverão apresentar algum dos sinais ou sintomas indicados a seguir:

- Tosse ou dificuldade de respirar, com frequência respiratória elevada (60 ou mais por minuto, se a criança tiver menos de dois meses de idade; 50 ou mais por minuto, se a criança tiver entre dois e 12 meses de idade; 40 ou mais por minuto, se a criança tiver de um a quatro anos de idade) ou se tiver tiragem subcostal; ou
- Febre

Segundo a estratégia AIDPI, as crianças com esses sinais deverão receber uma das seguintes classificações:

- Pneumonia (devida à frequência respiratória elevada) ou Pneumonia Grave (se apresentar tiragem subcostal)
- Malária (devida a febre na área onde exista risco de malária)
- Ambas (se apresentar, ao mesmo tempo, os sinais mencionados)

Cada um desses grupos pode ser estratificado por idade, utilizando para tanto os grupos etários propostos pela estratégia AIDPI: com menos de dois meses, de dois a 11 meses, e de um a quatro anos.

Se houver facilidade para fazer o exame de gota espessa, os casos que forem classificados como malária poderão também ser classificados em função do tipo de parasito encontrado: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae*, ou *Plasmodium vivax*. Se for este o caso, o estudo da superposição de malária e pneumonia poderá ser realizado também em função do tipo de parasito que produz a primeira dessas doenças.

Crítérios para a seleção dos serviços de saúde

Os serviços de saúde que participarem do estudo deverão contar com pessoal previamente capacitado na aplicação da estratégia AIDPI.

Caso se decida confirmar as classificações dadas pelo pessoal de saúde mediante a aplicação da estratégia AIDPI (ou pelo tipo de parasito que ocasiona o quadro de malária na criança), os serviços escolhidos deverão ter acesso a:

- Confirmação diagnóstica de malária, mediante o exame de gota espessa, o que permitirá identificar o tipo de parasito que ocasiona a doença.
- Confirmação diagnóstica de pneumonia, mediante radiografia do tórax.

O número de serviços de saúde a serem incorporados no estudo dependerá do número de crianças que forem levadas para consulta a cada um deles, de modo que seja possível reunir uma quantidade suficiente de casos, de acordo com as seguintes especificações:

Tamanho da população a ser estudada

As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas de estimativa. Caso se decida estabelecer a proporção de casos de cada classificação, em cada um dos grupos etários, deve-se assegurar que o número total de crianças em cada grupo etário atenda aos requisitos do tamanho da amostra.

Se o estudo seja realizado de forma global é conveniente ter em conta as características da população a ser estudada, já que esta deve respeitar as proporções de cada grupo etário. Para isto, deve-se cuidar para que o número de crianças em cada um dos grupos etários da estratégia AIDPI esteja representado na população sendo estudada na mesma proporção observada na população que utiliza o serviço de saúde, o que se deverá deixar explícito na apresentação dos resultados.

Registro e processamento das informações

Para o registro das informações pode-se utilizar o Formulário de Registro de Atenção à Criança utilizado no curso clínico AIDPI para a avaliação, classificação e tratamento, no qual constam os sinais que a criança apresenta e a classificação do quadro clínico de acordo com esses sinais. Deve-se ter em mente que se o estudo incluir a confirmação dos diagnósticos por exame de gota espessa e por radiografia do tórax, deve-se estabelecer mecanismos que permitam complementar as informações da avaliação e da classificação, de acordo com a estratégia AIDPI, com aquelas que resultem desses estudos. Para sistematizar as informações propõe-se utilizar o Quadro do Anexo 27.A.

Para calcular os indicadores

A partir das informações do Quadro pode-se calcular numerosos indicadores relacionados com a frequência das diferentes classificações em crianças com febre e com pneumonia.

Se forem realizadas provas de confirmação dos diagnósticos de malária e de pneumonia, dois critérios para o processamento e a análise das informações poderão ser adotados:

- Colocar, nas colunas que corresponderem a cada um desses diagnósticos, apenas aqueles casos que foram confirmados pelas provas de laboratório ou por radiografia do tórax.
- Subdividir cada uma das linhas ou colunas em função da confirmação diagnóstica. No caso de malária, pode-se subdividir cada linha em função do tipo de parasito encontrado, incluindo, como uma opção, o achado negativo, que indicaria a falta de confirmação diagnóstica.

Nesse caso, pode-se complementar os indicadores propostos e ampliá-los para incluir outros relacionados com a concordância entre a classificação baseada em sinais e sintomas, de acordo com a estratégia AIDPI, e os achados de laboratório ou radiológicos.

Alguns exemplos de indicadores a serem calculados são incluídos na Tabela 27.1, bem como a fórmula para seu cálculo. Os dois últimos indicadores só poderão ser calculados se a confirmação diagnóstica de laboratório (para malária) ou radiológica (para pneumonia) foi incorporada no estudo.

Os indicadores foram incluídos apenas para servir de exemplo, o que significa que outras relações também poderão ser calculadas a partir dos dados do quadro do Anexo 27.A. Em todos os casos, pode-se calcular indicadores para cada grupo etário.

Tabela 27.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças classificadas como tendo pneumonia, entre todas as crianças classificadas como tendo malária	Número total de crianças classificadas como tendo malária e também como tendo pneumonia	Número total de crianças classificadas como tendo malária
Proporção de crianças classificadas como tendo malária, entre todas as crianças classificadas como tendo pneumonia	Número total de crianças classificadas como tendo malária e também como tendo pneumonia	Número total de crianças classificadas como tendo pneumonia
Proporção de crianças classificadas como tendo doença febril muito grave, entre todas as crianças classificadas como tendo pneumonia	Número total de crianças classificadas como tendo pneumonia e também como tendo doença febril muito grave	Número total de crianças classificadas como tendo pneumonia
Proporção de crianças classificadas como tendo malária com confirmação por gota espessa, entre todas as crianças com febre	Número de crianças classificadas como tendo malária com confirmação por exame de gota espessa, entre todas as crianças com febre	Número total de crianças com febre
Proporção de crianças classificadas como tendo pneumonia com confirmação por radiografia do tórax, entre todas as crianças com febre	Número de crianças classificadas como tendo pneumonia com este diagnóstico na radiografia do tórax, entre todas as crianças com febre	Número total de crianças com febre
Número de crianças classificadas como tendo ao mesmo tempo malária, por exame de gota espessa, e como tendo pneumonia, por radiografia do tórax, entre todas as crianças com febre	Número de crianças classificadas como tendo ao mesmo tempo malária, por exame de gota espessa, e como tendo pneumonia, por radiografia do tórax	Número total de crianças com febre

ANEXO 27.A
ESTUDO DE SUPERPOSIÇÃO DE MALÁRIA E PNEUMONIA
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço: _____ Período: _____

	TOTAL	COM MENOS DE 2 MESES		2 A 12 MESES		1 A 4 ANOS	
		COM PNEUMONIA	SEM PNEUMONIA	COM PNEUMONIA	SEM PNEUMONIA	COM PNEUMONIA	SEM PNEUMONIA
TOTAL							
DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE							
MALÁRIA							
FEBRE POR MALÁRIA POUCO PROVÁVEL							

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar a parte superior do Quadro indicando o serviço de saúde e o período correspondente às informações (semana, mês, meses e ano).
2. Examinar os registros de avaliação do período e separar aqueles em que a criança recebeu alguma das seguintes classificações:
 - Pneumonia grave
 - Pneumonia
 - Doença febril muito grave
 - Malária
 - Febre por malária pouco provável.
3. Começar pelo primeiro registro separado que inclua as condições acima, e proceder do da seguinte maneira:
4. Escolher a linha que corresponda ao registro, em conformidade com a classificação da febre (Doença Febril Muito Grave, Malária ou Febre por Malária pouco Provável).
5. Observar a idade da criança e selecionar a coluna correspondente.
6. Dentro da coluna selecionada, escolher a divisão que corresponda, conforme a classificação da criança quanto à pneumonia.
7. Colocar uma marca (I) no quadrado, como escolhido acima.
8. Proceder do mesmo modo com todos os registros separados.
9. Uma vez terminado o exame de todos os registros, deve-se somar as marcas (I) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um deles.
10. A seguir, somar-se-ão aos quadrados apropriados para obter os subtotais e os totais.

PROTOCOLO 28

COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO DE ANEMIA EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS COM A ADMINISTRAÇÃO DE FERRO EM DOSES DIÁRIAS OU EM DIAS ALTERNADOS

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, há um número variável de crianças com menos de cinco anos que sofre de anemia associada tanto a problemas de alimentação como de anemia associada a doenças, tais como a malária e as parasitoses intestinais. Muitas dessas crianças são atendidas nos serviços de saúde, mas nem todas são avaliadas para detectar a presença ou ausência de anemia e tratadas adequadamente.

Diante da importância da anemia como fator de risco para crescimento e desenvolvimento da criança, e como condição que favorece a ocorrência mais frequente e de maior gravidade de doenças que afetam a criança, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui, entre seus componentes, a avaliação sistemática de sinais que indiquem a presença de anemia, a sua classificação e tratamento.

Quando a criança é classificada como tendo *anemia* (não grave), equivalente a uma Concentração Média de Hemoglobina (CMHb) de 5 a 11 gr/dl, a indicação do tratamento recomendado pela estratégia AIDPI consiste na administração diária de uma dose de ferro em forma de cápsula ou xarope, durante dois meses, com controles a cada 15 dias. Se a criança não se recuperar depois desse tratamento, ela é referida para uma avaliação mais especializada em um hospital de maior complexidade.

Levando em consideração as dificuldades para o cumprimento desse tratamento por parte dos pais, algumas modalidades alternativas foram propostas, visando a redução do número de doses a serem administradas.

OBJETIVO

Determinar a eficácia do tratamento de anemia (não grave), caracterizada por uma CMHb de 5 a 11 gr/dl, mediante a administração de ferro em dias alternados durante dois meses, em contraposição à administração diária desse medicamento por um mesmo período.

METODOLOGIA

Características da população a ser estudada e do procedimento do estudo

A população a ser estudada será composta por crianças de dois meses a quatro anos de idade com uma CMHb de 5 a 11 gr/dl, com ou sem a presença de *palidez palmar moderada*, de acordo com a estratégia AIDPI.

As crianças a serem incluídas no estudo, deverão, por ocasião de sua inclusão, ter sido classificadas como tendo anemia (não grave), ou seja, a presença do sinal *palidez palmar moderada*, e nenhuma outra doença concomitante.

As crianças a serem incluídas no estudo terão que cumprir o seguinte requisito: a administração de ferro deverá seguir rigorosamente a indicação (diariamente ou em dias alternados), para o que se sugere, por exemplo, crianças que estejam frequentando uma creche ou algum outro lugar onde seja possível supervisionar diretamente se a administração de ferro, que foi recomendada, está sendo seguida.

As crianças receberão uma dose de Albendazol antes de iniciar o tratamento de anemia, de modo a eliminar a presença de parasitos que possam afetar o resultado do tratamento da anemia, e o tratamento antimalárico, caso se trate de uma zona endêmica de malária.

A população que ingressar no estudo deverá ser dividida em dois grupos. Um desses grupos receberá uma dose de ferro de 4 mg/kg/dia todos os dias, durante dois meses, enquanto que o outro grupo receberá a mesma dose de ferro, porém em dias alternados, também durante dois meses.

As crianças que fizerem parte de cada grupo deverão possuir características semelhantes com respeito a sua idade, sexo e estado nutricional, de maneira a evitar que essas variáveis influenciem os resultados.

Todas as crianças que forem incluídas no estudo deverão ser controladas uma vez por semana, mediante a avaliação completa prevista pela estratégia AIDPI. Deve-se realizar o controle imediatamente, no caso de aparecer algum sinal de doença. A classificação da criança em cada uma dessas avaliações será anotada em um registro especial para cada criança. Se, em algum dos controles, uma criança for classificada como tendo *anemia grave* (presença do sinal *palidez palmar intensa*), a criança será imediatamente referida a um hospital e excluída do estudo.

Em todos os casos, as crianças deverão receber o tratamento que for apropriado, de acordo com a avaliação e a classificação resultante da estratégia AIDPI em cada um dos controles. A participação da criança no estudo não deve impedir a administração de qualquer tratamento que seja necessário.

Enquanto a criança permanecer no estudo, todas as classificações e tratamentos que a criança receber serão registrados na folha correspondente a cada uma.

Além dos controles mencionados acima, realizar-se-á uma nova determinação da CMHb no final do primeiro mês de administração de ferro e ao final do segundo mês (final do tratamento). A primeira dessas determinações se realizará para assegurar que a anemia da criança não se agravou (especialmente no caso daquelas crianças que receberem o tratamento em dias alternados); a segunda, para a avaliação da eficácia do tratamento.

Caso se observe que nas crianças que receberam uma dose diária desse mineral os valores da CMHb foram normalizados ao final do primeiro mês de tratamento, enquanto que permaneceram estáveis nas crianças que receberam o tratamento em dias alternados, dar-se-á o estudo por concluído e as crianças do segundo grupo passarão a receber o tratamento diário por um período de um mês.

Tamanho da população a ser estudada

As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas de comparação de amostras.

O número estimado de crianças para a amostra deverá ser ajustado em função dos grupos em que estas forem divididas, segundo as variáveis de idade (de dois a 11 meses e de um a quatro anos, por exemplo) e de sexo.

Registro e consolidação dos dados

Considera-se conveniente ter um registro para cada criança que for incluída no estudo, no qual deverão ser anotadas:

- A CMHb no início do estudo.
- A classificação que a criança recebeu como resultado da avaliação prevista na estratégia AIDPI.
- A administração do medicamento (diariamente ou em dias alternados).
- Os resultados da classificação da criança em cada avaliação semanal, bem como o/os tratamentos que forem receitados como consequência da mesma.
- Os resultados das determinações da CMHb no mês do início do tratamento e ao término dos dois meses de tratamento.

Para o registro de todas essas informações, pode-se utilizar o Formulário de Registro de Atenção à Criança de Dois Meses a Quatro Anos da estratégia AIDPI, ou outro formato semelhante.

Uma vez terminado o estudo, deve-se avaliar os registros de cada criança para selecionar aquelas que serão incluídas para a análise e obtenção dos resultados. O mais conveniente seria incluir somente aquelas crianças que permaneceram comparáveis no transcorrer de todo o estudo, período em que se considera de especial importância não ter havido episódios de doença; ou se houve episódios de doença que tenham sido similares. Dessa maneira evitar-se-á que uma possível falta de eficácia do tratamento no grupo que recebeu ferro em dias alternados se deva a alguma doença que não ocorreu no grupo de crianças que recebeu o tratamento em doses diárias.

Uma vez definidas todas as crianças que serão incluídas no estudo, processar-se-ão os resultados calculando:

- A porcentagem de crianças que receberam o tratamento diário de ferro, e nas quais a CMHb subiu para 12 gr/dl ou mais.
- A porcentagem de crianças que receberam o tratamento com ferro em dias alternados e nas quais a CMHb subiu para 12 gr/dl ou mais.

Às porcentagens assim obtidas aplicar-se-ão as provas de significância estatísticas para determinar se a diferença entre ambas é ou não significativa (ver Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II).

Para a consolidação das informações, e para o cálculo da eficácia do tratamento para as crianças participando em cada um dos esquemas, inclui-se, como modelo, o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 28.A.

ANEXO 28.A
EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA ANEMIA COM FERRO
ADMINISTRADO EM DOSES DIÁRIAS OU EM DIAS ALTERNADOS
EM CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS DE IDADE

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Lugar: _____ Período: _____

	NÚMERO DE CRIANÇAS TRATADAS	NÚMERO DE CRIANÇAS CURADAS	NÚMERO DE CRIANÇAS NÃO CURADAS	PORCENTAGEM DE CURA
TOTAL				
TRATAMENTO DIÁRIO				
TRATAMENTO EM DIAS ALTERNADOS				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar os dados de identificação do lugar e período em que se realizou o estudo.
2. Colocar qualquer outro dado de identificação do grupo estudado, por exemplo, idade, sexo, raça ou qualquer outra variável que se tenha considerado importante e que se tenha utilizado para subdividir a população estudada.
3. Selecionar o registro correspondente à primeira criança e selecionar o Quadro correspondente, de acordo com as variáveis que se utilizarem para separar os diferentes subgrupos (idade, sexo, etc.).
4. Observar o esquema de tratamento que a criança recebeu: diário ou em dias alternados e selecionar a linha do quadro que for apropriada.
5. Observar a classificação da criança com respeito à anemia no final do tratamento (Concentração Média de Hemoglobina). Classificar a criança como curada, se a CMHb for de 12 gr/dl ou mais e colocar uma marca (I) no quadrado correspondente à interseção da linha relacionada com o tipo de tratamento administrado e a coluna **Número de Crianças Curadas**. Classificar a criança como não curada se a CMHb for abaixo de 12 gr/dl; neste caso colocar uma marca (I) no quadrado correspondente à interseção da linha relacionada com o tipo de tratamento administrado e a coluna **Número de Crianças Não Curadas**.
6. Proceder da mesma maneira com o registro correspondente à próxima criança, até terminar o exame e a consolidação de todos os registros do estudo.
7. Uma vez terminado, somar todas as marcas (I) colocadas em cada quadrado e colocar o resultado no mesmo quadrado. A seguir somar os números dos quadrados de cada linha e anotar o resultado no quadrado dessa linha correspondente à coluna **Número de Crianças Tratadas**. Seguir o mesmo procedimento somando os números colocados nos quadrados de uma mesma coluna e anotando o resultado no quadrado correspondente à linha **Total**.
8. A seguir, calcular a porcentagem de crianças curadas dividindo o número colocado no quadrado correspondente à coluna **Número de Crianças Curadas**, em cada uma das linhas, pelo número total de crianças que receberam o tratamento correspondente a essa linha e multiplicando por 100. Anotar o resultado no quadrado de cada linha correspondente à coluna **Porcentagem de Cura**.
9. Calcular as provas de significância estatística para verificar se as diferenças nas porcentagens são ou não significativas. Consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II para realizar as provas de significância.

PROTOCOLO 29

EVOLUÇÃO DE CRIANÇAS DESNUTRIDAS COM MENOS DE CINCO ANOS ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A desnutrição é um dos mais importantes fatores de risco para a saúde da criança, já que está associada com a maior incidência, gravidade e duração dos episódios de doença, além de afetar seu crescimento e desenvolvimento. Na criança, a desnutrição se deve ao desequilíbrio entre as necessidades de seu organismo para um crescimento normal e a contribuição energética dos diversos nutrientes que recebe dos alimentos que consome. A falta de relação entre ambos está associada a diversos fatores, entre os quais se destacam as práticas inadequadas de alimentação infantil adotadas pelas famílias e a carência de alimentos ricos em energia e nutrientes necessários para a criança.

As práticas inadequadas de alimentação da criança podem ser observadas desde o nascimento. Muitas crianças não são alimentadas com leite materno durante os primeiros meses de vida, embora seja esta a prática recomendada, sobretudo porque o leite materno é suficiente para as necessidades alimentares da criança. Existe ainda um outro grupo de crianças, qual seja, o grupo que recebe leite materno em quantidade e frequência inadequadas. A falta de aleitamento materno ou sua prática inadequada é uma das principais causas da desnutrição infantil. Além disso, afeta a capacidade de resposta do organismo da criança às doenças, posto que não recebem, através do leite materno, os fatores protetores e imunitários que a tornam resistente a essas doenças. Por sua vez, o consumo de leites artificiais, introduz um fator de risco adicional para a criança, já que o seu preparo nem sempre se dá em condições adequadas de higiene. Assim, além de afetar a nutrição, a falta ou a prática inadequada do aleitamento materno contribui, devido ao uso de leites artificiais, para incrementar o risco de doenças da criança, e portanto, para piorar sua condição nutricional.

Entre os quatro e os seis meses, a introdução dos alimentos para o desmame nem sempre se realiza de forma adequada. Em alguns casos, o aleitamento é interrompido drasticamente, em lugar de ser mantido até os dois anos de idade. Os alimentos que a criança recebe durante o desmame são, algumas vezes, preparados em condições deficientes de higiene, contribuindo para incrementar o risco de doenças (diarréia) e, portanto, para aumentar o risco de desnutrição. As práticas inadequadas de alimentação continuam à medida que a criança vai crescendo, o que significa que a sua condição nutricional será agravada ao longo do seu crescimento.

As causas de uma alimentação inadequada da criança estão associadas a fatores de ordem cultural, social, e econômica. Tanto os hábitos alimentares da família como a sua dificuldade em adquirir alimentos que contenham os requisitos nutricionais indispensáveis à saúde contribuem para a alimentação inadequada da criança.

Por esta razão as intervenções para o controle da desnutrição infantil devem levar em consideração ambos os tipos de causas. Contudo, o peso relativo de cada intervenção varia segundo a região onde se procura controlar o problema.

Em algumas regiões, por exemplo, a disponibilidade dos alimentos necessários à alimentação da criança não é um problema, o que significa que a elaboração de mecanismos que orientasse a busca de alimentos adequados (que se encontram disponíveis) alteraria positivamente a condição nutricional da criança. Não obstante, os hábitos inadequados de alimentação da criança determinam um número variável de crianças desnutridas. A recuperação dessas crianças desnutridas, nesse tipo de situação, é determinada mais pela modificação dos hábitos de seleção, compra e uso dos alimentos do que pela provisão e suplementação de alimentos vindos de fora. Dentre estas situações, os casos de crianças com desnutrição que não estão recebendo leite materno como parte de sua alimentação merecem menção especial.

Por outro lado, em algumas regiões, ainda que os hábitos de alimentação possam desempenhar um papel importante, o acesso a alimentos necessários constitui o maior problema, de modo que a suplementação de alimentos vindos de fora se torna essencial.

Por essa razão, a caracterização dessa situação em cada nível de intervenção é importante para o desenho de estratégias adequadas para modificar as condições nutricionais das crianças.

A estratégia AIDPI visa a realização de um forte componente educativo destinado a melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias com relação à alimentação da criança, incluindo as recomendações para a promoção do aleitamento materno exclusivo até os quatro a seis meses e complementar até os dois anos de idade. Espera-se que a aplicação da estratégia AIDPI contribua para melhorar a condição nutricional da criança. Contudo, não se sabe qual será seu impacto sobre a condição nutricional das crianças que são atendidas nos serviços de saúde, uma vez que ele irá depender das causas que determinam o estado nutricional da criança.

OBJETIVO

Determinar o impacto da aplicação da estratégia AIDPI sobre o estado nutricional das crianças levadas ao serviço de saúde.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada é constituída por crianças com menos de cinco anos levadas ao serviço de saúde em busca de atenção e que sejam classificadas como desnutridas a partir da aplicação dos critérios de avaliação e de classificação da estratégia AIDPI.

Esse grupo da população poderá ser subdividido em função do grau de desnutrição, da idade ou de outras variáveis consideradas dignas de estudo. Por exemplo, pode-se estudar a evolução do estado nutricional de crianças que compareceram para o controle conforme a recomendação e de crianças que não compareceram para o controle ou; pode-se estudar a evolução do estado nutricional entre crianças que recebem aleitamento materno e crianças que não o recebem. Pode-se, também, estudar a evolução do estado nutricional em função de algumas variáveis sociais, econômicas ou culturais da família.

Pode-se ainda estudar a evolução do estado nutricional das crianças em função de formas

diferentes de pôr em prática o componente educacional sobre a alimentação. Por exemplo, pode-se incorporar sessões com as mães de crianças com algum grau de desnutrição (tais como cursos práticos para praticar a preparação de diferentes alimentos), pode-se sugerir um momento adicional para fortalecer os aspectos educacionais durante a consulta ao serviço de saúde, pode-se planejar visitas ao domicílio da mãe para ajudá-la a resolver os problemas relacionados à alimentação, etc.

Para estabelecer até que ponto a evolução do estado nutricional das crianças pode ser atribuída à aplicação da estratégia AIDPI, deve-se, é claro, estudá-la antes e depois da aplicação da estratégia.

Deve-se ter em mente que a implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico - AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com respeito à aplicação correta da estratégia de AIDPI, mediante visitas de acompanhamento após a capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que procura o serviço de saúde tenha acesso a atividades educacionais, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

Conquanto a aplicação da estratégia AIDPI inclua componentes de diagnóstico e tratamento, os componentes que visam melhorar a educação das famílias quanto ao cuidado da criança no domicílio serão os componentes que terão maior influência sobre seu estado nutricional. Por conseguinte, deve-se garantir que o pessoal de saúde dedique o tempo que for necessário às atividades educativas e utilize os materiais e as metodologias adequados para dar cumprimento às recomendações da estratégia AIDPI sobre a educação dos responsáveis pelo cuidado da criança no que diz respeito a sua alimentação. A definição das técnicas e da metodologia que o pessoal de saúde utilizará para a educação deverá ser feita levando-se em consideração se, entre os objetivos do estudo, estará incluída a avaliação das diferentes técnicas, do material e das metodologias.

Avaliação a ser realizada

A avaliação a ser realizada tem em vista os seguintes aspectos. Estes deverão ser verificados em cada consulta da criança:

- O estado de nutrição da criança, de acordo com as normas incluídas na estratégia de AIDPI em sua versão genérica ou adaptada ao lugar de aplicação.

- As práticas alimentares, incluindo os alimentos que a criança recebe (leite materno, outros alimentos e bebidas, etc.), a forma como os recebe, e o estímulo que recebe para a alimentação.

A avaliação nutricional se realizará mediante a tomada do peso e a sua localização na curva de peso para a idade. Se a avaliação da curva de altura para a idade também for incluída, deve-se medir também a altura; e se for incluída a medida do perímetro cefálico, esta também deverá ser tomada durante a avaliação.

A avaliação das práticas alimentares deverá ser realizada através de conversas com a mãe da criança para verificar se ela (a mãe ou o responsável pela criança) introduziu as modificações que lhe foram sugeridas na primeira consulta.

Tanto quanto possível, seria conveniente avaliar a confiabilidade das informações dadas pela mãe com respeito às mudanças introduzidas nas práticas alimentares – é preciso verificar se a mãe realmente introduziu as mudanças sugeridas pelo profissional de saúde. Isto pode ser feito mediante uma visita ao domicílio por uma pessoa que não seja a pessoa que atende a criança no serviço de saúde. De preferência, seria uma pessoa com experiência no manejo de entrevistas domiciliares, a fim de avaliar novamente os aspectos relacionados com os hábitos alimentares atuais da família em geral e os hábitos alimentares que dizem respeito somente a criança.

Para a coleta das informações, inclui-se no Anexo 29.A uma Ficha de Acompanhamento e Controle da Evolução do estado nutricional para cada uma das crianças incluídas no estudo. Essa Ficha deverá ser preenchida com as informações de cada uma das consultas e com as que se obtenham nas visitas domiciliares, se estas forem realizadas. Pode-se usar a Ficha para o registro direto das informações da consulta ou pode-se completá-la a partir do registro que normalmente se utiliza na consulta. Também se pode utilizar a Ficha durante a entrevista domiciliar. Se esta estiver sendo utilizada durante a consulta, deve-se avaliar se o uso da mesma ficha na entrevista não provocará distorções da informação por parte da mãe ao identificar que se trata do mesmo registro que o pessoal de saúde utiliza durante a consulta.

Técnica de obtenção das informações sobre hábitos alimentares

A avaliação dos hábitos da família para alimentar a criança deverá ser feita com cuidado, de modo a permitir que a mãe ou a pessoa responsável pelo cuidado da criança expresse livremente como a criança está sendo alimentada. Para isto deve-se dar atenção especial às consultas subseqüentes já que, caso as recomendações dadas pelo trabalhador de saúde não tiverem sido seguidas, a mãe saberá que não fez o que lhe foi recomendado. Deve-se sempre evitar a mobilização de sentimentos de culpa que façam com que a mãe se esquive das informações confiáveis.

Este é um aspecto que se deve ter em mente, não apenas para a fidelidade da informação que se coleta, mas para evitar que o pessoal da saúde crie obstáculos que impediriam que a mãe expusesse as dificuldades que encontra para levar a cabo as práticas recomendadas. Se a mãe não se sente à vontade para falar a verdade, a criança não se beneficia com as consultas, cujo objetivo é precisamente a melhora dos seus hábitos alimentares.

As variáveis incluídas na Ficha para avaliar os hábitos alimentares da família com respeito à criança são aquelas variáveis previstas pela estratégia AIDPI. Outras variáveis podem ser incorporadas, conforme a necessidade de cada região. Todas as variáveis deverão ser avaliadas em todas as consultas, assim como na visita domiciliar, se esta for incluída no estudo.

Os hábitos de alimentação deverão ser avaliados logo na primeira consulta a fim de que alguns dos problemas alimentares da criança sejam prontamente identificados e as recomendações feitas pelo profissional sejam introduzidas no dia a dia da família. Nas consultas subseqüentes importará, sobretudo, saber se a mãe introduziu as modificações que lhe foram sugeridas e, em caso negativo, saber os motivos que fizeram com que ela não tenha podido seguir as recomendações.

Tamanho da população a ser estudada

As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas, em que se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia de AIDPI.

O cálculo da amostra dependerá das características das crianças que serão avaliadas, e deve-se ajustar seu tamanho de acordo com os diferentes grupos em que se queira analisar a evolução do estado nutricional. Algumas características que podem ter influência na evolução do estado nutricional são, por exemplo, as doenças que afetam a criança e sua freqüência (o que atrasará a total recuperação nutricional), e a idade da criança. Se a criança tiver menos de quatro meses o Aleitamento Materno será suficiente, o que significa que ela não necessitará de outros alimentos mais diversificados e em maior quantidade.

Também se deverá adequar o número de crianças aos grupos em que se queira subdividir a população em estudo. Por exemplo, se a decisão for avaliar a evolução do estado nutricional em função da idade da criança, ou se o que se quer é uma avaliação em função do estado nutricional inicial (peso baixo para a idade e peso muito baixo para a idade). Seja qual for a avaliação deve-se ter o cuidado para que os grupos não tenham um número inferior a 50 integrantes.

Registro e consolidação dos dados

Como a Ficha de Acompanhamento e Controle da Evolução do estado nutricional (Anexo 29.A) contém uma grande quantidade de informações, convém sistematizar os aspectos que serão analisados. Com base no objetivo principal do estudo, estudar-se-á:

A proporção de crianças que tiveram uma evolução favorável de seu estado nutricional depois de um período de tempo considerado adequado (por exemplo, quatro a seis meses).

Pode-se efetuar essa avaliação em função de dois tipos de resultado nutricional:

- Em que as crianças se encontram eutróficas ao final do período escolhido.
- Em que as crianças tenham aumentado a relação peso para a idade durante o período escolhido, embora ainda não se encontrem eutróficas.

Pode-se fazer a avaliação desses indicadores em função de diferentes grupos como, por exemplo:

- Crianças que não receberam nenhum suplemento alimentar fora o proporcionado pela família.
- Crianças que foram alimentadas adequadamente a partir da primeira consulta.
- Crianças que foram estimuladas adequadamente a partir da primeira consulta.
- Crianças que tiveram a prática de aleitamento materno melhorada a partir da primeira consulta.
- Crianças para quem o tratamento indicado foi cumprido todas as vezes que tiveram uma doença.

Incluem-se, no Anexo 29.B, o Quadro 1 e o Quadro 2, que podem servir de modelo para consolidar as informações registradas nas Fichas individuais para cada criança.

Se o que se deseja é analisar a evolução do estado nutricional, separando as crianças em função de diferentes variáveis, pode-se proceder da mesma maneira acima detalhada, selecionando um Quadro para cada subgrupo definido segundo as variáveis escolhidas. Por exemplo, pode-se confeccionar um Quadro para as crianças que receberam suplemento alimentar fora do que foi proporcionado pela família e para crianças que não o receberam, ou para crianças cujas mães se submeteram ao aleitamento materno e para crianças que foram alimentadas sem aleitamento materno, etc.

Para calcular os indicadores

Com base nas informações dos Quadros de Consolidação das Informações, pode-se calcular numerosos indicadores relacionados com a evolução do estado nutricional das crianças, que poderão variar em função das informações que forem incluídas nos Quadros.

Cada indicador poderá ser avaliado para o total das crianças estudadas ou segundo seu estado nutricional. Por sua vez, cada um desses subgrupos poderá ser dividido de acordo com a idade da criança, ou de acordo com qualquer outra variável que se resolva introduzir.

Na Tabela 29.1 são encontrados alguns exemplos de indicadores a serem calculados, assim como a fórmula para seu cálculo.

De qualquer modo, é necessário lembrar que os indicadores podem ser calculados para cada grupo em que se dividiu a população, seja de acordo com a idade, com o sexo, com a raça, com o estado nutricional, etc., desde que, na elaboração do Quadro 1 e no processamento dos dados do Quadro 2, estas variáveis tenham sido levadas em consideração.

Tabela 29.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com peso baixo ou com peso muito baixo para a idade que, no final do período, foram classificadas como eutróficas	Número de crianças com peso baixo ou com peso muito baixo para a idade que, ao final do período, foram classificadas como eutróficas	Número total de crianças com peso baixo para a idade + Número total de crianças com peso muito baixo para a idade no início do período
Proporção de crianças com peso muito baixo para a idade que, ao final do período, foram classificadas como tendo peso baixo para a idade ou eutróficas	Número de crianças com peso muito baixo para a idade, no início do período, e que, ao final do período, foram classificadas como tendo peso baixo para a idade ou eutróficas	Número total de crianças classificadas como tendo peso muito baixo para a idade no início do período
Proporção de crianças com peso baixo para a idade, no início do período, e que foram classificadas como tendo peso muito baixo para a idade no final do período	Número de crianças com peso baixo para a idade, no início do período, e que, no final do período, foram classificadas como tendo peso muito baixo para a idade	Número total de crianças com peso baixo para a idade no início do período
Proporção de crianças que permaneceram classificadas como tendo peso baixo para a idade, mas com tendência a mostrar um aumento em sua curva de peso para a idade	Número de crianças classificadas como tendo peso baixo para a idade no início e no final do período, que têm tendência a um aumento na curva de peso para a idade	Número total de crianças classificadas como tendo peso baixo para a idade no início e no final do período

ANEXO 29.A

FICHA DE ACOMPANHAMENTO E CONTROLE DA EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Serviço de Saúde: _____ Sobrenome e nome da criança: _____
 Sobrenome e nome da mãe: _____ Endereço: _____

										DATA	
Dados gerais para a classificação nutricional											
Idade											
Peso											
Altura											
Perímetro cefálico											
Classificação nutricional											
Evolução do estado nutricional											
Doenças apresentadas pela criança											
1											
2											
3											
4											
Tratamento											
1											
2											
3											
4											
Cumprimento do tratamento indicado											
1											
2											
3											
4											

	DATA									
Aleitamento Materno										
Está amamentando-a ao peito										
Quantas vezes por dia										
Durante a noite, também										
Aleitamento Materno adequado										
Outro tipo de alimento/Número de vezes por dia:										
1										
2										
3										
4										
Outro tipo de líquido/Número de vezes por dia										
1										
2										
3										
Que alimentos dá a criança/Tamanho das porções										
1										
2										
3										
4										
A criança recebe sua própria porção?										
Alimentação adequada										
Estímulo para a alimentação										
Quem dá de comer à criança?										
Como dá de comer à criança?										
Estímulo adequado										
Suplemento alimentar recebido										
1										
2										
3										
Outras observações										

Instruções para o preenchimento da Ficha de acompanhamento e Controle da Evolução do Estado Nutricional

A Ficha de Acompanhamento e Controle da Evolução do Estado Nutricional consta das seguintes partes:

- Uma seção superior para colocar os dados de identificação do serviço de saúde, da criança e de sua mãe (ou pessoa responsável pelo cuidado da criança) e o endereço (para possibilitar a visita domiciliar).
- O corpo da ficha onde constam os diferentes aspectos da avaliação do estado nutricional e da alimentação da criança (primeira coluna) e o espaço para colocar o resultado de ambas avaliações em cada uma das consultas (colunas 2 a 11).

Para o preenchimento da ficha:

- Incluir na parte superior todos os dados de identificação do serviço e da criança e de sua família. Incluir, ao pé da Ficha, todos os outros dados que possam ser de utilidade para a identificação e que não tenham sido previstos na Ficha.
- Colocar na parte superior da segunda coluna, a data em que se realizou a consulta (ou a visita domiciliar, se esta se realizar). Completar, a seguir, cada um dos aspectos detalhados na primeira coluna, de acordo com as indicações abaixo:

Dados gerais para a classificação nutricional

- Colocar a idade da criança no quadrado que corresponde à consulta atual. Especificar a idade, em meses ou em anos e meses.
- Colocar o peso (em gramas), a altura (em centímetros) e o perímetro cefálico (em centímetros) da criança nos quadrados correspondentes à consulta atual.
- Colocar a classificação nutricional da criança para a consulta atual com base nos critérios de classificação da estratégia AIDPI. Colocar EU (eutrófica), PB (peso baixo para a idade) ou PMB (peso muito baixo para a idade) ou qualquer outra denominação que corresponda à classificação que se tenha adotado no lugar.
- Colocar, na linha de evolução do estado nutricional para a consulta atual, se a criança está aumentando (>), se está diminuindo (<) ou se está estável (—) com respeito ao estado nutricional que apresentava na consulta anterior. Tomar esta decisão em função da colocação da criança na curva de peso para a idade na consulta atual e na consulta anterior, e não com base na classificação nutricional (uma criança pode estar aumentando seu peso para a idade e permanecer na mesma classificação nutricional).

Doenças apresentadas pela criança

- Colocar nos quadrados desta seção a classificação que a criança possa ter recebido com relação às doenças que apresente na ocasião da consulta, por exemplo, pneumonia,

diarréia com desidratação, otite média aguda, etc. Para facilitar o registro, as abreviaturas a serem utilizadas podem ser sistematizadas para cada uma das classificações previstas na estratégia AIDPI.

Tratamento

- Colocar nos quadrados desta seção os medicamentos recomendados à mãe para o tratamento. Incluir todos os medicamentos, não só os referentes às classificações da criança. Por exemplo, se lhe for dado um antiparasítico, ou vitamina A, etc. Neste caso, e para facilitar o registro, também podem ser utilizadas abreviaturas padronizadas.

Cumprimento do tratamento indicado

- Não se deve completar esta seção na primeira consulta, mas sim a partir das consultas subseqüentes, desde que na consulta anterior se tenha indicado um tratamento com medicamentos. Anotar em cada quadrado correspondente à consulta se a mãe está cumprindo o tratamento que lhe foi indicado na consulta anterior (SIM) ou, se não estiver, (NÃO).

Aleitamento materno

- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a mãe está dando o peito à criança (SIM) ou (NÃO).
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual o número de vezes por dia que a mãe dá o peito à criança.
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a mãe está dando o peito à criança também durante a noite (SIM) ou se não estiver (NÃO).
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a mãe está praticando um aleitamento materno adequado (SIM) ou se não estiver (NÃO). Por aleitamento materno adequado entende-se: que a mãe está dando o peito à criança (até os dois anos de idade, ou segundo as normas da região sobre aleitamento materno); se o número de vezes por dia que dá o peito à criança é adequado (pelo menos oito vezes por dia se a criança tiver menos de seis meses), e se lhe está dando o peito à noite. Ajustar esta definição de acordo com a adaptação deste componente da estratégia AIDPI na região.

Outros tipos de alimentos/Número de vezes por dia

- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se os alimentos adicionais que a mãe está dando à criança e se o número de vezes por dia que ela oferece o alimento são adequados. A adequação deve ser avaliada em conformidade com as recomendações da estratégia AIDPI. Para isto pode-se utilizar abreviaturas tais como “A” para adequado e “I” para inadequado, indicando esta classificação para ambas as variáveis: tipos de alimentos e número de vezes por dia (A/A, A/I, I/A, I/I). A definição de adequado ou inadequado deverá ser padronizada com base nas recomendações de alimentação para cada grupo etário que se adotaram no país.

Outros tipos de líquidos/Número de vezes por dia

- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se os líquidos que a mãe está dando à criança e se o número de vezes por dia que ela oferece o líquido são ou não adequados, em conformidade com as recomendações da estratégia AIDPI e suas modificações para sua aplicação na região. Para isto pode-se utilizar a mesma metodologia de registro sugerida no ponto anterior.

Que alimentos a mãe dá à criança/Tamanho das porções

- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se os alimentos que a mãe está dando à criança e se o tamanho das porções são adequados, de acordo com as recomendações da estratégia AIDPI e suas modificações para sua aplicação na região. Neste caso, pode-se também utilizar a metodologia de registro sugerida para os pontos anteriores.
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a criança recebe (SIM) ou não (NÃO) sua própria porção dos alimentos.
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a alimentação é adequada (SIM) ou não (NÃO), com base nas respostas dadas pela mãe aos pontos anteriores (desde a seção sobre Aleitamento Materno até esta seção).

Estímulo para a alimentação

- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual quem dá comida à criança. Utilizar abreviaturas padronizadas como, por exemplo, P (pai), A (avó), T (tio), I (irmão), etc.
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual a maneira como a criança está sendo alimentada, ou seja, se ela está sendo alimentada de maneira adequada, com base nas recomendações da estratégia AIDPI. Levar em consideração se a criança come sozinha ou não, se o faz em um ambiente propício para a alimentação (por exemplo, com as demais pessoas da família, com sua mãe ou seu pai, em um ambiente de relativa calma, etc.).
- Colocar no quadrado correspondente à consulta atual se a criança está sendo adequadamente estimulada a comer (SIM) ou (NÃO). Para isto é preciso saber se alguém está ajudando a criança a comer, se procuram fazer com que a criança coma, se a estimulam quando a criança não quer comer, etc.

Suplemento alimentar recebido

- Colocar nos quadrados desta seção, para a consulta atual, se a criança está recebendo algum suplemento alimentar e se o recebeu durante o período compreendido entre a consulta anterior e a atual. Para facilitar o registro, pode-se estabelecer abreviaturas para os diferentes tipos de suplemento alimentar que existam em cada lugar, por exemplo “LI” (recebe leite integral), “CC” (se a criança frequenta uma creche da comunidade), etc. Quanto ao suplemento alimentar, deve-se dar atenção especial às diferentes

características da mesma. Por exemplo, a quantidade de leite integral que as famílias recebem pode variar e, portanto, é necessário incluir esta especificação; o número de vezes que uma criança come na creche da comunidade também pode variar e ser também necessário incluir essa informação, etc. Estabelecer códigos ou abreviaturas diferentes para as situações mais frequentes. Outras situações podem ser esclarecidas na seção seguinte.

Outras observações

- Finalmente, anotar nos quadrados correspondentes à consulta atual para esta seção todas as demais observações que forem consideradas necessárias, que sejam características da região e que não tenham sido incluídas na ficha. Nesta seção, por exemplo, pode-se incluir as recomendações especiais dadas à mãe sobre quais alimentos ela deve dar à criança durante uma doença e logo após sua recuperação (aumentar a quantidade de alimentos em cada refeição e o número de refeições diárias), que não estejam detalhadas na ficha.

ANEXO 29.B
EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO 1 DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____
 Grupo: _____

CLASSIFICAÇÃO INICIAL	CLASSIFICAÇÃO FINAL			
	TOTAL	EUTRÓFICA	PESO BAIXO PARA A IDADE	PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE
TOTAL				
PESO BAIXO PARA A IDADE				
PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE				

Observações:

**EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO 2 DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____
 Grupo: _____

CLASSIFICAÇÃO INICIAL	TOTAL	EUTRÓFICA				CLASSIFICAÇÃO FINAL							
		↑	—	↓	↑	↓	—	↑	↓				
TOTAL													
PESO BAIXO PARA A IDADE													
PESO MUITO BAIXO PARA A IDADE													

Observações:

Instruções para o preenchimento dos Quadros 1 e 2:

O Quadro 1 foi confeccionado para analisar a evolução do estado nutricional das crianças em relação a sua classificação no início e no final do período designado. O Quadro 2 considera não só a classificação nutricional no final do período, mas também a tendência que a criança demonstrou em sua condição nutricional durante esse período. As instruções que se seguem servem para completar ambos quadros.

1. Completar, na parte superior do Quadro, os dados de identificação da área ou serviço de saúde onde o trabalho foi realizado e o período ao qual a informação corresponder. Incluir qualquer outro dado sobre o grupo ao qual a informação que será processada corresponder. Por exemplo: crianças de dois a quatro ou a seis meses, de seis a 11 meses e de um a dois anos, ou outra subdivisão. Confeccionar um Quadro para cada subgrupo.
2. Selecionar a primeira Ficha e verificar a qual grupo a criança pertence, tendo como referência os diferentes grupos em que se decidiu subdividir a população em estudo. Selecionar o quadrado que corresponde ao grupo ao qual a criança pertence.
3. Observar a classificação nutricional da criança na primeira consulta e selecionar a linha correspondente: Peso Baixo para a Idade, ou Peso Muito Baixo para a Idade.
4. Observar a classificação nutricional da criança na consulta ao final do período estabelecido para o estudo. Procurar a consulta que esteja mais próxima dessa ocasião, seja anterior ou seja posterior, tendo o cuidado de não ultrapassar um período de tempo que deverá ser fixado para a análise, para evitar que sejam incorporadas no mesmo grupo, crianças para as quais foram designados tempos muito diferentes de recuperação. Baseando-se na classificação final, selecionar a coluna à qual a criança corresponder: Eutrófica, Peso Baixo para a Idade, ou Peso Muito Baixo para a Idade.
4. Ao utilizar o Quadro 2, deve-se identificar também se a tendência nutricional da criança foi ascendente, descendente ou estável. Pode-se optar entre a tendência geral durante todo o período e a tendência entre a última consulta e a anterior.
5. Na interseção da linha e da coluna escolhidas, colocar uma marca (|). Ao utilizar o Quadro 2, ter o cuidado de colocar a informação na coluna correspondente à situação da criança de acordo com seu estado nutricional e a tendência.
6. Repetir esse procedimento na a próxima Ficha, até completar todas as fichas.
7. Somar as marcas colocadas nos diversos quadrados de cada linha e anotar o resultado no quadrado correspondente à coluna **Total**. Repetir esse procedimento para as marcas colocadas nos quadrados de cada coluna e anotar o resultado na linha Total.
8. Verificar se a soma dos quadrados das colunas 3 a 5 da linha **Total** e a soma dos quadrados das linhas 3 e 4 da coluna **Total** são iguais. Anotar esse resultado na interseção da linha **Total** e a coluna **Total**.

PARTE VII
PESQUISAS SOBRE FATORES DE RISCO

PROTOCOLO 30

FATORES ASSOCIADOS À FALTA DE CUMPRIMENTO, POR PARTE DOS PAIS, DA REFERÊNCIA AO HOSPITAL

INTRODUÇÃO

O papel dos pais e da família em relação à saúde da criança é de suma importância. Além de responderem pelo cuidado e pela atenção da criança no lar, os pais e a família também são os intérpretes do estado da criança. São eles que decidem quando a criança está doente, e quais as providências que devem ser tomadas diante da doença. No entanto, o fato de uma família decidir que a doença da criança necessita de uma consulta ao serviço de saúde não significa necessariamente que as instruções dadas pelo pessoal de saúde para o tratamento e o cuidado da criança serão cumpridas.

A maneira como a família percebe os sinais de doença da criança determina a rapidez da procura de um serviço de saúde. O reconhecimento tardio dos sinais da doença tem grande influência na frequência do aparecimento de casos graves de doenças (associadas à demora da aplicação do tratamento), bem como na ocorrência de mortes domiciliares associadas à falta de tratamento oportuno.

O comportamento da família em relação às instruções de tratamento que o pessoal de saúde dá durante a consulta, também tem importância fundamental na evolução da doença da criança e, portanto, na proporção de casos curados e de complicações.

Entretanto, em ambos os casos, há numerosos fatores relacionados à organização e às características da atenção nos serviços de saúde que influenciam o comportamento dos pais. Algumas vezes a população não dispõe de serviços de saúde próximos, aos quais poderia recorrer quando a criança estivesse doente, ou não dispõe de meios de transporte em horários convenientes e a um custo acessível. Outras vezes, a população não acorre aos serviços de saúde em tempo oportuno devido a problemas que teve em consultas prévias, tais como esperas muito longas, tratamento inadequado por parte do pessoal, ou devido aos gastos exigidos pelo tratamento.

É possível que os fatores associados à falta de cumprimento das instruções dadas pelo pessoal de saúde, por ocasião da consulta, estejam relacionados não só ao conhecimento, às atitudes e às práticas do pessoal, mas também aos conteúdos e, principalmente, à maneira como as instruções para o tratamento são transmitidas. É freqüente observar que as famílias não recebem as instruções do tratamento de forma apropriada, seja porque o pessoal utiliza uma linguagem técnica, ou porque não dá tempo aos pais para expressar suas dúvidas, nem os ajuda a solucionar as possíveis dificuldades que tenham para dar cumprimento às instruções.

Embora sempre seja importante que a família cumpra as instruções de tratamento para garantir que a criança tenha uma evolução favorável, quando as instruções incluem a referência da criança a um Hospital, o não cumprimento da recomendação pode ter consequências mais sérias: pode determinar o agravamento rápido do quadro e pôr em risco a vida da criança.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui instruções gerais para o tratamento do quadro clínico da criança, bem como algumas técnicas para melhorar a comunicação entre o pessoal de saúde e os pais. Caso a referência da criança a um hospital seja necessária, a estratégia AIDPI prevê um conjunto de recomendações especiais para procurar garantir que a criança seja realmente levada pelos pais ao hospital. Como essas instruções e recomendações são de natureza geral, algumas vezes, é possível que os pais não dêem cumprimento à referência por razões associadas às características da região onde vivem. É preciso, portanto, que ao aplicar recomendações de natureza geral, a estratégia AIDPI leve em consideração as características da região.

A análise das causas que fazem com que os pais não levem a criança ao hospital, quando o pessoal de saúde recomenda, permitirá identificar aqueles fatores adicionais que merecem ser abordados pelo pessoal de saúde e contribuirá, assim, para melhorar o cumprimento da referência.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é determinar as causas associadas à falta de cumprimento da referência, por parte da família, todas as vezes que essa foi recomendada pelo pessoal de saúde.

METODOLOGIA

Primeiro, selecionar-se-ão uma ou mais áreas onde vive a população que tenha acesso a um ou mais serviços de saúde, uma vez que a base do estudo será constituída por famílias de crianças que neles tenham sido atendidas e para as quais o pessoal de saúde tenha indicado a referência a um hospital.

As providências para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas de estimativa.

Uma vez definida a população a ser estudada, deve-se identificar as crianças que foram atendidas durante um determinado período nos serviços de saúde para quem o pessoal de saúde recomendou a referência ao hospital. Para isto, o/os serviços de saúde selecionados deverão:

- Dispor de um Registro Diário de Consultas que permita selecionar os casos atendidos durante um determinado período.
- Ter anotado no mesmo registro ou em um registro adicional (por exemplo, Antecedentes Clínicos ou Ficha de Atenção Ambulatorial) as informações sobre a consulta, incluindo a recomendação de referência a um hospital e, de preferência, se esta foi dada para hospitalização, estudos de diagnóstico complementares ou tratamentos adicionais. Se, na área, existir mais de um hospital de referência, também se deve deixar claro no registro para qual deles a criança foi referida, já que as causas da falta de cumprimento da referência podem ser diferentes, dependendo do serviço para o qual se recomendou que a mãe levasse a criança.
- Registrar a data da consulta e o domicílio da criança, seja no Registro Diário de Consultas ou nos Antecedentes Clínicos/Ficha da criança.

Os dados anteriores deverão ser transcritos para uma lista de crianças referidas ao hospital com a qual se deverá verificar, nos hospitais, se a criança realmente foi ou não levada por seus pais. No Anexo 30.A pode ser encontrado um modelo de formulário com esta finalidade, no qual também está incluído um espaço para o registro dos dados que deverão ser obtidos nos hospitais de referência.

Com a lista das crianças referidas pelos serviços de saúde selecionados durante o período do estudo, deve-se visitar os hospitais de referência utilizados e verificar se as crianças foram ou não registradas como atendidas, como resultado da referência recomendada pelos serviços de saúde de primeiro nível. Para isto, os hospitais de referência deverão ter um registro de entrada, de modo que se possa identificar aqueles casos que não foram levados por seus pais. Neste registro devem constar os dados de identificação da criança (sobrenome e nomes, domicílio, etc.), a data em que a criança foi levada ao hospital e, de preferência, se a criança também veio referida de outro serviço de saúde.

Qualquer que tenha sido o motivo para a referência é importante que o registro do hospital também indique o diagnóstico feito pelo pessoal de saúde do hospital. Se as crianças referidas pelos serviços de saúde ambulatoriais derem entrada no hospital em diferentes serviços (por exemplo, emergência pediátrica, sala de pediatria, consultório externo, serviços de diagnóstico, tais como laboratório, radiologia, etc.), esse fato deve constar nos registros de todas elas.

Deve-se ter certeza de que o atendimento no hospital se deva à referência pelo serviço de saúde do primeiro nível e que não se trate de uma consulta posterior, feita pela família como resultado da evolução negativa da doença da criança ou por causa de outra doença. O objetivo principal é avaliar a falta de cumprimento da recomendação de referência dada pelo serviço de saúde do primeiro nível, e todos os casos em que a família decidiu não ir ao hospital quando isto foi recomendado pelo pessoal de saúde devem ser incluídos, independentemente de tê-lo feito posteriormente quando a doença da criança piorou ou por causa de outro problema.

Uma vez que se disponha da lista das crianças que foram referidas ao hospital pelos serviços de saúde do primeiro nível e que não tenham sido registradas como atendidas nesse estabelecimento, confeccionar-se-á uma Ficha para cada uma das crianças com o fim de realizar uma visita a seu domicílio e indagar sobre as causas da falta de cumprimento da recomendação.

Para essa última tarefa, propõe-se, no Anexo 30.B, um modelo de Ficha de Entrevista com a Família que deve ser aplicada em todos os domicílios onde residem crianças cujos pais ou responsáveis não cumpriram a referência recomendada pelo serviço de saúde do primeiro nível.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Uma vez concluídas todas as entrevistas, deve-se analisar as informações obtidas. Primeiro, é conveniente determinar quantas das crianças que foram recomendadas para um hospital de referência foram realmente encontradas entre os registros do hospital (ou dos hospitais) para os quais foi recomendada a referência. Para isto pode-se utilizar o formulário de registro de casos referidos ao hospital e proceder da seguinte maneira:

- Contar o número total de crianças para quem o serviço de saúde ambulatorial recomendou a referência.

- Contar o número de crianças cujas consultas foram registradas no hospital.
- Calcular a porcentagem representada pelas crianças referidas pelos serviços de saúde ambulatoriais que foram registradas como atendidas no hospital (ou nos hospitais) sobre o total de crianças para quem foi recomendada a referência.

Convém realizar o cálculo desta porcentagem para o total de crianças para quem os serviços de saúde ambulatoriais recomendaram a referência ao hospital. Para este cálculo também se deve separar as crianças em dois grupos: aquelas crianças que foram referidas para hospitalização e aquelas que foram referidas para estudos (consulta com especialistas, radiologia ou serviços laboratoriais). Isto se deve ao fato de que é possível esperar que a proporção de crianças que não são levadas por seus pais ao hospital seja maior quando o motivo da referência for um estudo ou uma consulta do que quando o motivo da referência for a hospitalização para o tratamento da doença.

Posteriormente, e com base nos registros das Fichas de Entrevista, recomenda-se:

- Avaliar a proporção de crianças cujos pais afirmam que cumpriram a referência, embora o registro de que foram levadas ao hospital não tenha sido encontrado. Isto é de extrema importância já que permitirá identificar problemas no registro hospitalar ou na busca da informação no hospital. Caso o número de crianças que foram inicialmente classificadas como “não levadas ao hospital por seus pais” inclua muitas crianças que de fato foram levadas, mas não registradas no hospital, deve-se melhorar o sistema de registro no hospital.
- Avaliar de um modo geral as razões, expostas pelos pais ou por outros responsáveis pelo cuidado das crianças, que motivaram a falta de cumprimento da referência ao hospital conforme a recomendação do pessoal de saúde.
- Classificar essas razões em um grupo reduzido de categorias para que se possa determinar os fatores alegados mais freqüentemente como justificativa para a falta de cumprimento da referência ao hospital.

Em todos esses casos, também se recomenda realizar estas avaliações para o total de crianças referidas e para os diferentes motivos para a referência, uma vez que as razões dadas pelos pais para não terem cumprido a recomendação do pessoal de saúde podem ser diferentes. Quando o motivo da referência for a realização de estudos complementares de diagnóstico é mais provável que a proporção de crianças levadas ao hospital seja menor do que nos casos em que o motivo de referência for a hospitalização da criança para ser submetida a tratamento.

No Quadro de Consolidação das Informações (Anexo 30.C), apresentam-se alguns fatores que, oferecidos como exemplo, podem ser úteis para a formação de pequenos grupos de categorias para a análise. Não obstante, recomenda-se realizar sempre uma primeira análise descritiva das razões dadas pelas famílias para não levar a criança ao hospital e, com base nessa análise, modificar e ampliar as categorias anteriores. Recomenda-se confeccionar um Quadro diferente para cada motivo de referência que o pessoal de saúde do primeiro nível de atenção tenha registrado.

Algumas considerações adicionais para a análise

Como as razões oferecidas pela família, para explicar porque não cumpriu a recomendação de levar a criança ao hospital, variam, é conveniente realizar uma enumeração exaustiva das mesmas tratando, inicialmente, de não agrupá-las a não ser que sejam equivalentes. Numa segunda revisão dessa enumeração exaustiva podem-se definir possíveis categorias como, por exemplo, razões econômicas, familiares, de distância, etc.

Além dessas categorias é conveniente procurar qualificar qual foi a percepção da família a respeito da gravidade da doença da criança. Isto é importante pois, na maioria dos casos, a decisão da família de levar ou não a criança ao hospital baseia-se em sua capacidade de perceber a gravidade do episódio da doença. É a partir do julgamento da gravidade do episódio que a família define se o estado da criança justifica as dificuldades que terá que enfrentar para cumprir a referência.

A percepção da gravidade ou não do episódio de doença para a qual o pessoal de saúde recomendou a referência ao hospital, está incluída como uma das categorias do Quadro, mas é preciso ter em mente que para sua definição devem ser empregadas diversas informações. Dentre estas informações deve-se incluir: a classificação que o pessoal de saúde deu para quadro clínico da criança, o motivo da recomendação de referência ao hospital, o tratamento alternativo utilizado pela família para a criança e a evolução do quadro clínico, já que todos esses elementos podem proporcionar informações sobre o risco em que a criança se encontrava, qualificado tanto pelos elementos objetivos como pelos elementos subjetivos.

A Tabela 30.1 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores que podem ser calculados com base nas informações coletadas.

TABELA 30.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças que não foram levadas ao hospital para hospitalização porque os pais não consideraram ser grave o episódio da doença	Número de crianças que não foram levadas ao hospital para hospitalização porque os pais não consideraram grave o episódio da doença	Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo pessoal de saúde, menos Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo pessoal de saúde e para as quais não se dispõe de informações sobre como os pais consideraram ser a gravidade
Proporção de crianças que não foram levadas ao hospital para hospitalização porque os pais consideraram o custo do traslado ou do atendimento hospitalar elevado	Número de crianças que não foram levadas ao hospital para hospitalização porque os pais consideraram caro o traslado ou o atendimento hospitalar	Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo pessoal de saúde, menos Número de crianças que foram referidas para hospitalização pelo pessoal de saúde e para as quais não se dispõe de informações sobre a opinião dos pais com respeito ao custo
Proporção de crianças que não foram levadas ao hospital para consulta com um especialista porque os pais tinham dificuldades familiares para fazê-lo	Número de crianças que não foram levadas ao hospital para consulta com um especialista porque os pais tinham dificuldades familiares para fazê-lo	Número de crianças que foram referidas para consulta com um especialista menos Número de crianças referidas para consulta com um especialista para as quais não se dispõe de informações sobre possíveis dificuldades familiares para efetuar a referência

ANEXO 30.B
FICHA DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA NO DOMICÍLIO

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [_____]	Sexo: [___]	Data de Nascimento: ____/____/____			
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Data da entrevista: ____/____/____			Data da consulta inicial: ____/____/____		
Serviço consultado:					
Diagnóstico:			Tratamento:		
Composição da família (os que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [___] Não [___]	Avó	Sim [___] Não [___]	Irmãos	Sim [___] Não [___]
Mãe	Sim [___] Não [___]	Avô	Sim [___] Não [___]	- Mais velhos	Nº [_____]
Quem cuida da criança: [_____]				- Mais jovens	Nº [_____]
Educação da mãe:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Educação do pai:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Características da moradia:					
Urbana [___]	Rural [___]	Número de cômodos: [___]		Água no interior: Sim [___] Não [___]	
Banheiro: Sim [___] Não [___]		Vaso S.: Sim [___] Não [___]		Sala de refeições: Sim [___] Não [___]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Número de pessoas que dormem com a criança: [___]		
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança:					
Controle de sua gravidez		Sim [___] Não [___]	Centro de Saúde	[___]	Hospital [___]
Outro: _____					
Tem o Cartão pré-natal: Sim [___] Não [___]		Controle precoce: Sim [___] Não [___]		Periódico: Sim [___] Não [___]	
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer:					
Onde nasceu a criança?	Hospital [___]	Domicílio [___]	Outro: _____		
A criança permaneceu com você desde que nasceu?		Sim [___] Não [___]	Deu-lhe de mamar?	Sim [___] Não [___]	
Quando lhe deu de mamar na primeira vez?					
Deu-lhe algo à criança antes de mamar?		Sim [___] Não [___]	Que foi que lhe deu?		
Além do leite materno, você dava algo mais à criança quando saiu do Hospital?					Sim [___] Não [___]
Se lhe dava algo, que é que lhe dava?					
Sobre o controle da criança:					
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?					
A quem a levou?	Serviço de saúde [___]	Curandeiro [___]	Outro:		
Quando leva a criança a um serviço de saúde, a que serviço a leva (nome ou endereço do serviço)?					

A criança tem um Cartão de vacinas?		Sim [] Não []	As vacinas estão em dia?		Sim [] Não []
Tem Cartão de controle de crescimento?		Sim [] Não []	Os controles estão em dia?		Sim [] Não []
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim [] Não []	Fora do lar?	Sim [] Não []	Horas
	Mãe	Sim [] Não []	Fora do lar?	Sim [] Não []	Horas
Você tem tempo suficiente para atender à criança?					Sim [] Não []
Por quê?					
	Quem fica em casar?		Quem cuida da criança?		Quem lhe dá de comer?
De manhã					
Ao meio dia					
À tarde					
À noite					
Sobre a consulta da criança:					
Quando levaram a criança à consulta?					
Quem levou a criança ao serviço de saúde?					
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?					
Informaram-lhe o que a criança tinha?					Sim [] Não []
Que lhe disseram que a criança tinha?					
Disseram-lhe o que tinha de fazer para tratar a criança?					Sim [] Não []
Que foi que lhe disseram que tinha que fazer para tratar a criança?					
Explicaram-lhe por que tinha de tratar a criança dessa maneira?					Sim [] Não []
Ficou satisfeita com o diagnóstico e o tratamento que lhe indicaram?					Sim [] Não []
Por quê?					
Que tratamento deu à criança depois de sair do serviço de saúde?					
Levou-a ao Hospital?					Sim [] Não []
Se a resposta for Sim	A que Hospital levou a criança? [_____] Quando a levou? [____/____/____] Que tratamento lhe deram? [_____] Quanto tempo a criança esteve no Hospital? [_____]				

Se a resposta for NÃO, por que não levou a criança ao Hospital?			
Que tratamento deu à criança em lugar de levá-la ao Hospital?			
1. [_____]		2. [_____]	
3. [_____]		4. [_____]	
Por que deu esses tratamentos à criança?			
O pessoal de saúde disse-lhe em alguma ocasião ser conveniente levar a criança ao Hospital?			Sim [___] Não [___]
Se a resposta for Sim e não o fez, por que não levou a criança ao Hospital?			
A criança se curou?	Sim [___] Não [___]	Em quanto tempo?	[_____]
Posteriormente levou a criança à consulta?			Sim [___] Não [___]
Por doença?	Sim [___] Não [___]	Para controle?	Sim [___] Não [___]
Sobre a acessibilidade ao Hospital:			
O Hospital encontra-se a menos de uma hora do serviço de saúde?			Sim [___] Não [___]
Por transporte público		A pé	
A cavalo/mula/outro		Outro (especificar)	
Há despesas com o traslado ao Hospital e para o atendimento ?			Sim [___] Não [___]
Esses custos econômicos são acessíveis para a população?			Sim [___] Não [___]
Observações:			

ANEXO 30.C
CAUSAS PARA A FALTA DE CUMPRIMENTO DA REFERÊNCIA AO HOSPITAL
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____ Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Os pais não ficaram satisfeitos com o diagnóstico ou com o tratamento indicado pelo pessoal de saúde				
Os pais consideraram que o hospital ficava longe para levar a criança				
O custo do traslado ou do atendimento hospitalar é considerado demasiado caro				
Os pais não tinham como organizar as atividades domésticas que tinham que realizar (cuidado de outras crianças, preparo das refeições, limpeza de casa, etc.)				
Teriam de faltar ao trabalho para levar a criança e não podiam fazê-lo				

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Não tinham tempo para ir ao hospital				
Não julgaram ser necessário levar a criança ao hospital para a doença que tinha				
Tinham outras opções de tratamento diferentes e confiáveis, segundo sua opinião				
Consideraram que a criança não estava gravemente doente para necessitar de tratamento hospitalar				
Consideraram que o atendimento no hospital era ruim				
Observações:				

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Em primeiro lugar, convém separar, de todas as Fichas de Entrevista com a Família que foram preenchidas, aquelas que se referem a crianças que realmente não foram levadas por seus pais ao hospital.
2. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um dos motivos de referência das crianças, tais como estudos de diagnóstico (estes podem ser subdivididos em laboratório, radiologia ou consulta com especialista), e hospitalização.
3. A seguir, convém separar as Fichas de Entrevista em grupos de acordo com os Quadros de Consolidação das Informações elaborados, considerando que as Fichas devem concentrar-se no quadro que corresponder ao motivo mais grave para a referência. Por exemplo, se uma criança é referida ao hospital para hospitalização e, além disto, se indica exame de laboratório, deve-se incluir a ficha no Quadro de Consolidação das Informações correspondente à hospitalização.
4. Selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas de Entrevista com a Família relativo ao motivo de referência ao hospital. Observar a resposta dos pais em relação ao serviço de saúde, ou seja, se os pais ficaram satisfeitos com o diagnóstico e o tratamento indicado pelo pessoal de saúde. Se a resposta foi Sim, colocar uma marca na coluna **SIM**, correspondente à linha relacionada com esse ponto do quadro de Consolidação das Informações. Se a resposta for **NÃO**, colocar a marca na coluna correspondente a essa resposta. Se não houver informações sobre esse ponto, colocar a marca na coluna **Sem Informação**.
5. Continuar com a linha seguinte do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta para cada ponto dentro da Ficha de Entrevista com a Família. Deve-se levar em conta que, em certos casos, a resposta não será direta, e que será preciso obtê-la da leitura das respostas abertas e fechadas contidas na ficha.
6. Prosseguir dessa maneira até completar as respostas relativas a todos os aspectos que tenham sido incluídos no Quadro de Consolidação das Informações. Todas as vezes que a resposta não estiver registrada na Ficha, deve-se anotar como **Sem Informação**. Somente quando estiver registrado que a família respondeu com um não a uma questão fechada ou afirmou que certo aspecto não constituía um problema, é que se deverá fazer a anotação na coluna **NÃO**.
7. Quando todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações da primeira Ficha de Entrevista com a Família tiverem sido preenchidas, prosseguir com a segunda Ficha e, assim, sucessivamente, até completar todas as Fichas de Entrevista disponíveis para cada um dos Quadros de Consolidação das Informações em que se subdividiu a amostra completa de crianças.
8. Uma vez completado o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Entrevista com a Família, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado e, a seguir, somar as cifras anotadas nos quadrados de uma mesma linha para obter o **Total**.

PROTOCOLO 31

FATORES ASSOCIADOS À FALTA DE CUMPRIMENTO, POR PARTE DOS PAIS, DA VISITA DE REAVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

INTRODUÇÃO

O papel que cabe aos pais e à família em relação à saúde da criança é de suma importância. Além de serem os responsáveis pela atenção e pelo cuidado da criança no lar, são eles que decidem se a criança está doente e definem a atitude que deve ser tomada diante da doença. No entanto, o fato de uma família decidir que a doença da criança necessita de uma consulta em um serviço de saúde não significa necessariamente que as instruções para o tratamento e para o cuidado da criança serão corretamente cumpridas, de acordo com a orientação dada pelo serviço de saúde.

A percepção da família dos sinais de doença determina a rapidez da procura de um serviço de saúde onde a criança possa ser atendida. O reconhecimento tardio dos sinais de doença tem grande influência na frequência com que casos graves de doença são levados aos serviços de saúde, bem como na ocorrência de mortes domiciliares, associadas à falta de tratamento oportuno.

O comportamento da família com relação às recomendações de tratamento que o pessoal de saúde proporciona na consulta também é de fundamental importância na evolução da doença da criança e, portanto, na proporção de casos curados e na proporção de complicações.

Contudo, em ambos os casos, há numerosos fatores relacionados à organização e as características da atenção nos serviços de saúde que influenciam o comportamento dos pais. Algumas vezes, a população não dispõe de serviços de saúde próximos, aos quais pudesse recorrer quando a criança estivesse doente, ou faltam-lhe os meios de transporte convenientes - convenientes quanto ao custo e quanto ao horário. Outras vezes, a população não recorre aos serviços de saúde em tempo oportuno devido a problemas que teve em consultas anteriores, tais como esperas muito longas, tratamento inadequado por parte do pessoal, ou devido aos gastos exigidos pelo tratamento.

Os fatores associados à falta de cumprimento das recomendações feitas pelo pessoal de saúde - por ocasião da consulta - podem estar relacionados não só ao conhecimento, às atitudes e às práticas do pessoal, mas também podem estar relacionados aos conteúdos, principalmente no que diz respeito à maneira como as indicações de tratamento são transmitidas. Frequentemente observa-se que as famílias não recebem as recomendações para o tratamento de forma adequada, seja porque o pessoal utiliza uma linguagem técnica, ou porque não dá aos pais ocasião para esclarecer suas dúvidas, nem os ajuda a solucionar as dificuldades que impedem o cumprimento das recomendações.

Embora seja sempre importante que a família cumpra as recomendações do tratamento a fim de garantir que a criança tenha uma evolução favorável, quando as recomendações incluem a referência da criança a um Hospital, o não cumprimento das instruções dadas pelo serviço de saúde pode ter consequências mais sérias: o não cumprimento das recomendações pode determinar o agravamento rápido do quadro e colocar em risco a vida da criança.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui indicações gerais para o tratamento do quadro clínico da criança, bem como algumas técnicas para melhorar a comunicação entre o pessoal de saúde e os pais. Caso seja necessário fazer o acompanhamento da criança para controlar a evolução da doença, a estratégia AIDPI inclui a educação da mãe com relação à visita de reavaliação e acompanhamento, assim como a educação a respeito dos sinais de alarme cujo aparecimento significa que ela deve levar a criança imediatamente ao serviço de saúde.

Essas indicações e recomendações são de natureza geral, de modo que é possível que algumas vezes não se consiga seu cumprimento por parte de alguns pais. Como a maioria dos casos que recebe tratamento progride favoravelmente, isto acaba levando os pais a não considerarem necessária uma visita de reavaliação e acompanhamento. Entretanto, a visita de reavaliação e acompanhamento é muito importante para permitir que o pessoal de saúde verifique se a criança está realmente progredindo bem. Por outro lado, a visita de reavaliação e acompanhamento também permitirá que os conteúdos educacionais sejam reforçados. Deste modo é possível melhorar o conhecimento e a atitude dos pais em relação ao cuidado da criança no lar.

A análise das causas que levam os pais a não comparecer à visita de reavaliação e acompanhamento recomendada pelo pessoal de saúde permitirá identificar aqueles fatores que merecem ser abordados pelo pessoal de saúde e contribuirá, desta forma, para melhorar o cumprimento da visita de reavaliação e acompanhamento.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é determinar as causas freqüentemente associadas à falta de cumprimento da visita de reavaliação e acompanhamento por parte da família, já que esta foi recomendada pelo pessoal de saúde.

METODOLOGIA

Primeiro, uma ou mais áreas onde vive a população que tem acesso a um ou mais serviços de saúde serão selecionadas, já que a base do estudo é constituída por famílias de crianças que tenham sido atendidas nesses serviços.

As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas de estimativa.

Uma vez definida a população a ser estudada, deve-se identificar aquelas crianças que foram atendidas durante um determinado período nos serviços de saúde da área e que foram classificadas e tratadas por uma causa que requer acompanhamento posterior, tais como pneumonia, otite média aguda e anemia. Todas essas crianças irão constituir a população a ser estudada. Os serviços de saúde selecionados deverão:

- Dispor de um Registro Diário de Consultas que permita selecionar os casos atendidos durante um determinado período.

- Anotar no mesmo registro ou em um registro adicional (por exemplo, os Antecedentes Clínicos ou Ficha de Atenção Ambulatorial) as informações sobre a consulta, especialmente aquelas relacionadas com a razão da consulta dos pais, a classificação da doença e o tratamento indicado. O preferível seria poder contar também com um registro da recomendação dada aos pais pelo pessoal de saúde, especificamente, o dia marcado para a criança comparecer à consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Registrar a data da consulta e o domicílio da criança, seja no Registro Diário de Consultas ou nos Antecedentes Clínicos/Ficha da criança.

Com base nos dados acima, pode-se confeccionar a lista de crianças que foram atendidas no serviço de saúde e que tiveram uma consulta de reavaliação e acompanhamento aprazada. O Anexo 31.A inclui um modelo de formulário para registrar essas informações. Deve-se proceder da seguinte maneira:

1. Examinar o registro diário de consultas, a partir da data do início do estudo, e identificar todas as crianças que foram classificadas pelo pessoal de saúde como tendo alguma doença que exija acompanhamento. Na Tabela 31.1 apresenta-se uma especificação das classificações que exigem acompanhamento posterior, de acordo com a estratégia de AIDPI.

TABELA 31.1

CLASSIFICAÇÃO	DEVE REGRESSAR PARA CONTROLE
Pneumonia	Após 2 dias
Disenteria	
Malária, se a febre persistir	
Febre (Malária Pouco Provável), se a febre persistir	
Sarampo com complicações nos olhos ou na boca	
Diarréia persistente sem desidratação	Após 5 dias
Otite Média Aguda	
Otite Média Crônica	
Problema de Alimentação	Após 14 dias
Anemia	
Peso Muito Baixo para a Idade	Após 30 dias

2. Observar, para cada um dos casos, se o pessoal de saúde anotou a hora marcada para os pais trazerem a criança para a consulta de reavaliação e acompanhamento, seja no Registro Diário de Consultas ou nos antecedentes clínicos ou na ficha da criança. Caso isso não tenha sido feito, observar a data aprazada a fim de facilitar a procura da consulta de reavaliação e acompanhamento. Se esta não se realizou, calcular a data da consulta de reavaliação e acompanhamento com base no que a estratégia AIDPI recomenda, levando em consideração qualquer alteração que se fizer necessária de acordo com o calendário (fins de semana, dias de atendimento do pessoal de saúde, etc.).

3. A seguir, deve-se procurar, no mesmo Registro Diário de Consulta, se a criança foi ou não levada pelos pais à consulta de reavaliação e acompanhamento na data marcada, ou em uma data próxima, seja antes ou depois. De qualquer forma, será conveniente verificar se a consulta foi realmente de reavaliação e acompanhamento, observando a anotação que o pessoal de saúde tenha feito no Registro Diário de Consultas ou nos antecedentes clínicos ou ficha da criança. Evitar-se-á, assim, a possibilidade de anotar como consulta de reavaliação e acompanhamento uma consulta realizada por outra causa.

Se o serviço de saúde introduziu algum sistema de fichário/calendário para o controle do cumprimento das visitas para vacinação, controle de crescimento e controle de reavaliação e acompanhamento de doenças, este poderá ser utilizado para identificar as crianças que não retornaram para o controle.

4. Uma vez que todas as crianças que não compareceram à consulta de reavaliação e acompanhamento tenham sido identificadas com base nos registros do serviço de saúde, deve-se confeccionar uma Ficha de Entrevista com a Família para cada uma delas.
5. Para realizar as entrevistas, cujo objetivo é conhecer as razões que impediram que a criança fosse levada à visita de reavaliação e acompanhamento, pode-se proceder de duas maneiras:
 - Esperar até que os pais retornem ao serviço de saúde para a atenção de outra doença, ou para uma vacina, ou para o controle do crescimento, da alimentação e do desenvolvimento, e aproveitar essa ocasião para realizar a entrevista.
 - Fazer uma visita domiciliar aos pais.

A primeira alternativa tem o inconveniente do tempo de espera, que pode não ser adequado para poder compilar informações suficientes sobre as causas que impediram a realização da reavaliação e acompanhamento. A segunda é a alternativa mais apropriada, pois a entrevista pode ter lugar tão logo tenha sido detectado o não comparecimento à consulta de reavaliação e acompanhamento, permitindo assim uma maior recuperação de informações. O Anexo 31.B inclui um modelo de Ficha de Entrevista com a Família que poderá ser utilizado como base para a confecção de um instrumento adequado às necessidades do estudo. A ficha inclui uma série de dados gerais sobre a família que podem ser úteis para introduzir a análise de diferentes grupos da população, separando certas características da mesma. Se isto não for considerado necessário para o estudo, sugere-se sua supressão, a fim de reduzir o tempo da entrevista e a fim de limitar as informações ao que se considera estritamente necessário para o objetivo do estudo.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Uma vez concluídas todas as entrevistas, deve-se analisar as informações obtidas. Em primeiro lugar, convém determinar quantas crianças foram atendidas nos serviços de saúde ambulatorial, e quantas dessas crianças atendidas que foram recomendadas para uma consulta de reavaliação e acompanhamento se encontravam nos registros do serviço de saúde como tendo comparecido à mesma. Para isto pode-se proceder do seguinte modo:

- Contar o número total de crianças para quem se recomendou uma consulta de reavaliação e acompanhamento, ou o número total de crianças classificadas com uma doença para a qual a estratégia AIDPI indica seguimento.

- Contar o número de crianças que foram registradas para a consulta de reavaliação e acompanhamento.
- Calcular a porcentagem representada pelas crianças que realmente compareceram à consulta de reavaliação e acompanhamento (de acordo com os registros), sobre o total de crianças para quem foi recomendada uma consulta de reavaliação e acompanhamento.

Pode-se calcular a porcentagem acima para o total de crianças para quem se recomendou uma consulta de reavaliação e acompanhamento (ou que a necessitam, de acordo com a estratégia AIDPI), fazendo a separação pelo tipo de classificação, ou pelo lapso de tempo em que se deveria realizar a consulta de reavaliação e acompanhamento. Isto pode ser útil, para observar se as consultas de reavaliação e acompanhamento devidas a certas doenças — ou que devem ser realizadas em períodos mais prolongados (sete ou 14 dias) — apresentam uma proporção de falta de cumprimento maior que outras.

Posteriormente, e com base nos registros das Fichas de Entrevista, recomenda-se:

- Avaliar a proporção de crianças cujos pais afirmam que cumpriram a recomendação, embora os registros não indiquem que elas tenham sido levadas para a consulta de reavaliação e acompanhamento (de preferência, conviria verificar se esta afirmação está correta por meio, por exemplo, do registro da consulta no cartão da criança ou outro tipo de registro que se entregue aos pais). Isto é muito importante já que permitirá identificar problemas no registro de consultas de reavaliação e acompanhamento no serviço de saúde, ou na busca das informações neste serviço. Caso o número de crianças que foram inicialmente classificadas como “não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento por seus pais” incluir muitas crianças que de fato foram levadas mas não foram registradas no serviço, deve-se melhorar o sistema de registro do serviço de saúde.
- Avaliar, de um modo geral, as razões dadas pelos pais ou outros responsáveis pelo cuidado das crianças, que motivaram a falta de cumprimento da consulta de reavaliação e acompanhamento recomendada pelo pessoal de saúde.
- Classificar essas razões em um grupo reduzido de categorias para poder determinar os fatores que aparecem com maior frequência como justificativa para a falta de comparecimento à consulta de reavaliação e acompanhamento.

Recomenda-se realizar essas avaliações para o total de crianças com consulta de reavaliação e acompanhamento marcada para as diferentes classificações dessas crianças, ou para o lapso de tempo que deveria transcorrer entre a consulta inicial e o controle, uma vez que as razões expostas pelos pais para o não cumprimento da recomendação do pessoal de saúde podem ser diferentes quando se tratar de consultas de reavaliação e acompanhamento passados dois dias, passados cinco dias, 14 dias ou 30 dias.

No Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 31.C, são apresentados como exemplo, alguns fatores que podem ser úteis para a formação de pequenos grupos de categorias para a análise. Contudo, sempre se recomenda a realização de uma análise descritiva inicial das razões

dadas pelas famílias para não comparecer à consulta de reavaliação e acompanhamento e, com base nas conclusões da referida análise, modificar e ampliar as categorias anteriores. Recomenda-se confeccionar um Quadro diferente, conforme seja a classificação da doença da criança, de modo que seja possível avaliar o peso das razões dadas pelos pais, segundo o lapso de tempo decorrido ao fim do qual se deveria realizar a consulta de reavaliação e acompanhamento.

Algumas considerações adicionais para a análise

Como as razões que a família oferece para o não cumprimento da recomendação de regressar com a criança ao serviço de saúde para uma consulta de reavaliação e acompanhamento da evolução da criança variam é conveniente realizar uma enumeração exaustiva das mesmas tendo o cuidado de, em uma primeira etapa, não agrupá-las, a não ser que sejam equivalentes. Em uma segunda revisão dessa enumeração exaustiva é possível definir as seguintes categorias: razões econômicas, familiares, de distância, etc., e nelas agrupar as diferentes razões oferecidas que sejam consideradas passíveis de serem englobadas nessas categorias.

Além desse tipo de categorias, convém procurar qualificar a importância dada pela família à consulta de reavaliação e acompanhamento, e se essa importância variou em função da evolução observada na doença após a aplicação do tratamento. Isto é importante pois, na maioria dos casos, a decisão da família de levar ou não a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento baseia-se na importância dada a essa consulta. Se a família estiver convencida de que a total recuperação da criança depende desta consulta é mais provável que ela compareça à consulta. Com base nisto, será possível definir até que ponto as dificuldades que as famílias têm de enfrentar para levar a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento são suficientes para determinar a falta de cumprimento.

Inclui-se a importância dada pela família à consulta de reavaliação e acompanhamento como uma das categorias do Quadro de Consolidação das Informações, mas é necessário ter em mente que, para sua definição, deve-se empregar diversas informações. Dentre estas informações devem estar incluídas: 1. a classificação do quadro clínico da criança; 2. se a família recebeu ou não explicações sobre a importância da consulta de reavaliação e acompanhamento; 3. a avaliação que a família fez dessa explicação e; 4. a evolução do quadro clínico, já que todos esses elementos podem proporcionar informações sobre o risco em que se encontraria a criança, qualificada tanto a partir de elementos objetivos como de elementos subjetivos, no caso de não ser levada à consulta de reavaliação e acompanhamento.

A Tabela 31.2 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores que se podem calcular com base nas informações obtidas.

TABELA 31.2

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças que foram aprazadas para uma consulta de reavaliação e acompanhamento e que não compareceram à mesma	Nº de crianças que foram aprazadas pelo pessoal de saúde para uma consulta de reavaliação e acompanhamento e que não comparecerão à mesma	Nº de crianças que foram aprazadas pelo pessoal de saúde para uma consulta de reavaliação e acompanhamento
Proporção de crianças classificadas como tendo pneumonia que não compareceram à consulta de reavaliação e acompanhamento	Nº de crianças classificadas como tendo pneumonia pelo pessoal de saúde que não compareceram à consulta de reavaliação e acompanhamento	Número de crianças classificadas como tendo pneumonia pelo pessoal de saúde
Proporção de crianças que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento porque os pais consideraram que ela estava melhor	Número de crianças que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento porque os pais consideraram que ela já estava melhor	Nº de crianças que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento menos Nº de crianças que não foram levadas à consulta para as quais não se dispõe de informações sobre a percepção dos pais com respeito à melhora ou não da criança
Proporção de crianças classificadas como tendo pneumonia que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento por dificuldades econômicas	Número de crianças classificadas como tendo pneumonia que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento porque os pais consideraram caro o traslado ou a nova consulta ao serviço de saúde	Número de crianças classificadas como tendo pneumonia que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento menos Número de crianças classificadas como tendo pneumonia e que não foram levadas à consulta para as quais não se dispõe de informações sobre a opinião dos pais sobre o custo da nova consulta.
Proporção de crianças classificadas como tendo disenteria que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento porque os pais não a consideraram necessária	Número de crianças classificadas como tendo disenteria que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento porque os pais não a consideraram necessária	Nº de crianças classificadas como tendo disenteria que não foram levadas à consulta de reavaliação e acompanhamento menos Nº de crianças classificadas como tendo disenteria e que não foram levadas à consulta para as quais não se dispõe de informações sobre a opinião dos pais sobre a necessidade de levar a criança a essa consulta

ANEXO 31.B
CAUSAS PARA O NÃO COMPARECIMENTO À CONSULTA DE
REAVLIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO
FICHA DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA NO DOMICÍLIO

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [_____]	Sexo: [___]	Data de Nascimento: ___/___/___			
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Data da entrevista: ___/___/___			Data da consulta inicial: ___/___/___		
Serviço que consultou:					
Diagnóstico:			Tratamento:		
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [___] Não [___]	Avó	Sim [___] Não [___]	Irmãos	Sim [___] Não [___]
Mãe	Sim [___] Não [___]	Avô	Sim [___] Não [___]	- Mais velhos	Nº [_____]
Quem cuida da criança: [_____]				- Mais jovens	Nº [_____]
Educação da mãe:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Educação do pai:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]
Características da habitação:					
Urbana [___]	Rural [___]	Número de cômodos: [___]		Água no interior: Sim [___] Não [___]	
Banheiro: Sim [___] Não [___]		Vaso: Sim [___] Não [___]		Sala de refeições: Sim [___] Não [___]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Número de pessoas que dormem com a criança: [___]		
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança:					
Controle de sua gravidez		Sim [___] Não [___]		Centro de Saúde [___]	Hospital [___]
Outro: _____					
Tem o Cartão pré-natal		Sim [___] Não [___]		Controle precoce: Sim [___] Não [___]	Periódico: Sim [___] Não [___]
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer:					
Onde nasceu a criança?		Hospital [___]		Domicílio [___]	Outro: _____
A criança esteve com você desde que nasceu? Sim [___] Não [___]				Deu-lhe de mamar? Sim [___] Não [___]	
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?					
Deu algo à criança antes de mamar?		Sim [___] Não [___]		Que lhe dei?	
Além do leite materno, você dava mais alguma coisa à criança quando saiu do Hospital?					Sim [___] Não [___]
Se lhe dava algo, que é que lhe dava?					
Sobre o controle da criança:					
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?					
A quem a levou?		Serviço de saúde [___]		Curandeiro [___]	Outro: _____

Quando leva a criança a um serviço de saúde, a que serviço a leva (nome ou endereço do serviço)?					
A criança tem um Cartão de vacinas?		Sim [] Não []		Vacinas em dia?	
Tem Cartão de controle de crescimento?		Sim [] Não []		Controles em dia?	
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho		Pai		Sim [] Não []	
		Mãe		Sim [] Não []	
		Fora do lar?		Sim [] Não []	
		Fora do lar?		Sim [] Não []	
Você tem tempo suficiente para cuidar da criança?					Sim [] Não []
Por quê?					
		Quem fica em casa?		Quem cuida da criança?	
De manhã					
Ao meio dia					
À tarde					
À noite					
Sobre a consulta da criança:					
Quando levaram a criança à consulta?					
Quem levou a criança ao serviço de saúde?					
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?					
Disseram-lhe o que a criança tinha?				Sim [] Não []	
Que lhe disseram que a criança tinha?					
Informaram-lhe o que era necessário fazer para tratar a criança?				Sim [] Não []	
Que lhe disseram que tinha de fazer para tratar a criança?					
Explicaram-lhe por que tinha de tratar a criança dessa maneira?				Sim [] Não []	
Ficou satisfeita com o diagnóstico e o tratamento que lhe recomendaram?				Sim [] Não []	
Por quê?					
Qual o tratamento que deu à criança depois de sair do serviço de saúde?					
Levou-a à consulta de reavaliação e acompanhamento?				Sim [] Não []	
Se a resposta for Sim		A que serviço de saúde levou a criança? [_____]			
		Quando a levou? [_____/_____/_____]			
		Que lhe disseram? [_____]			

Se a resposta for não, O pessoal de saúde lhe disse que tinha que levar a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento?		Sim [___] Não [___]	
Explicaram-lhe por que tinha de levar a criança a uma consulta de reavaliação e acompanhamento?		Sim [___] Não [___]	
Por que o pessoal de saúde lhe disse que era importante levar a criança a uma consulta de reavaliação e acompanhamento?			
Ficou satisfeita com a explicação do pessoal de saúde sobre a importância da consulta de reavaliação e acompanhamento?		Sim [___] Não [___]	
Por que não levou a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento?			
A criança se curou?	Sim [___] Não [___]	Em quanto tempo?	[_____]
Levou a criança posteriormente à consulta?		Sim [___] Não [___]	
Por doença?	Sim [___] Não [___]	Para controle?	Sim [___] Não [___]
Sobre a acessibilidade ao serviço de saúde:			
O serviço de saúde se encontra a menos de uma hora de casa?		Sim [___] Não [___]	
Por transporte público	A pé		
A cavalo/mula	Outro (especificar)		
Há custos econômicos para o transporte ao serviço de saúde ou para a atenção?		Sim [___] Não [___]	
Esses custos econômicos são acessíveis?		Sim [___] Não [___]	
Observações:			

ANEXO 31.C
CAUSAS PARA O NÃO COMPARECIMENTO À CONSULTA DE
REAValiaÇÃO E ACOMPANHAMENTO

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____ Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Os pais não ficaram satisfeitos com o diagnóstico ou com o tratamento indicado pelo pessoal de saúde				
Distância que têm de viajar cada vez que têm de ir ao serviço de saúde				
O custo do transporte ou da atenção no serviço de saúde é considerado demasiado caro				
Os pais não tinham como organizar suas atividades domésticas (cuidado de outras crianças, preparação da comida, limpeza de casa, etc.)				
Teriam de faltar ao trabalho para levar a criança e não podiam fazê-lo				

ASPECTO	TOTAL	SI	NO	SIN INFORMACION
<p>Não tinham tempo para levar a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento</p> <p>Não consideraram ser necessário levar a criança à consulta de reavaliação e acompanhamento porque a criança já estava melhor</p>				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Em primeiro lugar é conveniente separar, de todas as Fichas de Entrevista com Família que foram preenchidas, aquelas que digam respeito a crianças que realmente não foram levadas por seus pais à consulta de reavaliação e acompanhamento.
2. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada uma das classificações de doença que estejam associadas ao período de tempo em que se deveria realizar a consulta de reavaliação e acompanhamento.
3. A seguir, convém separar as Fichas de Entrevista com a Família em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido elaborados, levando em conta que as fichas devem ser transcritas para o Quadro que corresponda ao menor lapso de tempo para a consulta de reavaliação e acompanhamento. Por exemplo, se uma criança foi classificada como tendo pneumonia e também como tendo otite média aguda, pelo fato de a consulta de reavaliação e acompanhamento para pneumonia exigir um prazo menor - dois dias - e a consulta para otite exigir um prazo maior - cinco dias -, a criança deve ser incluída no Quadro de Consolidação correspondente a pneumonia, uma vez que este é o lapso de tempo mais curto.
4. Selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas de Entrevista correspondentes a essa classificação. Observar a resposta dos pais, a saber, se eles ficaram satisfeitos com o diagnóstico e o tratamento que o pessoal de saúde recomendou. Se a resposta tiver sido Sim, colocar uma marca na coluna **SIM**, correspondente à linha relacionada com esse ponto no Quadro de Consolidação. Se a resposta for **NÃO**, colocar a marca na coluna correspondente. Se não houver informação sobre esse ponto, colocar a marca na coluna **Sem Informação**.
5. Continuar com a próxima linha do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta para cada ponto na Ficha de entrevista. Deve-se levar em consideração que, em alguns casos, a resposta não será direta e, portanto, deverá ser obtida através da leitura das respostas abertas e fechadas que se encontram na ficha.
6. Prosseguir desse modo até completar as respostas relativas a todos os aspectos que tenham sido incluídos no Quadro de Consolidação das Informações. Sempre que a resposta não estiver anotada na ficha, deve-se assinalar como **Sem Informação**. Somente quando estiver registrado que a família respondeu com um não a uma pergunta fechada ou quando afirmou que certo aspecto não constituía um problema, é que se deverá assinalar na coluna **NÃO**.
7. Uma vez preenchidas todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira Ficha de Entrevista, prosseguir com a segunda ficha, e assim sucessivamente, até completar todas as Fichas de Entrevista disponíveis para cada um dos Quadros de Consolidação das Informações em que se subdividiu a amostra completa de crianças.
8. Uma vez que o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Entrevista tenha sido preenchido, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado e, a seguir, somar os resultados anotados nos quadrados de uma mesma linha para obter o **Total**.

PROTOCOLO 32

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM O ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE DOIS MESES A QUATRO ANOS DE IDADE

INTRODUÇÃO

Deve-se considerar a condição nutricional da criança como o resultado de uma variedade de fatores, dentre os quais, destaca-se a disponibilidade de alimentos. A disponibilidade de alimentos tem um papel muito importante, embora a condição nutricional da criança não dependa exclusivamente dela. As crenças da mãe e da família em relação à alimentação da criança, a maneira de classificar os alimentos, assim como os hábitos de alimentação do grupo familiar condicionam a forma como a criança será alimentada. As diversas características da família e da habitação, assim como os hábitos de vida e o nível de esclarecimento das mães sobre a saúde e o cuidado geral das crianças, também têm uma grande influência sobre a escolha dos alimentos.

Em algumas populações, as crianças não podem comer certos alimentos devido a um sistema de crenças que perdura há várias gerações. As práticas de alimentação do lactente e da criança são determinadas, em grande medida, pela forma como o grupo familiar encara a alimentação, não só a partir do ponto de vista nutricional, mas também a partir do ponto de vista cultural.

A dinâmica da própria família, associada a conceitos culturais sobre a criação da criança, também determina, em muitos casos, a quantidade e a qualidade dos alimentos que esta recebe durante os primeiros anos de vida. O hábito de fazer ou não as refeições junto com a família, a disponibilidade de tempo para a preparação dos alimentos da criança e para alimentá-la, a forma de distribuição dos alimentos entre os membros da família, têm uma grande influência no tipo e na quantidade de alimentos que a criança recebe e, portanto, tem um peso muito importante em seu crescimento.

A maioria das intervenções desenhadas para lidar com o problema nutricional das crianças visa introduzir na prática dos serviços de saúde a avaliação sistemática da criança para detectar atrasos em seu crescimento. Para as crianças, cujo estado nutricional se encontra abaixo dos parâmetros estabelecidos como normais, foram elaborados diversos tipos de intervenção. Estas intervenções visam a recuperação nutricional da criança, incluindo a suplementação alimentar e as instruções sobre a alimentação adequada da criança. No entanto, estas intervenções encontraram sérias limitações.

A suplementação alimentar é aplicada, de um modo geral, durante curtos períodos de tempo, seja até que o estado nutricional da criança alcance parâmetros normais, ou até que a criança alcance uma certa idade. Seja qual for o caso, a eficácia desse tipo de intervenção sobre o estado nutricional da criança é variável, e depende da forma como esses alimentos são distribuídos para serem consumidos por todos os integrantes do grupo familiar. Em muitos casos, os alimentos que a criança recebe não são suficientes nem adequados para a sua recuperação nutricional.

As recomendações dadas às mães a respeito da alimentação da criança nem sempre são suficientes e adequadas para que possam exercer uma influência positiva nas crenças e no

comportamento da mãe e da família com respeito à alimentação da criança. Algumas vezes as recomendações não se baseiam em um conhecimento correto das dificuldades práticas que a mãe terá de enfrentar para cumpri-las em virtude das características da habitação e da dinâmica da vida familiar.

A melhoria dos conhecimentos e das práticas referentes à alimentação da criança corresponde a objetivos importantes da aplicação da estratégia AIDPI, razão pela qual a estratégia inclui um forte componente educativo. Portanto, espera-se que a partir da aplicação da estratégia AIDPI, haja uma mudança progressiva nos conhecimentos, crenças e práticas da comunidade em relação à alimentação da criança.

Entretanto, para alcançar esse objetivo, convém conhecer com profundidade alguns aspectos específicos relacionados aos determinantes culturais e sociais do processo de alimentação, de modo que seja possível adaptar o componente educacional da estratégia AIDPI à realidade específica de cada região.

OBJETIVO

Conhecer os fatores sociais e culturais que influenciam o estado nutricional das crianças de dois meses a quatro anos de idade.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada será constituída por mães de crianças com menos de cinco anos que vivem na área de influência de serviços de saúde que implementem a estratégia AIDPI. Essa população poderá ser dividida em função de diversas variáveis, tais como: 1. se a população frequenta o serviço de saúde para o controle e a atenção da criança; 2. o estado nutricional da criança e o grau de desnutrição; 3. se esta é ou não a primeira criança, etc. Sempre que se estudem diversos grupos da população, é possível estabelecer comparações entre eles. Por exemplo, é possível estudar os fatores culturais e sociais de famílias com uma criança com menos de cinco anos que esteja desnutrida e de famílias em que a criança dessa mesma idade é eutrófica ou; pode-se separar a população em função do grau de desnutrição (Peso Baixo para a Idade, Peso Muito Baixo para a Idade e Desnutrição Grave) ou; em função de seu comparecimento - ou não - ao serviço de saúde para o controle da criança, da situação social, ou utilizando indicadores de necessidades básicas insatisfeitas.

Caso sejam estudadas famílias que tenham mais de uma criança no grupo etário com menos de cinco anos, deve-se ter em conta a influência da experiência da mãe com a criação e a alimentação das primeiras crianças. Se o que se quer é fazer comparações, neste caso, deve-se levar em consideração essa variável para evitar que ela influencie os resultados.

Os fatores sociais e culturais da população também podem ser estudados antes e depois da implementação da estratégia AIDPI em um serviço de saúde, de modo que se possa observar se as mudanças ocorridas podem ser atribuídas à implementação da estratégia. Nesse caso, deve-se lembrar que a implementação da estratégia AIDPI requer que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, preferivelmente por ter assistido a um curso clínico de AIDPI.
- O serviço de saúde onde o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação das recomendações para a avaliação e o tratamento das crianças.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com respeito à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que comparece ao serviço de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupos mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

Caso se realize o estudo antes e depois da aplicação da estratégia AIDPI, deve-se ter em mente que esta estratégia inclui, tanto componentes destinados ao diagnóstico e tratamento, como componentes educativos voltados para o esclarecimento das famílias sobre o cuidado da criança no lar. Este último componente, o componente educativo, é a maneira mais eficaz de influir sobre os conhecimentos, crenças e práticas da família quanto à alimentação da criança.

Por essa razão, deve-se garantir que o pessoal de saúde possa dedicar o tempo que for necessário às atividades educativas e utilizar os materiais e as metodologias apropriados. O cumprimento das recomendações da estratégia AIDPI sobre a educação dos responsáveis pelo cuidado da criança no que tange sua alimentação depende desta garantia.

Se o estudo for realizado em uma população coberta por mais de um serviço de saúde, deve-se assegurar que as atividades realizadas nos serviços escolhidos sejam similares, especialmente no que se refere à educação das famílias com respeito à alimentação da criança.

Avaliação a ser realizada

A avaliação a ser realizada consiste, fundamentalmente, em um questionário sobre diversas características da família, crenças e práticas com respeito à alimentação, e outros aspectos culturais e sociais que podem exercer influência sobre o estado nutricional da criança. Além disso, a avaliação também deverá incluir a classificação nutricional da criança, realizada mediante a aplicação dos critérios da estratégia AIDPI.

Para a avaliação e o registro dos fatores sociais e culturais da família, pode-se utilizar a Ficha do Anexo 32.A, que deve ser adaptada para a região, incluindo a adição de outros aspectos cuja análise for considerada necessária. Deve-se utilizar uma ficha para cada uma das famílias selecionadas para o estudo.

Caso se estudem famílias com mais de uma criança e se pretenda obter informações sobre o comportamento da família com respeito a cada uma delas, é preciso utilizar tantas fichas quantas forem necessárias para completar a parte específica relacionada com o comportamento da família para com essa criança (só se pode completar a parte geral na primeira das fichas).

Pode-se obter as informações sobre o estado nutricional da criança nos registros do serviço. Nesse caso, deve-se levar em consideração a data em que se realizou a avaliação do estado nutricional, já que este pode ter sido alterado, sem que as informações tenham sido atualizadas. É possível evitar esse problema fazendo uma nova avaliação do estado nutricional da criança na ocasião em que se complete a ficha.

Uma outra maneira de evitar este problema é iniciar o estudo, incorporando nele todas as crianças que venham à consulta a partir de um determinado momento e que cumpram com os requisitos que tenham sido estabelecidos. Neste caso, se o propósito for incluir no estudo famílias que não costumam utilizar o serviço de saúde, pode-se visitar essas famílias e realizar uma avaliação do estado nutricional das crianças no momento da visita.

Técnica de avaliação dos fatores sociais e culturais que podem influenciar o estado nutricional da criança

A avaliação dos fatores sociais e culturais deve ser realizada mediante uma conversa com a mãe ou com a pessoa responsável pelo cuidado da criança. Essa conversa deve ser realizada em um ambiente agradável e cordial, de preferência no lugar onde a pessoa e a criança vivem, ou em qualquer outro lugar onde a mãe fique à vontade— caso a conversa não tenha lugar em sua própria casa.

O clima da conversa será determinante para a confiabilidade das informações que serão obtidas. A atitude da pessoa incumbida de obter as informações será de suma importância. Ela deverá estar atenta para não mobilizar sentimentos de culpa na mãe.

A Ficha do Anexo 32.A contém um conjunto de aspectos que são considerados importantes para a obtenção de informações. Esses aspectos deverão ser reexaminados, modificados e complementados para sua aplicação, de acordo com as exigências do estudo.

Teoricamente, a Ficha deveria servir como um guia para o responsável pela obtenção das informações, sem a rigidez de uma ficha técnica, já que o que se espera é que a Ficha facilite a conversa com a mãe. Sendo assim, a pessoa responsável pela atividade deveria ser capaz de tirar o máximo proveito dos aspectos incluídos na Ficha, enriquecendo, quando possível, o conteúdo da Ficha. Todas as informações obtidas durante a conversa serão registradas.

Como na maioria dos casos isto seria muito complexo (tanto mais complexo quanto mais informações a Ficha contenha), a pessoa encarregada de conversar com a mãe deverá estar atenta à forma como irá introduzir e completar a Ficha durante a conversa, para que a mãe não tenha a sensação de estar sendo *examinada*, o que faria com que suas respostas buscassem a *aprovação* do entrevistador.

Durante a conversa, deve-se incluir várias perguntas abertas de modo que mãe possa expressar livremente suas opiniões sobre os aspectos contidos no estudo. A Ficha inclui diversas perguntas abertas, além de várias perguntas fechadas sobre aspectos mais específicos. A maioria das respostas poderá ser obtida durante a conversa com a mãe.

Para complementar as informações obtidas durante a conversa com a mãe seria conveniente incluir, também, o preenchimento da Ficha de Tendências de Consumo e Hábitos Alimentares que

se encontra no Protocolo 15 deste Compêndio. Deste modo, será possível saber de que maneira a mãe alimentou a criança objeto do estudo nos dias mais próximos do dia da conversa e comprovar, dessa maneira, a veracidade das informações obtidas durante a conversa.

A Ficha de Tendências de Consumo e Hábitos Alimentares deve ser completada na ocasião da conversa, tanto para aquele dia como para os dias anteriores que a mãe recordar. Enquanto completa a ficha, o responsável deveria acrescentar algumas perguntas complementares para obter maiores informações sobre as razões da escolha dos alimentos que a mãe citou, como a criança os recebeu (alimentou-se sozinha, com a ajuda de alguém, de quem, etc.), se a criança teve ou não problema para ingerir os alimentos, se recebeu algum tipo de estímulo para fazê-lo, etc. As instruções sobre o preenchimento da Ficha sobre Alimentos Consumidos no Lar acham-se incluídas no Protocolo 15 deste Compêndio.

Tamanho da população a ser estudada

As etapas para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística, sobre pesquisas de estimativa, nas quais se realiza uma Comparação entre a Situação Anterior e a Posterior à Implementação da Estratégia AIDPI. O número de crianças a serem avaliadas deverá ser ajustado de acordo com os diferentes grupos em que se queira analisar os fatores sociais e culturais que afetam o estado nutricional da criança, por exemplo, caso se decida avaliar estas questões em função da idade da criança.

Registro e consolidação dos dados

O registro das informações será realizado na Ficha incluída no Anexo 32.A, com as modificações que forem consideradas necessárias - de acordo com o que foi mencionado acima. Com respeito à consolidação dos dados, deve-se levar em consideração a quantidade de variáveis que poderão ser estudadas em função daquelas que se tenham incluído na Ficha. Essas variáveis poderão ser estudadas para toda a população objeto do estudo, ou para os diferentes subgrupos em que se dividiu a população.

O Anexo 32.B inclui uma lista de algumas variáveis de estudo que foram consideradas importantes, e que podem ser complementadas em função das necessidades. Essas variáveis podem ser transformadas em indicadores, tal como se mostra no mesmo Anexo.

Para processar as informações, as fichas podem ser gravadas em um programa Epi Info. As variáveis que forem consideradas de interesse para toda a população bem como para os diferentes subgrupos também podem ser processadas. Para o processamento manual das informações, pode-se utilizar um formato de tabela, como aquele incluído no Anexo 32.C, confeccionado para algumas das variáveis que foram incluídas no Anexo 32.B.

Deve-se ter em mente que a partir deste estudo também serão obtidas informações qualitativas que poderão ser muito importantes para orientar as ações nos serviços de saúde.

Deve-se extrair de cada uma das Fichas, as variáveis qualitativas para cada um dos aspectos ou perguntas. Por exemplo, *quando a criança não come é porque tem mal de espírito, ou se a criança não come não se deve insistir, ou é preciso dar-lhe água antes da primeira mamada para limpar seu estômago, etc.*

Caso existam afirmações ou expressões comuns ou equivalentes (ou caso um padrão de equivalências tenha sido elaborado), poder-se-á quantificar, então, o número de mães que manifestaram uma mesma preocupação, idéia, etc.

Finalmente, deve-se ter em conta que, caso se procure estabelecer diferenças entre os diversos grupos, de acordo com algumas variáveis do estudo, deve-se realizar as provas de significância estatística para provar a associação entre a nutrição e essas variáveis. Consultar o Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

ANEXO 32.A
FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM
O ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA
FICHA DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Localidade/Serviço de Saúde: _____ Período: _____

Dados de identificação da criança:					
Sobrenome e nome:					
Idade: [_____]	Sexo: [____]	Peso: [_____]	Altura: [_____]	P. Cefálico: [_____]	
Estado civil da mãe		União estável	Sim [__] Não [__]	Convivem:	Sim [__] Não [__]
		Sozinha		União instável	Sim [__] Não [__]
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação de quem cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Ambos	Sim [__] Não [__]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	Ambos	Sim [__] Não [__]
Irmãos	Sim [__] Não [__]	Mais velhos Sim [__] Não [__]		Mais jovens	Sim [__] Não [__]
			Quantos? [_____]	Quantos? [_____]	
Características da habitação:					
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [__]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Latrina: Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Número de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Sobre o controle da gravidez com esta criança:					
Controle de sua gravidez		Sim [__] Não [__]	Centro de Saúde [__]		Hospital [__]
Outro: _____					
Tem o Cartão pré-natal	Sim [__] Não [__]	Cont. Precoce: Sim [__] Não [__]		Periódico: Sim [__] Não [__]	
Informações sobre a alimentação da criança antes do nascimento:					
Antes do nascimento da criança, pensou alguma vez como iria alimentá-la?					Sim [__] Não [__]
Como pensava que a iria alimentar?					
Antes do nascimento da criança, recebeu alguma informação sobre como alimentá-la?					Sim [__] Não [__]
De quem a recebeu e que foi que lhe disseram? (complete, a seguir, para cada uma)					
Pessoal de saúde					
Parente					
Vizinho					

Médico tradicional			
Outro: _____			
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer:			
Onde nasceu a criança?	Hospital <input type="checkbox"/>	Domicílio <input type="checkbox"/>	Outro: _____
A criança esteve com você desde que nasceu?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Deu-lhe de mamar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?			
Deu algo à criança antes de mamar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Que foi que lhe deu?	
Quem lhe recomendou que lhe desse?	Pessoal de saúde <input type="checkbox"/>	Parente <input type="checkbox"/>	Outro: _____
Para quê?			
No Hospital, você recebeu alguma indicação sobre a alimentação da criança?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que indicação você recebeu?			
Você recebeu algum alimento para a criança, ao sair do Hospital?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que foi que lhe deram?			
Além do leite materno, você dava alguma outra coisa à criança quando saiu do Hospital?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se lhe dava algo, que é que lhe dava?			
Por que lhe dava?			
Sobre o controle da criança e sua alimentação			
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?			
A quem a levou?	Serviço de saúde <input type="checkbox"/>	Curandeiro <input type="checkbox"/>	Outro: _____
Consultou sobre alimentação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Informaram-lhe sobre a alimentação?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que informação recebeu sobre a alimentação da criança?			
Como alimentou a criança?			

Durante o 1º mês	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 1 a 2 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 2 a 3 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 3 a 4 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 4 a 5 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 5 a 6 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 6 a 11 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
De 12 a 18 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
Depois dos 18 meses	LM	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outro:		
A criança tem um Cartão de vacinas?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Vacinas em dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Tem Cartão de controle de crescimento?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Controles em dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Sobre a dinâmica da família e o horário da alimentação da criança:					
Trabalho	Pai	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Fora do lar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Horas
	Mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Fora do lar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Horas
Você tem tempo suficiente para cuidar da criança?					Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê?					
	Quem fica em casa?		Quem cuida da criança?		Quem a alimenta?
De manhã					
Ao meio dia					
À tarde					
À noite					
Quem ajuda com a alimentação da criança?			Avó <input type="checkbox"/>	Pai <input type="checkbox"/>	Outro: _____
Como ajuda?	Avó	Pai	Irmãos	Outro	
Preparando o alimento					
Dando-lhe o alimento					
Outro: _____					
A criança come sozinha?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Estimulam-na a que coma?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Como a estimulam a que coma?					
A família se reúne para comer em algum momento do dia?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Manhã <input type="checkbox"/>	Tarde: <input type="checkbox"/>
Meio dia <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	A criança come com o resto da família?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Opinião da mãe sobre a alimentação da criança:					
Como crê que a criança está crescendo?					
Por quê?					

Que alimentos são melhores para uma criança?
Durante os primeiros 4 meses:
Entre os 4 e 6 meses
Entre os 6 e os 12 meses
A partir de um ano de idade
A partir de que idade acredita que a criança deva comer todo tipo de alimento?
De onde obtém a informação sobre os alimentos que deve dar à criança?
Em sua opinião quem deve alimentar a criança?
Há ocasiões em que a criança não quer comer? Sim[_] Não [_]
Por que crê que algumas vezes a criança não quer comer?
Que acha que deve fazer quando a criança não quer comer?
O que é que você faz quando a criança não quer comer?

ANEXO 32.B
FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM
O ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA

A lista que se apresenta a seguir contém algumas variáveis sociais ou culturais que podem ser estudadas, a partir das informações obtidas, utilizando-se a Ficha incluída no Anexo 32.A. Com base nas informações dessa Ficha, pode-se analisar outras variáveis. Será possível estudar variáveis adicionais se forem incluídos na Ficha elementos para seu estudo. Além das variáveis, são apresentados, a seguir, alguns indicadores que podem ser utilizados para a análise das informações.

ASPECTO	INDICADORES SUGERIDOS
Educação da mãe ou do responsável pelo cuidado da criança	Média de anos de estudo do responsável pelo cuidado da criança.
	Sabe ler e escrever (SIM/NÃO)
Controle da gravidez	Gravidez com controle (SIM/NÃO) Número médio de controles durante a gravidez. Primeiro controle realizado antes do quinto mês (SIM/NÃO) Pelo menos cinco controles antes do parto (SIM/NÃO)
Informação recebida antes do nascimento sobre a alimentação da criança	Recebeu informação do pessoal de saúde sobre como alimentar a criança durante o controle da gravidez (SIM/NÃO) Recomendaram-lhe praticar o aleitamento materno exclusivo durante pelo menos 4 a 6 meses (SIM/NÃO)
Prática do aleitamento materno	A criança foi amamentada antes da primeira hora depois do parto (SIM/NÃO) A criança recebeu qualquer outro líquido ou alimento antes do peito (SIM/NÃO) A criança e a mãe ficaram juntas todo o tempo na maternidade (SIM/NÃO) Aleitamento materno exclusivo até o 4º/6º mês (SIM/NÃO) Início do aleitamento materno no lugar onde a criança nasceu (SIM/NÃO)
Vacinação da criança	Esquema completo de vacinação para a idade da criança (SIM/NÃO)
Percepção de tempo da mãe para atender à criança	Tempo suficiente para atender à criança (SIM/NÃO)

ASPECTO	INDICADORES SUGERIDOS
Responsável pelo cuidado da criança	Criança sob os cuidados de uma avó (SIM/NÃO) Criança cuidada por outra criança < 10 anos (SIM/NÃO)
Características da ocasião da alimentação da criança	Criança que é estimulada a comer (SIM/NÃO) Criança que come sozinha (SIM/NÃO) Criança que come junto com a família (SIM/NÃO)
Ajuda recebida pela mãe para a alimentação da criança	Ajuda de 1 avó para a alimentação da criança (SIM/NÃO) Ajuda do pai para a alimentação da criança (SIM/NÃO) Criança que é alimentada indistintamente por sua mãe ou por seu pai (SIM/NÃO)

ANEXO 32.C
FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM
O ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____ Subgrupo: _____

INDICADOR	SIM	NÃO	TOTAL
O responsável pelo cuidado da criança sabe ler e escrever			
A mãe controlou a gravidez correspondente ao nascimento da criança			
A mãe teve seu primeiro controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança antes do quinto mês			
A mãe praticou o aleitamento materno exclusivo até o quarto ou o sexto mês			
A criança fica sob os cuidados de outra criança com menos de 10 anos			
A criança recebe estímulo para comer			
O pai ajuda na alimentação da criança			

Observações:

PROTOCOLO 33

FATORES DE ACESSO E PADRÕES DE CUIDADO DA CRIANÇA ASSOCIADOS COM A MORTALIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

Embora mortes domiciliares de crianças com menos de cinco anos de idade ocorram em qualquer país, tanto a freqüência destas mortes como as suas causas variam. Nos países desenvolvidos, a maioria das mortes de crianças com menos de cinco anos ocorrem nos serviços de saúde, e apenas um pequeno número de mortes ocorre no lar, sendo que a maioria dessas mortes é devida a acidentes, morte súbita ou outras causas repentinas. Por outro lado, nos países em desenvolvimento, o número de mortes de crianças com menos de cinco anos que ocorre no domicílio é maior e, dentre estas mortes, há muitas mortes associadas a doenças que poderiam ter sido evitadas ou que poderiam ter sido diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, o que teria reduzido consideravelmente o risco de agravamento e a morte.

Pode-se associar a maior freqüência de mortes domiciliares de crianças nos países em desenvolvimento a problemas relacionados com o acesso aos serviços de saúde, a fatores relacionados com o cuidado da criança no lar e à decisão, por parte dos pais, de quando uma criança deve ser levada a um serviço de saúde. Por sua vez, os fatores relacionados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde não se limitam, em geral, à distância que os pais têm que percorrer toda vez que necessitam de atenção. Algumas vezes, o problema é o horário de atendimento, ou seja, o pessoal de saúde não se encontra disponível no momento em que os pais poderiam levar a criança para ser atendida e, outras vezes, os pais não podem arcar com os custos para obter a atenção desejada. Há, ainda, o problema do tratamento dado pelo pessoal de saúde: nem sempre o tratamento é satisfatório para a população.

Os fatores relacionados à utilização dos serviços de saúde, por outro lado, acham-se geralmente associados às concepções da população acerca das doenças infantis e do seu tratamento, o que pode significar a escolha de modalidades tradicionais de atenção, quais sejam, a procura de socorro junto a curandeiros ou junto a agentes tribais que utilizam meios mágicos para curar males e doenças.

O conhecimento da magnitude e da importância da mortalidade domiciliar de crianças com menos de cinco anos, bem como das características de acesso e uso dos serviços de saúde por parte das famílias onde essas mortes ocorrem, são extremamente importantes sempre que se pretenda implementar ações que visem controlar o problema. Especialmente quando se leva em consideração que a abordagem dos fatores associados à falta de acesso é diferente da abordagem dos critérios aos quais a população recorre para a utilização dos serviços de saúde e para o cuidado da criança no lar.

A implementação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância tem grande potencial, tanto para melhorar o acesso à atenção para os problemas de saúde da criança, como para melhorar o cuidado e a atenção da criança no lar e a percepção dos pais e da família

sobre os riscos. Por esta razão, a análise das características de acessibilidade e de uso dos serviços de saúde por parte das famílias, nas quais ocorrem mortes domiciliares, pode ser muito importante para reforçar as atividades dirigidas aos grupos de risco da população contribuindo, assim, para a prevenção de episódios futuros.

OBJETIVOS

- Determinar a facilidade de acesso à atenção de saúde por parte das famílias no seio das quais ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos.
- Descrever as características gerais do cuidado dado pela família às crianças de dois meses a cinco anos naqueles casos em que ocorreram mortes domiciliares por doença.

METODOLOGIA

A fim de dar cumprimento aos objetivos propostos, deve-se analisar tanto a acessibilidade como as características do cuidado proporcionado à criança no seio daquelas famílias onde ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos.

1. Em primeiro lugar, deve-se determinar o número de mortes, de crianças de dois meses a cinco anos de idade, ocorridas na área de estudo durante um determinado período. Isto só se pode realizar com base nas mortes registradas ou, complementando essa informação com a procura de outras fontes de dados, tais como pessoas-chave na comunidade, cemitérios, igrejas, etc.
2. Uma vez que tenham sido reunidas as informações sobre as mortes de crianças de dois meses a cinco anos ocorridas na área durante determinado período, deve-se proceder da seguinte maneira:
 - 2.1 Determinar se a causa de cada morte foi por doença ou por acidente, para o que se pode utilizar a informação contida no atestado de óbito e nos registros dos serviços de saúde, e complementar (ou corrigir) a mesma a partir dos dados que podem ser obtidos mediante entrevista com a família de cada criança (necropsia verbal).
 - 2.2 Determinar a facilidade de acesso à atenção por parte de cada uma das famílias que sofreram as mortes, o que também se pode realizar a partir da informação disponível sobre a rede de serviços de saúde existente na área, os horários de atendimento e diferentes transportes que possam ser utilizados, conforme a hora do dia, para chegar a eles. Também se deve aproveitar a entrevista com a família, já que ela pode proporcionar informações adicionais, tais como, informações sobre o custo, informações sobre o tratamento do pessoal, etc.
 - 2.3 Determinar alguns padrões de cuidado e atenção da criança no lar, em cada uma das famílias onde ocorreram as mortes domiciliares de crianças de dois meses a cinco anos.
3. Calcular alguns indicadores que permitam caracterizar as famílias onde ocorreram as mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos.

O Anexo 33.A inclui uma Ficha de Entrevista com a Família para ser completada com as informações sobre o acesso aos serviços de saúde e seu uso por parte das famílias onde ocorreram mortes por doença de crianças de dois meses a cinco anos. A parte superior da Ficha deverá ser completada com as informações que se obtiver a partir dos atestados de óbito e dos registros dos serviços de saúde, enquanto que o resto deverá ser completado mediante entrevista. Com respeito à acessibilidade ao serviço de saúde, é conveniente obter informações mediante observação e a partir de perguntas à família, já que sua percepção sobre o atendimento é o fator que, em última análise, irá determinar o padrão de comportamento.

As variáveis incluídas na Ficha devem ser examinadas com base nas características da área e da população em estudo. Outras variáveis podem ser incorporadas à Ficha, se isto for considerado necessário.

Para o processamento das informações coletadas mediante o uso das Fichas, pode-se sugerir a gravação das mesmas usando um programa de banco de dados tipo EPI Info ou similar. Mesmo quando não se utilize esse procedimento, pode-se obter algumas informações mediante a consolidação manual de algumas variáveis.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

Uma vez concluídas todas as entrevistas deve-se analisar as informações obtidas. Primeiro, convém determinar quantas das mortes de crianças de dois meses a cinco anos, ocorridas no domicílio, foram por doença. Para isto deve-se examinar as fichas de entrevista confeccionadas e separá-las de acordo com o diagnóstico do atestado de óbito e os registros dos serviços de saúde, bem como com base nos dados citados pela família com respeito à doença ou acidente como causa da morte da criança.

Posteriormente, se o processamento for realizado por computação, as fichas devem ser gravadas, ou, então, deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações, tal como o Quadro apresentado no Anexo 33.B, no qual poderão ser incluídas outras variáveis, segundo o interesse destas variáveis para o estudo. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada grupo que se queira estudar, caso se decida dividir o grupo total segundo certas variáveis. É importante ter sempre em mente que a subdivisão das mortes domiciliares, devidas a causas objeto da estratégia AIDPI, não permita que cada subgrupo contenha poucos óbitos.

A Tabela 33.1 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores que podem ser calculados com base nas informações coletadas. Usando como base os indicadores apresentados na Tabela pode-se elaborar tantos outros indicadores quantos resultarem das variáveis incluídas na Ficha de Entrevista.

Caso se deseje comparar a proporção de algumas ou de todas as variáveis estudadas, encontradas entre as famílias que sofreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos, com a proporção observada em outras famílias, isto se poderia fazer aplicando, por exemplo, a Ficha de Entrevista às famílias que tenham sofrido mortes por doença, porém em hospitais.

Desse modo, é possível saber se algumas características do acesso ou do cuidado da criança no lar, nas famílias onde houve mortes domiciliares, são diferentes das características observadas nas famílias em que as mortes ocorreram no hospital. O desenho desse tipo de estudo e as etapas

para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisa de associação da Parte II, Módulo de Apoio em Metodologia Estatística.

Poder-se-ia realizar uma comparação similar entrevistando famílias com crianças que foram hospitalizadas sem que a doença tenha ocasionado a morte.

TABELA 33.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de famílias em que ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos que não têm acesso a serviços ou a pessoal de saúde	Número de famílias entre as quais ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos que não vivem a uma distância de uma hora ou mais do serviço ou de pessoal de saúde, ou que consideram não ter acesso à atenção de saúde	Número total de famílias onde ocorreram mortes domiciliares por doença e das quais se obtiveram informações sobre acessibilidade a serviços ou a pessoal de saúde.
Proporção de famílias entre as quais ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e onde a criança ficava sob os cuidados de um irmão mais velho	Número de famílias entre as quais ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e onde a criança ficava sob os cuidados de um irmão mais velho	Número total de famílias onde ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e de quem se obtiveram informações sobre este aspecto
Proporção de famílias em que ocorreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e onde a criança não tinha o esquema de vacinação completo	Número de famílias que tiveram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e em que a criança não tinha o esquema de vacinação completo	Número total de famílias que sofreram mortes domiciliares por doença de crianças de dois meses a cinco anos e das quais se obtiveram informações sobre este aspecto

ANEXO 33.A
FATORES DE ACESSO E PADRÕES DE CUIDADO DA CRIANÇA ASSOCIADOS COM A
MORTALIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS DE
DOIS MESES A CINCO ANOS

FICHA DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA NO DOMICÍLIO

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade por ocasião da morte: [____]	Sexo: [____]	Data de nascimento: ____/____/____			
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Data da entrevista: ____/____/____			Data da morte: ____/____/____		
Causa da morte (segundo o Atestado de Óbito):					
1. _____					
2. _____					
3. _____					
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Irmãos	Sim [__] Não [__]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	- Mais velhos	Nº [____]
Outros: [_____]				- Mais jovens	Nº [____]
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Educação da pessoa que cuidava da criança	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Características da habitação:					
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [____]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso: Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [____]			Número de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança:					
Controle de sua gravidez		Sim [__] Não [__]	Centro de Saúde [__]		Hospital [__]
Outro: _____					
Tem o Cartão pré-natal		Sim [__] Não [__]	Controle precoce: Sim [__] Não [__]		Periódico: Sim [__] Não [__]
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer:					
Onde nasceu a criança?		Hospital [__]	Domicílio [__]	Outro: _____	
A criança esteve com você desde que nasceu?		Sim [__] Não [__]	Deu-lhe de mamar? Sim [__] Não [__]		
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?					
Deu-lhe algo antes de mamar?		Sim [__] Não [__]	Que foi que lhe deu?		
Além de leite materno, você lhe dava alguma outra coisa quando saiu do Hospital?					Sim [__] Não [__]

Se a mãe dava algo à criança, perguntar o que ela dava.					
Sobre o controle da criança que faleceu:					
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?					
A quem a levou?	Serviço de saúde [__]	Curandeiro [__]	Outro:		
Quando levava a criança a um serviço de saúde, a que serviço a levava (nome ou endereço do serviço)?					
Tem o Cartão de vacinas da criança?	Sim[__] Não [__]	Vacinas em dia?	Sim[__] Não [__]		
Tem o Cartão de controle de crescimento?	Sim[__] Não [__]	Controles em dia?	Sim[__] Não [__]		
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim[__] Não [__]	Fora do lar?	Sim[__] Não [__]	Horas
	Mãe	Sim[__] Não [__]	Fora do lar?	Sim[__] Não [__]	Horas
Você tinha tempo suficiente para cuidar da criança?					Sim [__] Não [__]
Por quê?					
	Quem fica em casa?	Quem cuidava da criança?	Quem a alimentava?		
De manhã					
Ao meio dia					
À tarde					
À noite					
Sobre o falecimento:					
Antes de sua morte a criança estava doente?					Sim [__] Não [__]
Que sinais de doença a criança apresentava antes de morrer?					
De que morreu a criança? De doença [__] Por acidente [__] Não sabe precisar [__]					
Procurou ajuda para que a criança fosse atendida?					Sim [__] Não [__]
Quem atendeu a criança?	Pessoal de saúde [__]	Curandeiro [__]	Outro:		
Quanto tempo depois de aparecerem os sinais foi a criança atendida? [__] dias [__] horas					
Disseram-lhe o que a criança tinha?					Sim [__] Não [__]
Que foi que lhe disseram que a criança tinha?					
Disseram-lhe o que tinha que fazer para tratar a criança?					Sim [__] Não [__]
Que foi que lhe disseram que tinha que fazer para tratar a criança?					
Explicaram-lhe por que era necessário tratar a criança dessa maneira?					Sim [__] Não [__]
Ficou satisfeita com o diagnóstico e o tratamento que lhe indicaram?					Sim [__] Não [__]
Por quê?					

Que tratamento deu à criança para a doença? (se a resposta incluir um medicamento, especificar com que medicamento a tratou)		
Por que deu esses tratamentos à criança?		
Sobre a facilidade de acesso ao Serviço de Saúde:		
O serviço de saúde se encontra a menos de uma hora do domicílio?		Sim [__] Não [__]
Por transporte público [_____]	A pé [_____]	A cavalo/mula [_____]
Outro (especificar)		
Existem custos econômicos para o transporte e para o atendimento no serviço de saúde?		Sim[___] Não [__]
Esses custos são acessíveis para a população?		Sim[___] Não [__]
Observações:		

ANEXO 33.B
FATORES DE ACESSO E PADRÕES DE CUIDADO DA CRIANÇA ASSOCIADOS
COM A MORTALIDADE DOMICILIAR DE CRIANÇAS DE DOIS MESES A CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____ Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
A criança foi levada a um trabalhador do serviço de saúde para ser atendida por causa da doença que resultou em sua morte				
O domicílio encontra-se a uma hora ou menos do serviço de saúde, utilizando o meio de transporte habitual na comunidade				
O serviço ou o pessoal de saúde era acessível (uma hora ou menos de viagem) durante as 6 horas antes da morte				
Os pais não consideram que o serviço de saúde se encontre acessível para consulta				
O custo do transporte ou do atendimento no serviço de saúde é considerado demasiado elevado				

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
O tempo de espera para a atenção no serviço de saúde é considerado longo pelos pais da criança ou pelas pessoas que a cuidavam durante a doença				
O serviço e o pessoal de saúde não são as fontes de consulta utilizadas pela família para os episódios de doença das crianças Os pais não julgaram que fosse necessário levar a criança ao hospital para a doença que tinha				
Contavam com outras opções de tratamento diferentes e confiáveis, a seu critério				
Consideraram que a criança não estava gravemente doente para necessitar tratamento no hospital				
Consideraram que a atenção no serviço de saúde não era adequada				
A criança não tinha seu esquema de vacinação em dia				
A criança não tinha controle periódico de sua saúde				
A criança permanecia a maior parte do tempo sob os cuidados de um irmão				
Os pais não consideravam que a atenção no serviço de saúde fosse de qualidade				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um dos grupos em que se decida subdividir o conjunto de mortes domiciliares no estudo. Por exemplo, pode-se separar essas mortes em função da idade da criança (crianças de dois a 11 meses, crianças de um a quatro anos).
2. A seguir, convém separar as Fichas de Entrevista em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido elaboradas.
3. Posteriormente, deve-se selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de fichas que a ele corresponder. Tomando a primeira Ficha deve-se procurar a informação relativa a cada um dos aspectos que forem incluídos na primeira coluna, e se deverá colocar uma marca na coluna correspondente. Por exemplo, se o domicílio fica a uma hora ou menos de distância do serviço de saúde que oferecia atendimento no horário anterior ao falecimento, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca deverá ser colocada na coluna **NÃO**. Se não se dispuser de informação sobre este ou sobre outro aspecto, a marca deverá ser colocada na coluna **Sem Informação**.
4. Uma vez que se tenha completado todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira ficha de entrevista, deve-se prosseguir com a segunda ficha, e assim sucessivamente até terminar de incluir no Quadro todas as Fichas de Entrevista pertinentes.
5. Deve-se repetir esse processo para todos os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido definidas para o processamento das informações.
6. Quando o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Entrevista tiver sido concluído, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar os números anotados nos quadrados de uma mesma linha para obter o **Total**.

PROTOCOLO 34

CORRELAÇÃO ENTRE ASMA E O HÁBITO DE FUMAR NA FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

A contaminação do ar no interior dos domicílios foi mencionada reiteradamente como um fator de risco importante para a maior frequência e gravidade de doenças respiratórias nas crianças, tendo em conta o número de horas que a criança permanece no lar. A fumaça gerada pelo uso de combustíveis de biomassa - tanto para cozinhar como para aquecer o domicílio - e a fumaça do cigarro são os principais contaminantes do ar no interior do domicílio, razão pela qual acham-se frequentemente associadas a doenças das vias aéreas na criança. A irritação produzida por esses contaminantes na mucosa respiratória associa-se, por sua vez, à maior duração e gravidade de alguns episódios de doença respiratória, produto, provavelmente de sua menor capacidade de resposta à infecção.

A supressão das fontes que geram essa contaminação é, de fato, a principal recomendação para o controle dos problemas a elas associados. Pode-se eliminar a contaminação produzida pelo uso de combustíveis de biomassa mediante a substituição desta fonte de energia utilizando, em seu lugar, outras que produzem um índice mais baixo de contaminação ambiental. Contudo, esta substituição apresenta problemas associados à disponibilidade de fontes de energia alternativa e seu custo para a população.

Existe ainda a contaminação associada à fumaça do cigarro. O hábito de fumar é contra-indicado por diversas razões, relacionadas tanto aos efeitos danosos para a saúde do fumante como aos danos causados as pessoas que respiram o ar contaminado pela fumaça do cigarro (fumantes passivos). O efeito da fumaça do cigarro para a saúde das crianças é considerado um fator adicional para reforçar as ações destinadas a combater o hábito de fumar. Um dos efeitos atribuídos à exposição de crianças à fumaça do cigarro é sua influência para a maior gravidade da asma bronquial.

OBJETIVOS

- Determinar a proporção de crianças de cinco a 14 anos com diagnóstico de asma que estão expostas à fumaça do cigarro.
- Estabelecer se existe ou não diferença significativa entre a exposição à fumaça do cigarro entre crianças de cinco a 14 anos com e sem asma.

METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, foram selecionadas crianças de cinco a 14 anos com e sem asma e se estudará qual é seu grau de exposição à fumaça do cigarro.

As etapas para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação.

Uma vez que se tenha determinado o tamanho da amostra, selecionar-se-ão crianças de cinco a 14 anos, com diagnóstico médico de asma. Para cada uma dessas crianças será selecionado um controle, tomando como tais crianças da mesma idade e características sociais que não sofram de asma.

A avaliação do hábito de fumar dos pais será feita para os dois grupos. A proporção de crianças com diagnóstico de asma e a proporção de crianças sem esse diagnóstico, que estejam expostas à fumaça do cigarro, também serão calculadas. Realizar-se-ão provas estatísticas para estabelecer se existe ou não diferença significativa na probabilidade de asma entre as crianças expostas e as não expostas à fumaça do cigarro.

Para a avaliação do hábito de fumar ter-se-á em mente:

- O número de pessoas que fumam e convivem com a criança: um dos pais, ambos os pais, outras pessoas que convivam com a criança.
- O número médio de cigarros que cada um dos fumantes fuma por dia.
- Quanto tempo faz que cada um dos fumantes consome a quantidade de cigarros mencionada.
- O número de horas que cada uma das pessoas, incluindo a criança, passa no domicílio.
- Outras possíveis fontes de contaminação com fumaça de cigarro às quais a criança esteja exposta (creches, outros lugares fora do lar).

Para a avaliação da doença da criança levar-se-á em consideração:

- A idade em que apareceram os primeiros sintomas, e quando foi feito o diagnóstico de asma.
- A gravidade da doença, avaliada pela *freqüência anual de episódios de asma que necessitaram algum tipo de medicação caseira (nebulizações com broncodilatador, ou uso de corticóides), ou consulta ambulatorial devido à exacerbação da doença, ou consulta à emergência pediátrica ou outro serviço de emergência, ou hospitalização*. Registrar-se-á o tipo de tratamento a que a criança é submetida regularmente.

O Anexo 34.A inclui uma Ficha de Entrevista com a Família de cada criança, a qual poderá ser adaptada para a execução do estudo.

Processamento das informações

Pode-se realizar o processamento dos dados utilizando um programa de computação tipo Epi Info ou semelhante. Se o processamento for feito manualmente, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 34.B.

Deve-se utilizar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de crianças com diagnóstico de asma e outro para as crianças que não foram diagnosticadas como tendo asma. Ao mesmo tempo, se a decisão for de subdividir o grupo, deve-se confeccionar Quadros de

Consolidação das Informações adicionais (por exemplo, pode-se separar cada um desses grupos em função da idade ou do sexo). Sempre que forem feitas subdivisões no grupo total, deve-se ter o cuidado de que o número resultante não seja demasiado baixo de modo a invalidar as conclusões que poderiam ser alcançadas. Deve-se também assegurar que os controles tenham sido selecionados com vistas às variáveis em que se queira subdividir os grupos do estudo, caso contrário, não se poderá contar com um grupo para a comparação.

O Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 34.B inclui algumas das variáveis que podem ser executadas. Pode-se acrescentar outras, segundo os interesses do estudo, caso se disponha de um número suficiente de casos.

A Tabela 34.1 inclui, como exemplo, alguns indicadores ou razões de probabilidade que podem ser calculados com base nas informações coletadas. A Tabela II do Anexo 34.C é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles. Com base nos indicadores contidos na Tabela 34.1 pode-se elaborar outros indicadores, de acordo com as variáveis incluídas na Ficha de Entrevista com a Família.

TABELA 34.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Razão de probabilidade de asma em crianças cuja mãe fuma	Nº de crianças com asma cujas mães fumam x Nº de crianças sem asma cujas mães não fumam	Nº de crianças sem asma cuja mãe fuma x Nº de crianças com asma cuja mãe não fuma
Razão de probabilidade de asma em crianças cujos dois pais fumam	Nº de crianças com asma cujos dois pais fumam x Nº de crianças sem asma cujos dois pais não fumam	Nº de crianças sem asma cujos dois pais fumam x Nº de crianças com asma cujos dois pais não fumam
Razão de probabilidade de asma em crianças que têm um responsável que fuma >20 cigarros por dia	Nº de crianças com asma que têm apenas um responsável que fuma >20 cigarros por dia x Nº de crianças sem asma cujos pais não fumam >20 cigarros por dia	Nº de crianças sem asma que têm apenas um responsável que fuma >20 cigarros por dia x Nº de crianças com asma cujos pais não fumam >20 cigarros por dia

ANEXO 34.A
CORRELAÇÃO ENTRE ASMA E O HÁBITO DE FUMAR NA FAMÍLIA
FICHA DE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA NO DOMICÍLIO

Dados de identificação:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [____]		Sexo: [____]	
Sobre a doença:			
Asma	Sim[_] Não [_]	Classificação [Leve, Moderada, Grave _____]	Idade em que de apareceu [____]
Tratamento no lar	Sim[_] Não [_]	(broncodilatadores ou corticóides)	Nº de vezes por ano: [__]
Tratamento em consultório	Sim[_] Não [_]	(broncodilatadores ou corticóides)	Nº de vezes por ano: [__]
Tratamento na emergência pediátrica	Sim[_] Não [_]	(broncodilatadores ou corticóides)	Nº de vezes por ano: [__]
Hospitalizações	Sim[_] Não [_]	(broncodilatadores ou corticóides)	Nº de vezes por ano: [__]
Tratamento atual:	Sim[_] Não [_]	Especificar:	
Observações:			
Características da habitação:			
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [__]	Água no interior: Sim [__] Não [__]
Nº de pessoas que dormem por quarto: [____]		Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]	
Sistema de calefação:		Sistema utilizado para cozinhar:	
.....			
Sobre o hábito de fumar na família			
O pai fuma?	Sim[_] Não [_]	Cigarros por dia [__]	Tempo que passa em casa [____]
Idade que a criança tinha quando o pai começou a fumar [__]			
A mãe fuma?	Sim[_] Não [_]	Cigarros por dia [__]	Tempo que passa em casa [____]
Idade que a criança tinha quando a mãe começou a fumar [__]			
Outro (.....)	Sim[_] Não [_]	Cigarros por dia [__]	Tempo que passa em casa [____]
Idade que a criança tinha quando começou a estar em contato com esta fonte [__]			
Observações:			

ANEXO 34. B
CORRELAÇÃO ENTRE ASMA E O HÁBITO DE FUMAR NA FAMÍLIA
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Ambos pais fumam				
A mãe fuma				
O pai fuma				
Outro morador fuma (especificar parentesco e tipo de convivência)				
Ninguém fuma				
A mãe fuma mais de 20 cigarros por dia				
A mãe fuma entre 10 e 20 cigarros por dia				
A mãe fuma menos de 10 cigarros por dia				
O pai fuma mais de 20 cigarros por dia				
O pai fuma entre 10 e 20 cigarros por dia				
O pai fuma menos de 10 cigarros por dia				
Outro morador fuma mais de 20 cigarros por dia				

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Outro morador fuma entre 10 e 20 cigarros por dia				
Outro morador fuma menos de 10 cigarros por dia				
Ninguém fuma cigarros no lar				
Pelo menos um dos pais fuma desde que a criança nasceu				
Fumantes em lugares de atenção fora do lar				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos (crianças com asma) e outro para os controles (crianças sem asma). Por sua vez, cada grupo poderá ser subdividido, por exemplo, por idade (crianças de cinco a nove anos, e crianças de 10 a 14 anos).

Convém separar, a seguir, as Fichas de Entrevista em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido elaboradas.

Posteriormente, deve-se selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto das Fichas que a ele corresponderem. Pegando a primeira ficha, deve-se procurar a informação relacionada com cada um dos aspectos incluídos na primeira coluna e colocar uma marca na coluna que corresponda. Por exemplo, se ambos pais fumam, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca deverá ser colocada na coluna **NÃO**. Caso não se dispuser de informações sobre este ou sobre outro aspecto, a marca deverá ser colocada na coluna **Sem Informação**.

Uma vez completadas todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira Ficha de Entrevista, deve-se prosseguir com a segunda Ficha, e assim sucessivamente até que se incluam no Quadro todas as Fichas de Entrevista pertinentes.

O procedimento deverá ser repetido para todos os Quadros de Consolidação das Informações que se tenham definido para o processamento das informações.

Quando se tiver completado o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Entrevista, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar as cifras anotadas nos quadrados de uma mesma linha para obter o Total.

Os dados serão transcritos nas tabelas quadricelulares, como apresentado no modelo da Tabela II do Anexo 34.C, para facilitar o cálculo dos indicadores ou razões de probabilidade.

ANEXO 34.C
TABELAS QUADRICELULARES SOBRE ESTIMATIVA DOS
FATORES DE RISCO DE DOENÇAS

TABELA I. ESTUDOS DEMOGRÁFICOS

Se o estudo cobrir toda a população ou somente uma amostra representativa, far-se-á a comparação dos índices de asma entre as crianças de mães fumantes e as crianças cujas mães não fumam:

		ASMA		TOTAL
		COM ASMA (+)	SEM ASMA (+)	
HÁBITO DE FUMAR DA MÃE	A MÃE FUMA (+)	a	b	a + b
	A MÃE NÃO FUMA (-)	c	d	c + d
TOTAL		a + c	b + d	a + b + c + d

Índice de asma entre as expostas = $a/a+b = \frac{\text{Crianças de mãe fumante, com asma}}{\text{Total de crianças cujas mães fumam}}$

Índice de asma nas não expostas = $c/c+d = \frac{\text{Crianças com asma cujas mães não fumam}}{\text{Total de crianças cujas mães não fumam}}$

Risco Relativo = $R_r = \frac{a/a+b}{c/c+d} = \frac{\text{Índice de asma nas expostas}}{\text{Índice de asma nas não expostas}}$

O Risco Atribuível é a diferença entre o índice do grupo exposto e o do grupo não exposto.

Risco Atribuível = $R_a = a/a+b - c/c/d = \frac{\text{Índice de asma nas crianças expostas} - \text{Índice de asma nas não expostas}}$

Estas fórmulas ajudam a compreender os conceitos de risco relativo e risco atribuível. Contudo, não se pode usá-las nos estudos comuns de casos e controles, como o estudo do Protocolo 34 e dos demais protocolos da Parte VII deste Compêndio de Pesquisas Operacionais de AIDPI, por não serem estudos demográficos nem serem realizados em amostras representativas da população.

TABELA II. ESTUDOS NÃO DEMOGRÁFICOS

		ASMA		
		COM ASMA (+)	SEM ASMA (+)	
HÁBITO DE FUMAR DA MÃE	A MÃE FUMA (+)	a	b	
	A MÃE NÃO FUMA (-)	c	d	
TOTAL		a + c	b + d	a + b + c + d

Nesses estudos de casos e controles, sabe-se qual é o número de casos (crianças com asma) (a+c) e o número de controles (crianças sem asma) (b + d), mas não se sabe qual é a população de crianças expostas à fumaça do cigarro (a + b) nem a população de crianças não expostas (c + d). Com estes dados não se podem determinar os índices de risco de doença (por exemplo asma) no grupo exposto e no grupo não exposto à fumaça do cigarro.

Entretanto, com os dados do estudo de casos e controles podem-se determinar o risco relativo em forma direta, e o risco atribuível em forma indireta.

Nesses estudos, o risco relativo corresponde ao odds ratio, ou razão de probabilidade, descrito na seção sobre estudos de associação do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II:

$$\text{Risco Relativo em estudos de casos e controles} = \text{Odd Ratio} = \frac{a \cdot d}{b \cdot c}$$

Para que o resultado possa ser interpretado corretamente, a tabela quadricelular de apresentação e de cálculo deve ser construída de maneira que, na primeira coluna figurem sempre os casos (neste exemplo, asma) e na segunda os controles (sem asma) e, além disso, na primeira linha deverá figurar o que se considera associado com o surgimento dos casos (neste exemplo, exposição à fumaça do cigarro).

PROTOCOLO 35

INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DO AMBIENTE FÍSICO DOMICILIAR SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

Além de sua finalidade básica de proteger o ser humano contra as intempéries da natureza e proporcionar-lhe um ambiente estável e seguro, a habitação deve protegê-lo contra os riscos do ambiente físico e contra os riscos do ambiente social. A composição do meio residencial é objeto de estudo da saúde ambiental. Como parte do ambiente, o domicílio deve ser tratado sob o enfoque de risco e transformado em agente da saúde de seus residentes.

A estrutura e a localização da habitação, seus serviços básicos, circunvizinhança e usos têm enormes repercussões sobre o bem-estar físico, mental e social. As habitações com problemas estruturais graves e as habitações que abrigam hábitos de asseio desaconselháveis não oferecem defesas adequadas contra as doenças e contra os acidentes; pelo contrário, elas aumentam a vulnerabilidade de seus habitantes em relação a estes riscos. Por outro lado, uma moradia em boas condições não só protege contra os riscos de doenças, mas promove a saúde física, a produtividade econômica, o bem-estar psíquico e a energia social.

O ambiente físico adverso reúne um conjunto de fatores ambientais que podem causar doenças, como, por exemplo, a doença de Chagas, as infecções gastrointestinais e as doenças respiratórias. Estas doenças estão relacionadas com o tipo de material usado nos pisos, paredes e tetos, com a falta de ventilação, com a falta de serviços de saneamento e com a falta de proteção contra insetos e roedores. Uma ação eficaz no ambiente físico domiciliar poderá evitar muitas doenças ou reduzir sua gravidade e, conseqüentemente, contribuir para a diminuição dos índices de morbimortalidade infantil.

Os episódios de doença durante a fase de crescimento da criança interferem diretamente em seu desenvolvimento e comprometem sua qualidade de vida. Portanto, o ambiente (físico, emocional e estimulador), as condições de nutrição e a monitorização do estado de saúde formam uma tríade indissociável para o êxito do crescimento e do desenvolvimento infantil.

A solução em curto prazo dos problemas de saúde deve envolver uma modificação dos hábitos de asseio da família e uma intervenção no ambiente físico onde as crianças crescem e se desenvolvem. Isto envolve uma ação educacional de sensibilização que seja capaz de provocar uma mudança de comportamento no ambiente familiar. A melhora da qualidade de vida do grupo familiar significa um ambiente propício ao desenvolvimento saudável da criança. O espaço onde as crianças vivem necessita oferecer condições favoráveis para que cresçam e se desenvolvam com saúde.

A inclusão na estratégia AIDPI de componentes educacionais relativos à melhora do ambiente domiciliar permitirá mudanças no comportamento das famílias. O esclarecimento dos pais tem como objetivo ensiná-los a manter um ambiente físico onde os fatores de risco ambientais que contribuem para o início da doença ou para seu agravamento estejam ausentes ou sejam minimizados.

OBJETIVO

Identificar os componentes do ambiente domiciliar e peridomiciliar que têm influência sobre o estado de saúde de crianças com menos de cinco anos.

METODOLOGIA

Aplicar-se-á um estudo de casos e controles, a partir da divisão das crianças com menos de cinco anos estudadas em dois grupos: um grupo formado por crianças que tenham consultado os serviços de saúde por doenças prevalentes (casos) e o outro grupo formado por crianças que não tenham consultado os serviços de saúde por doenças prevalentes (controles) – o motivo da consulta deve ter sido outro.

As etapas para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação. Se uma estimativa da exposição às variáveis a serem estudadas for conhecida, deve-se calcular o tamanho da amostra tendo em conta que o erro de tipo I será fixado em 5%, ou 0,05, e o erro de tipo II será fixado em 20%, ou 0,20.

Convém selecionar serviços de atenção primária e hospitalar, para obter informações tanto de casos de patologias prevalentes atendidas em ambulatório como também de casos que necessitem de hospitalização devido a sua gravidade.

Pode-se selecionar todos os casos ocorridos durante um período ou obter uma amostragem dos mesmos. Um levantamento domiciliar quanto às condições da habitação e de seu entorno será realizado posteriormente. Para cada caso identificado selecionar-se-á um controle de uma criança que foi levada para consulta ou que esteja hospitalizada por uma causa que não seja uma patologia prevalente, por exemplo, crianças que compareçam à consulta de reavaliação e acompanhamento ou à consulta de vacinação ou crianças que estejam hospitalizadas por acidente.

As fontes para a obtenção dos dados serão: o Registro de Consulta Diária, o Cartão de Atenção Ambulatorial, o Registro de Egressos da sala de pediatria (ou das salas que corresponderem de acordo com a estrutura do hospital), ou os Registros de Baixas do hospital. Neste caso, a obtenção dos dados será mais complexa porque será necessário separar os grupos etários e os diagnósticos.

As informações a serem obtidas dos registros deverão incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Domicílio
- Diagnóstico
- Causa da baixa, no caso de crianças hospitalizadas

Deve-se verificar se os registros fornecem essas informações; se não for esse o caso, deve-se criar um instrumento especial para a coleta desses dados durante todo o período do estudo.

Se forem utilizadas denominações diferentes para o diagnóstico de uma mesma patologia, selecionar-se-ão alguns diagnósticos de referência para a codificação das informações. Para isto, pode-se utilizar os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou pode-se definir uma determinada modalidade de agrupamento.

Após a identificação dos casos e dos controles, realizar-se-á uma entrevista domiciliar. No Anexo 35.A inclui-se um modelo de Ficha de Registro de Informações para a visita domiciliar que pode ser adaptada para a região onde o estudo será realizado.

Embora a entrevista possa ser realizada no serviço de saúde, é conveniente que o entrevistador tenha uma idéia da residência, ou seja, que ele visite a residência, a fim de confirmar as informações dadas pela mãe ou pela pessoa que cuida da criança.

Processamento das informações

Ao serem concluídas as visitas domiciliares deve-se processar as informações obtidas, podendo-se utilizar para isto um programa de computação (Epi Info ou semelhante) ou uma consolidação manual dos dados.

Se for feito um processamento manual, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 35.B. Deve-se empregar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos e outro para o grupo de controles. Ao mesmo tempo, se a subdivisão de ambos os grupos for feita (por exemplo, pode-se separar cada um desses grupos em função da idade, do sexo ou do diagnóstico), deve-se preparar Quadros de Consolidação das Informações adicionais. Todas as vezes que forem feitas subdivisões no grupo total, deve-se ter o cuidado de que o número resultante não seja baixo demais, pois isto invalidaria as possíveis conclusões. Deve-se, igualmente, ter o cuidado de que os controles tenham sido selecionados levando em consideração as variáveis nas quais se queira subdividir os casos, pois do contrário não se contará com um grupo para a comparação.

O Quadro do Anexo 35.B inclui somente algumas das variáveis cujo estudo é viável, podendo-se acrescentar outras variáveis, caso se considere seu interesse para o estudo e se disponha de um número suficiente de casos.

A Tabela 35.1 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores ou das razões de probabilidade que podem ser calculadas com base na informação coletada. A Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles. Utilizando os indicadores apresentados na Tabela 35.1 pode-se elaborar tantos outros indicadores quantos surjam das variáveis incluídas na Ficha de Registro das Informações.

TABELA 35.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Razão de probabilidade de patologias prevalentes em crianças que vivem em moradias com deficiências estruturais	Nº de crianças com patologias prevalentes que vivem em moradias com deficiências estruturais x Nº de crianças sem patologias prevalentes que vivem em moradias sem deficiências estruturais	Nº de crianças sem patologias prevalentes que vivem em moradias com deficiências estruturais x Nº de crianças com patologias prevalentes que vivem em moradias sem deficiências estruturais
Razão de probabilidade de diarreia em crianças que vivem em moradias sem água potável	Nº de crianças com diarreia que vivem em moradias sem água potável x Nº de crianças sem diarreia que vivem em moradias com água potável	Nº de crianças sem diarreia que vivem em moradias sem água potável x Nº de crianças com diarreia que vivem em moradias com água potável
Razão de probabilidade de patologias prevalentes em crianças que vivem em moradias com pouca higiene domiciliar	Nº de crianças com patologias prevalentes que vivem em moradias com pouca higiene domiciliar x Nº de crianças sem patologias prevalentes que vivem em moradias com higiene	Nº de crianças sem patologias prevalentes que vivem em moradias com pouca higiene domiciliar x Nº de crianças com patologias prevalentes que vivem em moradias com higiene

ANEXO 35.A
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS
DA MORADIA DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

1 Dados de identificação da criança

Nome da criança _____ Idade: _____ Sexo: _____
 Diagnóstico _____ Domicílio: _____

2 Dados de identificação da família

- 2.1. Quantas pessoas vivem com a criança? _____
 2.2. Os pais mantêm união estável () Sim () Não
 2.3. Mãe/Pai somente () Sim () Não
 2.4. Trabalha fora de casa: () Mãe () Pai
 2.5. Renda mensal da família: _____
 2.6. Obrigações mensais da família: _____
 2.7. Grau de escolaridade dos membros da família:

Membro da família	Escolaridade						
	Analfabeto	Sabe ler e escrever	Primária incompleta	Primária completa	Secundária incompleta	Secundária completa	Grau superior
Pai							
Mãe							
Irmãos							

Moradia

- 3 () É própria?
 4 () É alugada?

- 5 Outros. (Especificar): _____
- 6 Material de Construção
- 6.1. Material (tijolo, cimento, blocos)
- 6.2. Material de construção
- 6.3. Madeira
- 6.4. Barro
- 6.5. Outro. Especificar: _____
- 7 Há infiltrações, rachaduras profundas, deformações nos pisos e escadas, e/ou janelas sem proteção.
- 8 Existem instalações elétricas com defeitos graves, partes que não funcionam ou não há nenhum tipo de iluminação que seja suficiente.
- 9 Nota-se perda de estabilidade da moradia e/ou de escoras, e/ou perda grande de partes importantes e/ou de escadas.
- 10 Tipo de habitação
- 10.1. Urbana
- 10.2. Rural
- 10.3. Individual
- 10.4. Multifamiliar
- 11 Abastecimento de água
- | | PARA
BEBER | PARA USO
DOMÉSTICO |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 11.1. Água encanada da rede em casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2. Água da rede fora do domicílio (torneira pública) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.3. Água da rede servida por caminhão pipa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.4. Água de chuva captada em tanques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.5. Água de chuva em cisterna | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.6. Água de subsolo com poço tubulado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.7. Água de subsolo com poço artesiano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.8. Água de superfície (rios, arroios) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.9. A água é tratada usando algum método de desinfecção (fervura, cloração, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.10. Os recipientes de armazenagem da água têm tampa | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 11.11. Para tirar a água de onde esteja armazenada é preciso introduzir no recipiente alguma vasilha? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

- 12 Eliminação de resíduos sólidos e líquidos
- 12.1. Sistema sanitário por esgoto
 - 12.2. Sistema sanitário por fossa Maura e poço absorvente
 - 12.3. Latrina sanitária comum
 - 12.4. Retrete
 - 12.5. Nenhum
- 13 Eliminação do lixo
- 13.1. Enterrado
 - 13.2. Recolhido por serviço público
 - 13.3. Queimado, incinerado
 - 13.4. A céu aberto
- 14 A casa tem quantas janelas? _____
- 15 A casa tem quantas portas? _____
- 16 Qual a relação entre a porta e a janela?
- 16.1. Em linha reta
 - 16.2. Paralelas
 - 16.3. Não há relação
- 17 Qual o tipo de iluminação da casa?
- 17.1. Natural
 - 17.2. Artificial
 - 17.3. Mista
- 18 De que maneira é ventilada a casa?
- 18.1. Ventilação natural
 - 18.2. Ventilador. Quantos existem na casa? _____
 - 18.3. Mista (natural e ventilador)
- 19 Quais são as condições de umidade na casa?
- 19.1. Não há umidade
 - 19.2. A casa é muito úmida
 - 19.3. Não é possível determinar
- 20 Qual é a temperatura no interior da casa? Se for possível, registre com um termômetro: () °C () hora
- 20.1. Muito quente
 - 20.2. Quente
 - 20.3. Muito fria

- 20.4. Fria
- 20.5. Agradável
- 20.6. Difícil de determinar

Higiene Pessoal e Familiar

21 Quantas pessoas vivem no domicílio?

- 21.1. 1-3
- 21.2. 3-6
- 21.3. 6-10
- 21.4. Mais de 10. Quantas? _____

22 Quem são essas pessoas?

- 22.1. Mãe e pai da criança
- 22.2. Mãe, pai e irmãos
- 22.3. Mãe, pai, irmãos e avós
- 22.4. Outras pessoas. Quem?

23 Quem é encarregado de cuidar da criança?

- 23.1. Mãe
- 23.2. Pai
- 23.3. Irmãos
- 23.4. Avós
- 23.5. Outra pessoa. Quem? _____

24 Quantas vezes por dia lava as mãos?

- 24.1. Ao despertar
- 24.2. Antes de usar o banheiro
- 24.3. Depois de usar o banheiro
- 24.4. Antes de tomar o café da manhã
- 24.5. Depois de tomar o café da manhã
- 24.6. Antes de almoçar
- 24.7. Depois de almoçar
- 24.8. Antes de merendar
- 24.9. Depois de merendar
- 24.10. Antes de jantar
- 24.11. Depois de jantar
- 24.12. Antes de dormir
- 24.13. Antes de trocar as fraldas da criança

25 Freqüência com que a pessoa executa o asseio do corpo:

Membro da família	Banho corporal Freqüência : () Diária () Semanal				Limpeza dos dentes				Lavagem dos cabelos Freqüência semanal			
	1	2	3	4 ou +	1	2	3	4 ou +	2	3	4	5 ou +

26 Freqüência com que é feita a higiene das crianças:

Membro da família	Banho corporal Freqüência : () Diária () Semanal				Limpeza dos dentes				Lavagem dos cabelos Freqüência semanal			
	1	2	3	4 ou +	1	2	3	4 ou +	2	3	4	5 ou +

Condições de higiene no domicílio:

- 27 O domicílio tem quantos quartos: _____
- 28 Indique os quartos que existem na casa:
- 28.1 Cozinha () Sim () Não
- 28.1.1 Dentro de casa ()
() Tem exaustor de gases
() Tem pelo menos uma janela
- 28.1.2 Fora de casa ()
- 28.2 Banheiro () Sim () Não
- 28.2.1 Dentro de casa ()
- 28.2.2 Fora de casa ()
- 28.3 Dormitórios () Sim () Não
- 28.3.1 Quantos tem? _____
- 28.3.2 Quem dorme neles?
- 28.4 Sala de refeições, Sala de estar, etc. () Sim () Não
- 28.4.1 Alguém dorme na sala? () Sim () Não Quem? _____
- 28.5 Em que lugar dormem essas pessoas?
- 28.5.1 () Camas individuais
- 28.5.2 () Colchonete no chão
- 28.5.3 () Cama de abrir e fechar
- 28.5.4 () Cama de casal
- 28.5.5 () Sofá
- 28.5.6 () Outro. Especificar? _____
- 29 Com que freqüência é limpa a casa?
- 29.1. Por semana: _____ vezes
- 29.2. Por dia: _____ vezes
- 29.3. Outra: _____ vezes
- 30 Com que é limpo o chão
- 30.1. () Vassoura
- 30.2. () Pano úmido
- 30.3. () Cera
- 31 Com que são limpos os móveis
- 31.1. () Espanador
- 31.2. () Pano úmido
- 31.3. () Pano seco
- 31.4. Quantas vezes por semana? _____

- 32 Limpeza dos tapetes
- 32.1. A casa tem quantos tapetes? _____
 - 32.2. Tipo de tapete
 - 32.2.1. Acrílico
 - 32.2.2. Algodão
 - 32.2.3. Outro: _____
 - 32.3. Como são limpos os tapetes?
 - 32.3.1. Com vassoura. Quantas vezes por semana? _____
 - 32.3.2. Com aspirador de pó. Quantas vezes por semana? _____
 - 32.3.3. Colocados ao sol. Quantas vezes por semana? _____
 - 32.3.4. Lavados. Quantas vezes por semana? _____
- 33 Limpeza das cortinas
- 33.1. A casa tem quantas cortinas? _____
 - 33.2. Tipo de cortina
 - 33.2.1. Algodão
 - 33.2.2. Veneziana
 - 33.2.3. Madeira
 - 33.2.4. Tecido sintético
 - 33.3. ¿Como são limpas as cortinas?
 - 33.3.1. Com uma vassoura. Quantas vezes por semana)? _____
 - 33.3.2. Com aspirador de pó. Quantas vezes por semana)? _____
 - 33.3.3. Lavadas. Quantas vezes por semana? _____
 - 33.3.4. Sacudidas. Quantas vezes por semana)? _____
- 34 Limpeza dos brinquedos
- 34.1. Pano úmido. Quantas vezes por semana)? _____
 - 34.2. Pano seco. Quantas vezes por semana)? _____
 - 34.3. Postos ao sol. Quantas vezes por semana)? _____
 - 34.4. Lavados. Quantas vezes por semana? _____
- 35 Limpeza da roupa de cama
- 35.1. Troca da roupa de cama. Quantas vezes (semana/dia)? _____
 - 35.2. Lavagem da roupa de cama
 - 35.2.1. Lavada a mão
 - 35.2.2. Lavada a máquina
 - 35.2.3. Seca ao sol
 - 35.2.4. Seca à sombra
 - 35.2.5. Tipo de sabão que usa
 - Em barra
 - Em pó

- 36 Como é lavada a roupa das crianças, inclusive a roupa de cama?
- 36.1. Separada do resto da roupa da família
 - 36.2. Junto com a roupa da família
 - 36.3. Seca ao sol
 - 36.4. Seca à sombra
 - 36.5. Tipo de sabão que usa
 - Em barra
 - Em pó
- 37 Convivência com animais domésticos
- 37.1. Que tipo de animal doméstico há na residência?
- 37.1.1. Nenhum
 - 37.1.2. Cachorro
 - 37.1.3. Gato
 - 37.1.4. Hamster
 - 37.1.5. Coelho
 - 37.1.6. Tartaruga
 - 37.1.7. Outro. Especificar: _____
- 37.2. Onde ficam esses animais?
- 37.2.1. Dentro de casa
 - 37.2.2. Quais os animais que ficam dentro de casa _____
 - 37.2.3. No quintal
 - 37.2.4. Que animais ficam no quintal? _____
 - 37.2.5. Outro lugar. Especificar: _____
 - 37.2.6. Que animais encontram-se aí? _____
- 37.3. Que tipo de relação existe entre os animais e as crianças?
- 37.3.1. O animal dorme no mesmo lugar que a criança
 - 37.3.2. A criança carrega o animal nos braços
 - 37.3.3. A criança acaricia o animal
 - 37.3.4. O animal dorme na mesma cama que a criança
 - 37.3.5. Não existe relação entre a criança e o animal
 - 37.3.6. A criança tem medo do animal
 - 37.3.7. O animal não tem contato com a criança
- 37.4. Que tipo de atenção recebem os animais da casa?
- 37.4.1. Vacina
 - 37.4.2. Banhos. Com que frequência? _____
 - 37.4.3. Consulta ao veterinário. Com que frequência? _____
- 37.5. O animal tem:
- 37.5.1. pulgas?
 - 37.5.2. carrapatos?
 - 37.5.3. outro parasito? Qual? _____

Presença de medicamentos no domicílio:

38 Que medicamentos podem ser encontrados no domicílio? Em que quantidade? Estão dentro do prazo de vencimento ou vencidos?

Medicamento	Quantidade (pastilhas, cajas, botellas)	Vencidos	Tem receita médica	Com respeito à criança	
				É administrado à criança?	Para quê?
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	
		Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	

39 Ambiente exterior

39.1. O domicílio se encontra perto de fábricas? () Sim () Não

39.1.1. Qual o tipo de fábrica? _____

39.1.2. Qual é a distância da fábrica ao domicílio? _____ metros

39.1.3. A fábrica elimina resíduos perto do domicílio? () Sim () Não

39.1.4. Que tipo de resíduos?

() Sólidos

() Líquidos

() Gases

() Outro. Especificar: _____

39.2. O domicílio se encontra perto de estradas ou de ruas de tráfego pesado? () Sim () Não

39.2.1. A que distância do domicílio? _____ metros

39.3. Existem áreas verdes (parques, praças, etc.) perto do domicílio? () Sim () Não

39.4. Existem matadouros ou lixões perto do domicílio? () Sim () Não

39.5. A moradia está localizada em terreno baixo, lamacento, úmido? () Sim () Não

Impressão do entrevistador

Higiene do domicílio:

Higiene das pessoas:

Higiene das crianças:

Higiene dos móveis:

Higiene da roupa em uso:

Presença de animais:

Limpeza em torno da casa:

Características da circunvizinhança da casa:

Outras impressões:

Dados de identificação do entrevistador:

Nome do entrevistador _____ Data: _____

__/__/ - __/__/ - __/__/ __/__/

Tempo de duração da entrevista: _____

ANEXO 35.B
INFLUÊNCIA DAS CONDIÇÕES DO AMBIENTE FÍSICO DOMICILIAR
SOBRE A SAÚDE DAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	ÑAO	SEM INFORMAÇÃO
Infiltrações, rachaduras profundas, deformações nos pisos e escadas, e/ou janelas sem proteção				
Eliminação do lixo a céu aberto				
Domicílio excessivamente úmido				
Não dispõe de eliminação sanitária dos dejetos				
Não dispõe de água potável				
Falta de higiene familiar				
Falta de higiene na moradia				
Resíduos de fábricas perto do domicílio				

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos (crianças com patologias prevalentes) e outro para os controles (crianças sem patologias prevalentes). Também se pode subdividir cada grupo, por exemplo, de acordo com a idade da criança (crianças <1 ano, de um a quatro anos) ou em função do sexo.

A seguir, convém separar as Fichas de Registro das Informações em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido preparados.

Deve-se, posteriormente, selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas que a ele corresponda. Tomando a primeira Ficha deve-se procurar a informação relacionada com cada um dos aspectos que foi incluído na primeira coluna, e deve-se colocar uma marca na coluna que corresponder. Por exemplo, se a eliminação do lixo é a céu aberto, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca deverá ser colocada na coluna **NÃO**. Se não se dispuser de informações sobre este ou sobre outro aspecto, a marca deverá ser colocada na coluna Sem Informação.

Uma vez que todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações tenham sido preenchidas para a primeira Ficha de Registro das Informações, deve-se prosseguir com a segunda Ficha e assim sucessivamente até que todas as Fichas de Registro tenham sido incluídas no Quadro.

O procedimento deverá ser repetido para todos os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido definidas para processamento das informações.

Uma vez terminado o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Registro, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar as cifras anotadas nos quadrados de uma mesma linha para obter o Total.

Os dados devem ser transferidos para as tabelas quadricelulares, como no modelo da Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34, para facilitar o cálculo dos indicadores ou das razões de probabilidade.

PROTOCOLO 36

MAGNITUDE E CARACTERÍSTICAS DOS CONTAMINANTES DO AR NO INTERIOR DO DOMICÍLIO E SEU EFEITO NAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DAS CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

A contaminação do ar no interior das casas traz muitos desafios para o profissional de saúde. As pessoas que apresentam sintomas relacionados ao ambiente podem estar sendo expostas a substâncias propagadas pelo ar no interior das casas. As pessoas que vivem em cidades costumam passar uma grande parte do tempo em ambientes fechados, sobretudo as pessoas mais velhas, os lactentes e as pessoas com doenças crônicas. Sendo a concentração de contaminantes bem maior em ambientes fechados do que em ambientes abertos, os lugares que mais preocupam são aqueles que envolvem exposição prolongada e contínua, quais sejam, o lar, a escola e o ambiente de trabalho.

O aparelho respiratório é o mais afetado pelos contaminantes propagados pelo ar. Seus efeitos agudos podem incluir sinais e sintomas não respiratórios que dependem das características das substâncias e dos fatores relacionados com o hospedeiro. A má qualidade do ar em lugares fechados pode causar, ou contribuir para, o desenvolvimento de problemas respiratórios crônicos, como a asma e a pneumonite de hipersensibilidade. Também podem causar cefaléias, olhos secos, congestão nasal, náuseas e fadiga.

Os problemas de saúde causados por contaminantes que se encontram nos ambientes da vida cotidiana, tanto em casa como nos escritórios, são problemas de saúde com os quais o pessoal de atenção primária muito provavelmente irá se defrontar.

A etiologia pode ser difícil de estabelecer uma vez que muitos sinais e sintomas não são específicos. As manifestações podem ser semelhantes aos dos efeitos da gripe, do resfriado comum e das alergias. Muitos efeitos também podem estar associados, isoladamente ou em conjunto, com o estresse, com as pressões no trabalho e com mal-estares passageiros.

Pelo fato de alguns aspectos da contaminação do ar em lugares fechados terem recebido atenção pública, especialmente a fumaça do tabaco no ambiente, as pessoas podem oferecer sugestões sobre a conexão entre os sintomas respiratórios ou outros sintomas e as condições do ar no lar ou no trabalho. Tais sugestões devem ser consideradas e examinadas com seriedade, tendo em mente que é possível atribuir efeitos equivocados aos contaminantes do ar.

Os contaminantes biológicos, incluindo os mofo, as bactérias, o pólen, os ácaros na poeira e a presença de animais produzem uma qualidade de ar impuro em locais fechados e podem ser causa de dias de trabalho perdidos e de faltas escolares.

A fumaça do tabaco no ambiente (FTA) também chamada de exposição passiva à fumaça do cigarro, contém cerca de 4.000 produtos químicos, incluindo 200 substâncias tóxicas conhecidas, tais como o formaldeído (aldeído fórmico) e o monóxido de carbono, bem como 43 carcinógenos.

A FTA contribui para as mortes por câncer do pulmão e para cardiopatias nos fumantes, assim como para casos de infecções das vias respiratórias inferiores em crianças com menos de 18 meses de idade.

O aldeído fórmico é um produto químico comum que se encontra principalmente nos agentes adesivos de muitos materiais encontrados nos lares e nos escritórios, incluindo os tapetes, os painéis de madeira compensada, etc. A liberação do formaldeído no ar pode causar tosse, irritação de olhos, nariz e garganta, erupções cutâneas, cefaléias e enjôos.

O asbesto é o nome dado a um grupo de fibras minerais microscópicas que são flexíveis e duradouras e que não se queimam. As fibras de asbesto são leves e suficientemente pequenas para serem transportadas pelo ar; podendo penetrar nos pulmões por inalação e causar asbestose (fibrose do tecido pulmonar), o câncer do pulmão e o mesotelioma, um câncer relativamente pouco comum da pleura e do peritônio.

Muitos produtos de asbesto podem ser encontrados nos lares, incluindo o telhado e os materiais de revestimento para o chão, o isolamento de paredes e tubulações, o cimento, os materiais de revestimento, o aparelho de calefação e o isolamento acústico. Estes produtos são um problema em potencial se o material que contém asbesto estiver em mau estado: o asbesto pode ser encontrado em suspensão no ar.

Os sistemas de calefação e outros aparelhos domésticos que usam gás, madeira ou outros combustíveis, podem produzir vários produtos de combustão, sendo o monóxido de carbono (CO) e o dióxido de nitrogênio (NO₂) os mais perigosos dentre eles. As câmaras de combustão, as caldeiras, os aparelhos de aquecimento, os aquecedores de água e as secadoras são aparelhos de combustão.

O monóxido de carbono é um gás inodoro e incolor que dificulta a distribuição do oxigênio ao corpo. Conforme seja a quantidade inalada, este gás pode impedir a coordenação, piorar as condições cardiovasculares e produzir cansaço, dor de cabeça, confusão, náusea e enjôo. Um nível muito alto de monóxido de carbono pode causar a morte.

O dióxido de nitrogênio é um gás incolor e inodoro que irrita as mucosas dos olhos, do nariz e da garganta e causa dispnéia depois de exposição a concentrações elevadas. A exposição prolongada a altos níveis deste gás pode causar lesões no tecido respiratório e pode resultar em bronquite crônica.

Os agentes de limpeza doméstica, os produtos de cuidados pessoais, os praguicidas, as tintas e os solventes talvez sejam a fonte de centenas de produtos químicos potencialmente nocivos. Tais componentes podem causar enjôo, náusea, reações alérgicas, irritação e câncer dos olhos, da pele e das vias respiratórias.

OBJETIVOS

- Caracterizar as principais fontes de contaminação do ar dentro do domicílio de crianças com menos de cinco anos.
- Determinar a proporção, a gravidade e a duração das afecções respiratórias em crianças expostas aos principais contaminantes do ar dentro dos ambientes.
- Avaliar, em uma amostra da população estudada, o grau dos principais contaminantes, aos quais as crianças com menos de cinco anos estão realmente expostas.

METODOLOGIA

O estudo incluirá casos e controles e terá uma duração de três meses. Nesse período, serão coletadas informações sobre fontes de contaminação, sobre exposição a contaminantes e sobre doenças respiratórias.

Os casos serão obtidos de uma amostragem de crianças com menos de cinco anos levadas para consulta ao serviço de saúde onde será efetuada a pesquisa sobre problemas respiratórios agudos. A avaliação do componente agudo das doenças respiratórias faz com que a determinação do grau de exposição dessas crianças a contaminantes dentro do lar seja mais viável.

As etapas seguidas para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação. Caso se tenha uma estimativa da exposição às variáveis a serem estudadas, deve-se calcular o tamanho da amostra tendo em mente que o erro de tipo I será fixado em 5%, ou 0,05, e o erro de tipo II será fixado em 20%, ou 0,20.

Critérios para a inclusão

- Crianças com menos de cinco anos cujos pais autorizem sua participação no estudo.
- Crianças que residam permanentemente na área do estudo.
- Crianças que não apresentem outras doenças (fibrose cística, tuberculose pulmonar, imunodeficiências) que as tornem suscetíveis a doenças respiratórias agudas.

Característica dos controles

Os controles devem se assemelhar aos casos em idade e sexo. Recomenda-se que para cada criança com problema respiratório se escolha uma criança com características iguais e que resida na mesma área, ou uma criança trazida para consulta, por outra causa, ao mesmo serviço de saúde. Em todos os casos e controles deve-se respeitar os critérios para a inclusão.

As informações serão obtidas das seguintes fontes:

- Registro de crianças com menos de cinco anos que foram atendidas no serviço de saúde com diagnóstico de patologias respiratórias e seu acompanhamento.

- Entrevista domiciliar relacionada com a qualidade do ar no ambiente interno.
- Entrevista sobre a exposição aos principais contaminantes.
- Medição de alguns dos principais contaminantes.

Os contaminantes do ar de dentro da casa a serem avaliados são aqueles relacionados com doenças respiratórias e se subdividem em quatro grupos

- Fumaça do tabaco no ambiente.
- Outros produtos de combustão provenientes de caldeiras, cozinhas, aquecedores e chaminés.
- Contaminantes biológicos: pêlo de animais, mofo, ácaros na poeira.
- Compostos orgânicos voláteis.

Para o terceiro objetivo pode-se incluir a medição de três principais contaminantes: monóxido de carbono, presença de ácaros e material de partículas.

Procedimentos

Deve-se selecionar um serviço de saúde que receba um número suficiente de consultas devidas a doenças respiratórias.

Selecionar-se-ão crianças que foram trazidas para consulta por problemas respiratórios e se pedirá o consentimento do pai para que ela ingresse no estudo. A Ficha de Registro de Informações do Anexo 36.A será preenchida com a identificação do paciente e as características do problema respiratório.

Caso sejam utilizadas denominações diferentes para uma mesma patologia, deve-se selecionar alguns diagnósticos de referência para a codificação das informações. Para isto podem ser utilizados os diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças ou pode-se definir uma determinada modalidade de agrupamento que permita classificar também a gravidade do caso. Tosse, obstrução nasal, rinfaringite, resfriado comum, gripe, amigdalite faríngea, adenoidite aguda, otite média aguda, laringite obstrutiva aguda, síndrome de obstrução brônquica, bronquite aguda, bronquiolite, asma, pneumonia e outras IRA podem ser alguns dos termos utilizados. A classificação deve ser feita de acordo com a gravidade do quadro e deve-se obter informações sobre sua duração e sobre seu resultado (alta médica, falecimento).

É importante fazer o agrupamento por grupos etários já que nos lactentes com IRA, principalmente com bronquiolite, a determinação da exposição é mais fácil de ser encontrada devido a sua pouca idade.

Para a coleta de informações sobre a exposição e as principais fontes de contaminação pode-se utilizar o formulário do Anexo 36.B que pode ser modificado conforme as características da região onde se realize o estudo.

Caso se inclua no estudo a medição dos principais contaminantes, deve-se efetuar uma visita domiciliar que permitirá, também, a validação das informações obtidas anteriormente. Deve-se selecionar a metodologia a ser usada para a monitorização dos contaminantes selecionados. Em

geral são utilizados aparelhos passivos para a captação de amostras (estes aparelhos são portáteis) ou ativos, dentre os quais se destacam os portáteis, que servem para estimar a exposição pessoal aos contaminantes.

Análise dos dados

O processamento dos dados que forem obtidos pode ser feito mediante um programa de computação tipo Epi Info ou semelhante. Se o processamento for manual, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações apresentado no Anexo 36.C. Esse Quadro deve ser completado tanto para os casos como para os controles, em conformidade com os grupos em que se tenha dividido a população em estudo (idade, diagnóstico, etc.).

Deve-se fazer uma análise de associação estratificada do grau de exposição aos diferentes contaminantes e as características das patologias respiratórias. Far-se-á, também, uma descrição das características dos contaminantes nos domicílios dos casos e dos controles.

Os indicadores são expressos como razões de probabilidade que podem ser calculadas com base nas informações obtidas. A Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles.

ANEXO 36.A
CORRELAÇÃO ENTRE CONTAMINANTES DO AR NO INTERIOR DAS
HABITAÇÕES E AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NAS CRIANÇAS
FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [____]	Sexo: [____]	Data da consulta/ ____/____/____	
Motivo da consulta: _____			
Classificação/diagnóstico principal:			
Outras classificações/diagnósticos:			
Domicílio da criança:			
Quadro clínico no momento da consulta			
Febre:	[_____] °C	Sem informação []	
Não consegue beber ou alimentar-se direito	Sim [] Não []	Sem informação []	
Vomita tudo	Sim [] Não []	Sem informação []	
Convulsões	Sim [] Não []	Sem informação []	
Letárgica ou comatosa	Sim [] Não []	Sem informação []	
Tiragem subcostal	Sim [] Não []	Sem informação []	
Estridor	Sim [] Não []	Sem informação []	
Tosse	Sim [] Não []	Sem informação []	
Coriza	Sim [] Não []	Sin Informação []	
Respiração rápida	Sim [] Não []	Sem informação []	
Dor de ouvido	Sim [] Não []	Sem informação []	
Outros: _____			
Foi referida ao hospital para internação?	Sim [] Não []	Sem informação []	
Tempo de internação [] dias	Causa da baixa:		
Observações:			

ANEXO 36.B
CORRELAÇÃO ENTRE CONTAMINANTES DO AR NO INTERIOR
DAS HABITAÇÕES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DAS CRIANÇAS

FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Dados de identificação da criança:					
Sobrenome e nome:					
Idade: [_____]	Sexo: [__]	Data de Nascimento: ____/____/____			
Estado civil da mãe	União estável	Sim [__] Não [__]	Convivem:	Sim [__] Não [__]	
	Só [_____]	Sim [__] Não [__]	União instável	Sim [__] Não [__]	
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Irmãos	Sim [__] Não [__]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	- + velhos	N [_____]
Quem cuida da criança: [_____] - + jovens N [_____]					
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação de quem cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da habitação:					
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [_____]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso : Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [_____]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Sobre os principais contaminantes:					
1 - Fumaça de cigarro					
Existem fumantes na família?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Quantos cigarros fumam p/dia?			Número [_____]		
Fumam dentro de casa?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Fumam quando as crianças estão em casa?			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Alguém fumou ontem dentro de sua casa?					
Sim <input type="checkbox"/>		Quem fumou? [_____]		Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	
Não <input type="checkbox"/>		Não sabe <input type="checkbox"/>			
2 - Produtos combustíveis					
Que tipo de fogão ou de forno existe e sua casa?					
A gás <input type="checkbox"/>		A lenha ou carvão vegetal <input type="checkbox"/>		A querosene <input type="checkbox"/>	
Você usou seu fogão ou seu forno ontem?					
Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		No sabe <input type="checkbox"/>	
Algumas perguntas sobre o uso do fogão no dia de ontem					
Alimento	Número de bocas		Bocas (total em minutos)	Forno (total em minutos)	
Café da manhã					
Almoço					
Jantar					
Merenda ou outra refeição					

Existe um lugar exclusivo para cozinhar?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
A criança estava na cozinha em uma área próxima quando você usou o fogão?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe o	
Os aparelhos que necessitam de ventilação eliminam adequadamente o ar para o lado de fora?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Os moradores da casa apresentam sintomas parecidos com gripe quando a calefação é usada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Os moradores da casa se queixaram de outros sintomas nesse período (náuseas, olhos lacrimejantes, tosse, dor de cabeça)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>
Utilizou ontem a calefação para aquecer sua casa?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	
SSSe tiver fogareiro a lenha para esquentar a casa:			
Você usou ontem o fogareiro que queima madeira?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	
Se houver calefação a óleo ou a querosene:			
Usou o fogareiro a querosene dentro de casa?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	
Quando a calefação está em uso, sente-se seu cheiro?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Queima carvão vegetal dentro de casa, seja em um fogareiro ou na lareira?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
3 - Contaminantes biológicos			
A casa é muito úmida?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Utilizam umidificadores ou outros sistemas para pulverizar água?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Já houve inundações ou escapamentos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Há provas de crescimento de mofo?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Tem problemas com baratas ou com roedores?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
A casa tem ventilação adequada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Existe cheiro de lugar abafado?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Há animais de estimação em sua casa?			
Sim o Quantos? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	
A criança brinca com os animais de estimação (ou tem contato com eles)?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe <input type="checkbox"/>	
Usou ontem o aparelho de ar condicionado ou o ventilador para refrescar sua casa?			
Sim o Poderia calcular por quanto tempo? [_____]	Não <input type="checkbox"/>	Não sabe o	
4 - Compostos voláteis			
A pessoa vive em uma casa móvel ou casa convencional nova com grande quantidade de produtos de madeira compensada?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Na casa se realizam trabalhos que incluam o uso de materiais gráficos, de fotografia ou de artesanato?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
No lar, na escola ou no trabalho empregam muitos materiais químicos de limpeza	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	
Recentemente utilizaram praguicidas, tintas ou solventes?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	

ANEXO 36.C
CORRELAÇÃO ENTRE OS CONTAMINANTES DO AR NO INTERIOR DAS
HABITAÇÕES E AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS DAS CRIANÇAS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NAO	SEM INFORMAÇÃO
Presença de fogão de lenha ou de madeira				
Permanência da criança ao redor do fogão durante seu uso				
Permanência da criança ao redor do fogão durante seu uso por mais de uma hora diária				
O pai fuma				
Calefação que usa carvão ou madeira como combustível				
Possui espaço para cozinhar				

Observações:

PROTOCOLO 37

A IMPORTÂNCIA DA CONTAMINAÇÃO ALIMENTAR COMO CAUSA DE DOENÇA DIARRÉICA EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que uma grande porcentagem dos casos de diarreia e uma grande porcentagem de mortes de crianças com menos de cinco anos sejam devidas ao consumo de alimentos contaminados.

Em algumas populações, as concepções culturais sobre a maneira de preparar, armazenar e consumir os alimentos, favorecem a contaminação por germes patogênicos que causam diarreia e que podem colocar em risco a vida da criança.

Há muitos fatores que favorecem a multiplicação e a manutenção dos microorganismos nos alimentos. Entre esses fatores encontram-se: a qualidade da matéria prima, o uso de produtos crus - junto com alimentos cozidos - para o consumo, o cozimento insuficiente, a manutenção dos alimentos a temperaturas inadequadas, o tempo prolongado entre o preparo e o consumo, falta de higiene na preparação do alimento e a presença de vetores.

A educação sanitária adquire um significado especial na prevenção das doenças transmitidas por alimentos contaminados. Em primeiro lugar, devido a seu baixo custo e, também, pela sua alta eficácia. Portanto, o conhecimento dos fatores que originam e condicionam a contaminação dos alimentos é sumamente importante para a implementação de medidas educativas.

OBJETIVO

Identificar quais são as características e os fatores que, na manipulação de alimentos, se associam mais freqüentemente com os casos de diarreia em crianças com menos de cinco anos.

METODOLOGIA

Aplicar-se-á um desenho de casos e controles, dividindo-se as crianças a serem estudadas em dois grupos: o primeiro grupo será constituído por crianças que tenham sido atendidas nos serviços de saúde por diarreia (casos) e o segundo grupo será constituído por crianças que consultaram os serviços por outras patologias ou devido a outros problemas de saúde diferentes da diarreia (controles).

Convém selecionar serviços de atenção primária e hospitalar; pois, assim, será possível obter informações tanto de casos de diarreia atendidos em ambulatório como de casos que necessitam de hospitalização por sua gravidade.

As providências para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação. Se uma estimativa da exposição às variáveis a serem estudadas for conhecida, o tamanho da amostra

deve ser calculado, tendo em conta que se fixará o erro de tipo I em 5%, ou 0,05, e o erro de tipo II em 20%, ou 0,20.

Pode-se escolher todos os casos de uma única vez ou obter uma amostra deles. Posteriormente se realizará uma entrevista domiciliar sobre os hábitos na manipulação dos alimentos. Para cada caso identificado, selecionar-se-á uma criança que tenha sido levada para consulta ou que esteja hospitalizada por uma causa que não seja diarreia, para servir de controle, e se realizará uma entrevista semelhante à que se fez para o caso.

As fontes para a obtenção dos dados serão o Registro de Consulta Diária, o Cartão de Atenção Ambulatorial, o Registro de Baixas da sala de pediatria (ou de outras salas, de acordo com a estrutura do hospital), ou os Registros de Baixas do hospital. Neste caso, a obtenção dos dados será mais complicada porque será necessário subdividir os grupos etários e os diagnósticos.

As informações a serem obtidas dos registros deverão incluir os seguintes dados:

- Idade da criança
- Domicílio
- Diagnóstico
- Causa da baixa, no caso das crianças hospitalizadas

Seria preferível que os registros proporcionassem essas informações, mas se isto não for possível deve-se criar um instrumento especial para a compilação desses dados enquanto durar o estudo. Após a identificação dos casos e dos controles, realizar-se-á uma entrevista domiciliar. O Anexo 37.A inclui um modelo de Ficha de Registro de Informações para a visita domiciliar. Esse modelo de Ficha de Registro pode ser adaptado de acordo com a especificidade da região onde o estudo esteja sendo realizado.

Os controles devem ter a mesma idade e residência que o caso, a fim de reduzir ao mínimo as características que não digam respeito à manipulação de alimentos. As variáveis a serem estudadas serão as características da manipulação de alimentos e os hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental.

Processamento das informações

Uma vez que tenham sido concluídas as visitas domiciliares para avaliar os fatores que podem estar associados ao aparecimento de diarreia, deve-se processar as informações obtidas. Para tal processamento pode-se utilizar um programa de computação (Epi Info ou similar), ou fazer a consolidação manual dos dados.

Se o processamento for manual, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 37.B. Deve-se utilizar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos e outro para o grupo de controles. Ao mesmo tempo, caso se decida subdividir ambos os grupos, deve-se confeccionar novos Quadros de Consolidação das Informações (por exemplo, em função da idade ou do sexo). Sempre que o grupo inicial for subdividido, deve-se ter em conta que o número resultante não pode ser demasiado baixo. Caso o número seja muito baixo, as conclusões que poderiam ser alcançadas teriam que ser invalidadas. Deve-se, também, cuidar para que os

controles selecionados tenham decorrido das variáveis que norteiam a subdivisão dos grupos de estudo. Caso contrário, não será possível contar com um grupo para a comparação.

O Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 37.B inclui apenas algumas das variáveis cujo estudo é viável, podendo-se acrescentar outras variáveis segundo o interesse do estudo, caso o número de casos seja suficiente.

A Tabela 37.1 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores ou razões de probabilidade que podem ser calculados com base nas informações compiladas. A Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles. Com base nos indicadores contidos na Tabela 37.1 pode-se elaborar tantos indicadores quantos surjam das variáveis incluídas na Ficha de Registro das Informações.

TABELA 37.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Razão de probabilidade de diarreia em crianças que consomem alimentos mantidos a temperaturas inadequadas	Nº de crianças com diarreia que consomem alimentos mantidos a temperaturas inadequadas x Nº de crianças sem diarreia que consomem alimentos mantidos a temperaturas adequadas	Nº de crianças sem diarreia que consomem alimentos mantidos a temperaturas inadequadas x Nº de crianças com diarreia que consomem alimentos mantidos a temperaturas adequadas
Razão de probabilidade de diarreia em crianças que consomem alimentos preparados em lugares inadequados	Nº de crianças com diarreia que consomem alimentos preparados em lugares inadequados x Nº de crianças sem diarreia que consomem alimentos preparados em lugares adequados	Nº de crianças sem diarreia que consomem alimentos preparados em lugares inadequados x Nº de crianças com diarreia que consomem alimentos preparados em lugares adequados
Razão de probabilidade de diarreia em crianças que não dispõem de água potável em casa	Nº de crianças com diarreia que não têm água potável em casa x Nº de crianças sem diarreia que têm água potável em casa	Nº de crianças sem diarreia que não têm água potável em casa x Nº de crianças com diarreia que têm água potável em casa

ANEXO 37.A
CORRELAÇÃO ENTRE A CONTAMINAÇÃO DE ALIMENTOS E AS DIARRÉIAS
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [____]	Sexo: [__]	Data de Nascimento: ____/____/____	Data da entrevista: ____/____/____		
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Doença da criança (somente para os casos)					
Tipo de diarreia: Aquosa [] Com Sangue []			Outros sintomas: Vômitos [] Cãibras []		
Duração da diarreia: [] dias			Outros: _____		
Classificação do quadro		Sem desidratação [] Com desidratação [] Desidratação grave []			
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Crianças 0-4 anos	Nº [____]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	Outros moradores	Nº [____]
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Características da habitação:					
Urbana [__]	Rural [__]	Nº de cômodos: [____]	Nº de pessoas que dormem por quarto: [____]		
Suprimento de água:					
Rede [__]		Poço [__]	Outro:		
Tratada	Sim [__] Não [__]		Método:		
Controle periódico	Sim [__] Não [__]		Método:		
Água dentro de casa:	Sim [__] Não [__]		Lugar para lavar as mãos	Sim [__] Não [__]	
A que distância encontra-se a fonte de água?					
A água falta em certas horas do dia?			Sim [__] Não [__]		
Quando?			Por quanto tempo?		
A água de beber fica separada da água para cozinhar?					Sim [__] Não [__]
Tipo de vasilhame	Para cozinhar	Para beber	Lugar de armazenagem	Para cozinhar	Para beber
Plástico			Interior:		
Garrafa			- Tampada		
Pedra /cerâmica			- Destampada		
Lata/tambor			Exterior:		
			- Tampada		
			- Destampada		
Alimentos:					
Que alimentos foram consumidos ontem?					

Menos de um ano	1-4 anos	5-14 anos	Adultos		
Que alimentos foram consumidos durante os últimos sete dias?					
Alimento	Cozido	Cru	Quantos dias?	Quem os comeu?	Observações
Vegetais verdes					
Vegetais de raiz					
Frutas					
Milho					
Outros cereais					
Ovos					
Carne					
Peixe					
Pão					
Leite					
Outros					

O que faz com os alimentos que sobram?				
Joga fora?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
São consumidos até que terminem?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
São utilizados para preparar outros alimentos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
Quando prepara os alimentos?				
Imediatamente antes de comê-los?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
De manhã para todo o dia?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
Prepara alguns dias antes de serem consumidos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Quais?		
Onde conserva os alimentos crus até serem preparados ou consumidos?				
Refrigerador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temperatura ambiente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outros:
Onde conserva os alimentos preparados até serem consumidos?				
Refrigerador	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temperatura ambiente	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Outros:
Armazena no mesmo lugar os alimentos crus e os preparados? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Antes de serem utilizados os vegetais são lavados? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
Alimentos preparados anteriormente são aquecidos antes de serem consumidos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
¿Cuáles?				

Preparação de alimentos (observação da higiene do material utilizado)					
	Não observado	Em boas condições	Não adequadas		
Panelas,caçarolas, etc.					
Utensílios para a preparação					
Tijelas, pratos, copos, talheres, etc.					
Condições gerais da área de preparação de alimentos					
Dejeções:					
Banheiro [____]	Vaso sanitário [____]	Outro:			
Eliminação por fossa: [____]	Eliminação por fossa negra: [____]	Outro:			
Hábitos de higiene pessoal e doméstica:					
Pessoa	Lavagem das mãos		Uso de calçados		
	Antes de comer	Depois de ir ao banheiro			
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []		
Higiene da cozinha adequada	Sim [] Não []	Mãos limpas	Sim [] Não []		
Nos últimos 30 dias houve outros casos de diarreia na família?					
Nome	Sexo	Idade	Sintomas	Quem a atendeu?	Tratamento
Observações:					

ANEXO 37.B
CORRELAÇÃO ENTRE A CONTAMINAÇÃO DE ALIMENTOS E AS
DIARRÉIAS NAS CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Manutenção dos alimentos a temperaturas inadequadas				
Preparação antecipada de alimentos Utilização das sobras para a preparação de outros alimentos				
Utilização de recipientes, utensílios e superfícies não higiênicos				
Não dispõe de água potável				
Não dispõe de eliminação sanitária das dejeções				
Falta de higiene das mãos antes de preparar os alimentos				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos (crianças com diarreia) e outro para o grupo de controles (crianças sem diarreia). Ao mesmo tempo, pode-se subdividir cada grupo, por exemplo, pela idade da criança (crianças <1 ano, de um a quatro anos), ou em função de seu sexo.

A seguir, convém separar as Fichas de Registro das Informações em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido elaborados.

Posteriormente, deve-se selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas a ele correspondentes. Tendo em mãos a primeira Ficha deve-se procurar as informações relacionadas com cada um dos aspectos incluídos na primeira coluna, e deve-se colocar uma marca na coluna que corresponder. Por exemplo, se os alimentos são mantidos a temperaturas inadequadas antes de seu consumo, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca será colocada na coluna **NÃO**. Se não se dispuser de informação sobre este ou sobre outro aspecto, deve-se colocar a marca na coluna **Sem Informação**.

Uma vez que se tenha completado todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira Ficha de Registro, deve-se prosseguir com a segunda Ficha, e assim sucessivamente até que todas as Fichas de Registro correspondentes tenham sido incluídas no Quadro.

Deve-se repetir esse procedimento para todos os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido definidos para o processamento das informações.

Quando o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Registro estiver completo, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar as cifras anotadas nos quadrados de uma mesma linha para se obter o **Total**.

Os dados são transcritos para as tabelas quadricelulares, como no modelo da Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34, para facilitar o cálculo dos indicadores ou razões de probabilidade.

PROTOCOLO 38

FATORES ASSOCIADOS AO FRACASSO NO TRATAMENTO DAS PARASITOSES INTESTINAIS NAS CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

As parasitoses intestinais encontram-se entre as doenças que afetam as crianças com muita frequência, especialmente a partir dos dois anos de idade. Em geral, as parasitoses intestinais não são motivo de consulta nos serviços de saúde, pois não apresentam sinais de doença facilmente reconhecíveis pelos pais. Pelo fato de ser muito freqüente entre as crianças e pelo fato da reinfecção após o tratamento também ser muito comum, em muitos lugares as parasitoses intestinais são consideradas habituais, não sendo motivo de preocupação para os pais ou para a família.

As parasitoses intestinais são, contudo, uma das causas associadas à desnutrição, à anemia, ao atraso no crescimento e aos transtornos de aprendizagem das crianças em idade escolar; além de causarem problemas específicos, dependendo do tipo de parasito que infectar a criança (problemas da pele, problemas respiratórios, absorção deficiente dos alimentos, obstrução intestinal, etc.).

O esforço para controlar as parasitoses intestinais concentra-se no tratamento da doença em cada um dos indivíduos afetados e na redução do número de fontes de infecção da comunidade que podem perpetuar o ciclo de cada parasito. A redução do número de crianças infectadas tem grande importância para esse esforço, pois são elas que eliminam no meio ambiente a maior quantidade de ovos de parasitos, dando lugar ao reinício do ciclo de infecção.

O tratamento periódico maciço com medicamentos antiparasitários logra uma drástica redução do número de pessoas infectadas com parasitos, especialmente crianças entre dois e 14 anos de idade, mantendo-as livres de infecção durante um período prolongado. Ao diminuir a carga de ovos infectantes na comunidade, reduz-se a probabilidade de reinfecção, uma vez suspensa a administração periódica do medicamento antiparasitário. Se, ao mesmo tempo, se trabalhar para modificar os hábitos de vida e de higiene que estão estreitamente associados com um risco mais elevado de infecção com parasitos intestinais, pode-se iniciar o processo do controle do problema no futuro.

A análise dos fatores associados ao fracasso do tratamento das parasitoses intestinais nas crianças é de suma importância. Sua identificação permite orientar com mais eficiência os esforços para controlar o problema, contribuindo, assim, para diminuir a proporção de fracassos entre o total de casos tratados.

OBJETIVO

Identificar as características e os fatores que se associam com maior freqüência aos casos de parasitoses intestinais cujos tratamentos administrados fracassaram.

METODOLOGIA

Serão estudadas algumas características de crianças de dois a 14 anos que tenham recebido tratamento devido a parasitoses intestinais. Um desenho de casos e controles será aplicado, dividindo-se as crianças estudadas em dois grupos, de acordo com o resultado do tratamento — exitoso (controles) ou não exitoso (casos). Para definir o êxito do tratamento se utilizará o exame parasitológico depois de um mês e depois de três meses, considerando-se como fracasso sempre que o exame for positivo (utilizar-se-á o exame feito após um mês para avaliar a eficácia direta do medicamento antiparasitário utilizado).

As variáveis a serem estudadas, tanto nas crianças em que o tratamento tenha sido exitoso como naquelas em que tenha fracassado, incluirão o tipo de tratamento administrado, a cobertura alcançada com o tratamento antiparasitário entre as crianças de dois a 14 anos do grupo familiar, e a modificação dos hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental. Em todos os casos também se indagará sobre como a família percebe o problema, já que a família é, em grande medida, a responsável pela modificação dos hábitos de vida que aumentam o risco de infecção.

Seleção da população

Pode-se realizar o estudo com base no serviço de saúde ou com base em uma área determinada.

- No caso de se escolher um serviço de saúde, deve-se realizar o exame parasitológico nas crianças de dois a 14 anos que o consultarem. Deve-se administrar o tratamento a todas as crianças cujo resultado for positivo, bem como a todas as crianças de dois a 14 anos vivendo sob o mesmo teto. Depois de um mês e depois de três meses da administração do tratamento, deve-se realizar um novo exame, cujo resultado servirá de base para a formação de dois grupos de crianças: o grupo em que o tratamento foi exitoso e o grupo em que o tratamento fracassou. Para os dois grupos, deve-se estudar as características da família e a modificação dos hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental. Como o tratamento consiste em uma única dose do medicamento antiparasitário, este deve ser sempre administrado sob a supervisão do pessoal de saúde.
- Também se pode organizar o estudo com base em uma área geográfica determinada. Neste caso, pode-se submeter todas as crianças de dois a 14 anos, da área, a um exame parasitológico, administrar o tratamento a todas aquelas cujos resultados foram positivos e repetir o exame depois de um mês e depois de três meses. Com base nestes últimos estudos pode-se formar os grupos de casos e de controles e realizar o estudo das características particulares de cada um.

A escolha de uma ou de outra modalidade dependerá das possibilidades. Para o primeiro caso requer-se uma quantidade menor de recursos, uma vez que os casos e os controles serão selecionados a partir das consultas. Entretanto, com esse procedimento se levará mais tempo para obter um número suficiente de casos de parasitoses. Se a opção for selecionar a população de uma determinada área, os casos serão identificados ao mesmo tempo, uma vez terminado o estudo parasitológico, mas isto exigirá o exame de um grande número de crianças em um curto lapso de tempo, razão pela qual será um procedimento mais dispendioso.

Em ambos os casos, uma vez formados os dois grupos de crianças com base nos resultados do exame parasitológico após três meses, deve-se efetuar uma visita ao domicílio com o fim de obter as informações necessárias sobre os hábitos de higiene pessoal, doméstica e ambiental. O Anexo 38.A inclui um modelo de Ficha de Registro de Informações para a visita. Esse modelo de Ficha de Registro pode ser adaptado de acordo com a especificidade da região onde o estudo é realizado.

Os passos para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação. Caso se tenha uma estimativa da exposição às variáveis a serem estudadas, deve-se calcular o tamanho da amostra tendo em mente que o erro de tipo I será fixado em 5%, ou 0,05, e o erro de tipo II será fixado em 20%, ou 0,20.

Processamento das informações

Uma vez concluídas as visitas domiciliares para avaliar os fatores que podem estar associados ao fracasso do tratamento, deve-se processar as informações obtidas. Para tal processamento se pode utilizar um programa de computação (Epi Info ou semelhante), ou uma consolidação manual de alguns indicadores.

Se o processamento for manual, pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 38.B. Deve-se utilizar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de crianças em que o tratamento fracassou (casos), e outro para as crianças em que tratamento foi exitoso (controles). Ao mesmo tempo, caso se decida subdividir ambos os grupos, deve-se confeccionar Quadros de Consolidação das Informações adicionais (por exemplo, em função da idade ou do sexo). Sempre que forem realizadas subdivisões no grupo total, deve-se cuidar para que o número resultante não seja demasiado baixo. Se o número resultante for muito baixo, as conclusões que poderiam ser alcançadas precisariam ser invalidadas. Deve-se, também, cuidar para que os controles tenham sido escolhidos visando as variáveis que norteiam a subdivisão dos grupos de estudo, pois, do contrário, não se disporá de um grupo para a comparação.

O Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 38.B inclui apenas algumas das variáveis cujo estudo é viável, podendo-se acrescentar outras variáveis segundo o interesse do estudo, caso se disponha de um número suficiente de casos.

A Tabela 38.1 inclui, como exemplo, alguns dos indicadores ou razões de probabilidade que podem ser calculados com base nas informações coletadas. A Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles. Com base nos indicadores contidos na Tabela 38.1 pode-se elaborar tantos outros indicadores quantos surjam das variáveis incluídas na Ficha de Registro das Informações.

TABELA 38.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Razão de probabilidade de fracasso no tratamento de crianças que habitam domicílio sem água potável	Nº de crianças que habitam domicílio sem água potável para quem o tratamento fracassou x Nº de crianças que habitam domicílio com água potável cujo tratamento foi exitoso	Nº de crianças que habitam domicílio sem água potável cujo tratamento foi exitoso x Nº de crianças que habitam domicílio com água potável para quem o tratamento fracassou
Razão de probabilidade de fracasso no tratamento de crianças cujas mães não consideram importantes as parasitoses intestinais	Nº de crianças em quem o tratamento fracassou cujas mães não consideram importantes as parasitoses intestinais x Nº de crianças com tratamento exitoso cujas mães consideram as parasitoses intestinais importantes	Nº de crianças com tratamento exitoso cujas mães não consideram importantes as parasitoses intestinais x Nº de crianças em que o tratamento fracassou cujas mães consideram as parasitoses intestinais importantes

ANEXO 38.A
FATORES ASSOCIADOS AO FRACASSO NO TRATAMENTO DAS
PARASITOSES INTESTINAIS EM CRIANÇAS DE DOIS A 14 ANOS

FICHA DE REGISTRO DAS INFORMAÇÕES

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [__]	Sexo: [__]	Data de Nascimento: __/__/__		Data da entrevista: __/__/__	
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Sobre a parasitose da criança:					
Data da consulta inicial: __/__/__			Parasitas encontrados: _____		
Data do tratamento: __/__/__			Controle após um mês: _____		
Tratamento: _____			Controle após três meses: _____		
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Crianças 2-14 anos	N [__]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	Outros moradores	N [__]
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da habitação:					
Urbana [__]	Rural [__]	Nº de cômodos: [__]		Nº de pessoas que dormem por quarto: [__]	
Abastecimento de água:	Rede [__]	Poço [__]	Outro: [_____]		
Potabilização	Sim [__] Não [__]	Método: _____			
Controle periódico	Sim [__] Não [__]	Método: _____			
Água no interior:	Sim [__] Não [__]	Lugar para lavar as mãos	Sim [__] Não [__]		
Dejeções:	Banheiro [__]	Vaso [__]	Outro: [_____]		
Eliminação por fossa: [__]	Eliminação por fossa negra: [__]		Outro: _____		
Hábitos de higiene pessoal e doméstica					
Pessoa	Lavagem das mãos			Uso de calçados	
	Antes de comer		Depois de ir ao banheiro		
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	Sim [__] Não [__]	
Higiene da cozinha adequada	Sim [__] Não [__]	Mãos limpas		Sim [__] Não [__]	

Tratamento antiparasitário			
Fez o tratamento da criança indicada?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	E das demais?
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Criança	Idade	Fez o tratamento?	Causas
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Opinião sobre as parasitoses intestinais:			
Sabe quais são os parasitos?		Crê que sejam um problema? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Por quê?			
É necessário tratar as crianças contra as parasitoses intestinais?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê?			
Observações:			

ANEXO 38.B
FATORES ASSOCIADOS AO FRACASSO NO TRATAMENTO DAS
PARASIToses INTESINAIS EM CRIANÇAS DE DOIS A 14 ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Normalmente a criança caminha descalça				
A criança come sem ter lavado as mãos				
A criança sai do banheiro sem lavar as mãos				
A água de que se dispõe não é potável				
A eliminação das dejeções é inadequada				
As mães consideram que as parasitoses intestinais têm pouca ou nenhuma importância				

Observações

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para o grupo de casos (fracasso do tratamento antiparasitário) e outro para o grupo de controles (êxito do tratamento antiparasitário). Ao mesmo tempo, pode-se subdividir cada grupo, por exemplo, por idade da criança (crianças de dois a quatro anos, de cinco a nove anos e de 10 a 14 anos), ou em função do sexo.

A seguir, convém separar as Fichas de Registro das Informações em tantos grupos quantos forem os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido elaborados.

Posteriormente, deve-se selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas que a ele corresponder. Tomando a primeira Ficha, deve-se procurar as informações relacionadas com cada um dos aspectos que tiverem sido incluídos na primeira coluna, e colocar uma marca na coluna que corresponder. Por exemplo, se uma ou mais das crianças que moram no mesmo domicílio, tem de dois a 14 anos e anda descalça, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca deverá ser colocada na coluna **NÃO**. Se não se dispuser de informações sobre este ou sobre outro aspecto, a marca deverá ser colocada na coluna **Sem Informação**.

Quando se tiver completado todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira Ficha de Registro, deve-se prosseguir com a segunda Ficha e assim sucessivamente até que todas as Fichas de Registro tenham sido incluídas

Uma vez completado o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Registro, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar as cifras anotadas nos quadrados de uma mesma linha para obter o **Total**.

Os dados serão transcritos para tabelas quadricelulares como no modelo da Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 para facilitar o cálculo dos indicadores ou razões de probabilidade.

PROTOCOLO 39

CARACTERÍSTICAS DO CONTROLE DA GRAVIDEZ, EM MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, ASSOCIADAS COM A MAIOR INCIDÊNCIA E GRAVIDADE DAS DOENÇAS DA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

A condição de saúde da criança com menos de cinco anos de idade depende fundamentalmente do cuidado proporcionado pelos pais. A alimentação, a proteção contra fatores externos (clima, acidentes) e o reconhecimento de qualquer padrão de comportamento fora do usual são essenciais para evitar o surgimento de doenças, assim como para detectar, com antecedência, qualquer sinal destas e aplicar o tratamento que for mais apropriado. O controle periódico da criança por parte do pessoal de saúde e a aplicação de medidas preventivas específicas, tais como as vacinações, também são medidas de cuidado incorporadas no atendimento da criança no lar. Estas medidas são essenciais para reduzir a ocorrência e a gravidade das doenças na infância.

Dado que a criança não é capaz de cuidar de si mesma, são os adultos que decidem o que ela deve comer e vestir. Sobre seu estado geral de saúde, também são os adultos que decidem. São eles que interpretam o estado em que a criança se encontra - se a criança se encontra saudável ou doente - mediante a observação de seu comportamento. Eles também decidem quando a doença da criança requer atenção fora de casa. A detecção de padrões inadequados para a prevenção e a proteção da saúde da criança é importante para a identificação de famílias onde crianças pequenas estejam em maior risco.

A existência ou não do controle da gravidez através da consulta pré-natal, assim como as suas características na ocasião da primeira consulta e a periodicidade das visitas são variáveis muito úteis para a identificação das famílias de risco. A falta de cuidado com a gravidez geralmente sugere pouca preocupação com a prevenção e com a proteção da saúde, o que indica que o cuidado e a atenção da criança serão problemáticos. A existência desta associação poderia refletir-se em uma incidência maior de doenças preveníveis, ou em uma maior gravidade dos episódios de doença, produto do cuidado inadequado da criança no lar, da falta de aplicação de medidas preventivas e de proteção, assim como da demora em perceber os primeiros sinais de doença para a consulta.

OBJETIVO

Descrever as características do controle da gravidez de mães de crianças com menos de cinco anos que possam estar associadas a uma maior incidência e gravidade das doenças objeto da estratégia AIDPI.

METODOLOGIA

Estudar-se-ão algumas características da atenção pré-natal que as mães de crianças com menos de cinco anos tenham realizado, que serão relacionadas com o número, a frequência e a gravidade dos episódios das doenças objeto da estratégia AIDPI que essas crianças sofrem. Para isto serão selecionados dois grupos:

- Mães cujas crianças com menos de cinco anos tenham tido episódios graves das doenças objeto da estratégia AIDPI (classificações tais como, doença muito grave, pneumonia grave, diarreia com desidratação grave, doença febril muito grave, desnutrição grave, mastoidite); que tenham tido episódios de doenças preveníveis por vacinação, tais como sarampo ou coqueluche ou; que tenham tido um número elevado de episódios de doenças evitáveis por outras medidas diferentes (por exemplo, higiene da alimentação, pessoal e doméstica, tais como diarreia).
- Mães, cujas crianças com menos de cinco anos que não se enquadrem em nenhuma das condições anteriores, constituirão os controles.

Em ambos os grupos será preciso indagar sobre as características do controle da última gestação (anterior ou atual) relacionadas ao comparecimento ao controle em um serviço de saúde, à precocidade com que se iniciou o controle, à periodicidade dos controles e a alguns hábitos de vida, higiene e alimentação durante a gravidez.

Far-se-á a comparação de alguns indicadores em ambos grupos e se estabelecerá se entre os mesmos há diferença significativa ou não.

Seleção da população a ser estudada

A seleção da população a ser estudada pode ser feita em um ou mais serviços de saúde. Nestes serviços serão identificadas as crianças com menos de cinco anos de idade, que foram classificadas pelo pessoal de saúde como: crianças que apresentam *doença muito grave, pneumonia grave, diarreia com desidratação grave, mastoidite, doença febril muito grave, desnutrição grave*, ou outra classificação grave que se inclua na estratégia AIDPI; assim como as crianças que estejam com *sarampo* ou *coqueluche*, ambas doenças preveníveis por vacinação.

Caso também se queira incluir as crianças que apresentem uma incidência elevada de certas doenças preveníveis (doenças que sejam preveníveis por outras medidas que não seja a vacinação) como, por exemplo, crianças que apresentem três ou mais episódios de diarreia em um ano, deve-se ter um sistema de registro que permita realizar essa identificação. Exemplos desse tipo de registro são os Antecedentes Clínicos ou Fichas de Consulta Ambulatorial, que são confeccionados para cada pessoa. Se não se dispuser desse tipo de registro, pode-se utilizar, como alternativa, as informações que puderem ser obtidas dos pais sobre as doenças que a criança teve durante o último ano, embora estas informações sejam menos confiáveis.

As providências para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II, sobre pesquisas de associação. Caso se tenha uma estimativa da exposição às variáveis a serem estudadas, o tamanho da amostra deverá ser calculado tendo em mente que o erro de tipo I será fixado em 5%, ou 0,05, e o erro de tipo II será fixado em 20%, ou 0,20.

Para fazer a seleção das crianças a serem estudadas deve-se proceder da seguinte maneira:

- Examinar os registros de consulta diária dos serviços de saúde selecionados até identificar uma consulta com algum dos diagnósticos acima mencionados.

- Imediatamente verificar se a pessoa a quem esse diagnóstico corresponde tem menos de cinco anos.
- Caso a pessoa seja uma criança que tenha menos de cinco anos, incluí-la no estudo e confeccionar uma Ficha de Entrevista (Anexo 39.A) para poder obter logo a informação sobre o controle da gravidez da mãe.
- Selecionar, entre as crianças trazidas à consulta no mesmo dia, uma que seja do mesmo sexo e aproximadamente da mesma idade, e que tenha um diagnóstico diferente, que não inclua nenhuma das doenças mencionadas acima.
- Confeccionar, também para esta criança, uma Ficha de Entrevista, para a compilação das informações sobre o controle da gravidez da mãe.

Pode-se realizar o procedimento acima descrito, tanto nas consultas já realizadas (examinando os registros de dias ou meses anteriores) como nas novas consultas realizadas pelo pessoal de saúde. No primeiro caso, não será difícil obter rapidamente um número suficiente de casos e de controles para poder dar início às entrevistas e finalizar a compilação das informações. No entanto, podem surgir algumas dificuldades. Por exemplo: a localização das famílias, depois de passado um tempo prolongado da data da consulta, talvez não seja possível. Posto que as informações sobre o controle da gravidez são fundamentais para o estudo, as visitas domiciliares —cujo objetivo é conversar com a mãe—são muito importantes. .

Caso as informações sejam coletadas a partir de novas consultas, o tempo para obter o número suficiente de casos e controles será maior. No entanto, o contato com as famílias será mais fácil, o que significa que muitas das entrevistas elaboradas para o estudo poderão ser realizadas no próprio serviço de saúde, por ocasião da consulta ou em uma consulta marcada para a reavaliação e o acompanhamento. Deste modo, o esforço e o tempo exigidos pelas visitas domiciliares serão reduzidos.

Compilação e processamento das informações

Tanto para os casos como para os controles deve-se compilar informações relacionadas com a doença da criança e informações sobre as características do controle da gravidez da mãe de cada criança. Como esta última informação será obtida por entrevista direta com a mãe, pode-se sistematizar as informações relacionadas à mãe e as informações relacionadas à criança em um único registro.

O Anexo 39.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista que contém, em sua primeira parte, informações sobre o episódio de doença da criança e, a seguir, os dados sobre o controle da gravidez da mãe. Essa Ficha pode ser modificada, conforme as necessidades e características da região onde se realize o estudo.

As informações coletadas deverão ser processadas posteriormente e, para isto, indica-se a utilização de um programa de banco de dados em computação, como Epi Info ou, então, um Quadro de Consolidação das Informações. O Anexo 39.B apresenta um modelo desse tipo de Quadro.

A Tabela 39.1 inclui, como exemplo, alguns indicadores ou razões de probabilidade que podem ser calculadas com base nas informações coletadas. A Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 é um modelo de tabela quadricelular que facilita os cálculos das razões de probabilidade para estudos não demográficos de casos e controles. Com base nos indicadores contidos na Tabela 39.1 pode-se elaborar tantos indicadores quantos surjam das variáveis incluídas na Ficha de Registro das Informações.

TABELA 39.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Razão de probabilidade de <i>doença muito grave</i> em crianças cujas mães não tiveram nenhum controle de sua última gravidez	Nº de crianças com <i>doença muito grave</i> cujas mães não tiveram nenhum controle de sua última gravidez x Nº de crianças sem <i>doença muito grave</i> cujas mães tiveram controles regulares durante sua última gravidez	Nº de crianças sem <i>doença muito grave</i> cujas mães não tiveram nenhum controle de sua última gravidez x Nº de crianças com <i>doença muito grave</i> cujas mães tiveram controles regulares durante sua última gravidez
Razão de probabilidade de diarreia com <i>desidratação grave</i> em crianças cujas mães tiveram somente dois controles ou menos durante sua última gravidez	Nº de crianças com diarreia com <i>desidratação grave</i> cujas mães tiveram somente dois controles ou menos durante sua última gravidez x Nº de crianças sem <i>diarreia com desidratação grave</i> cujas mães tiveram controles regulares durante sua última gravidez	Nº de crianças sem <i>diarreia com desidratação grave</i> cujas mães tiveram somente dois controles ou menos durante sua última gravidez x Nº de crianças com diarreia com <i>desidratação grave</i> cujas mães tiveram controles regulares durante sua última gravidez
Razão de probabilidade de <i>desnutrição grave</i> em crianças de um a quatro anos cujas mães fumaram durante a última gravidez	Nº de crianças de um a quatro anos com <i>desnutrição grave</i> cujas mães fumaram durante a última gravidez x Nº de crianças sem <i>desnutrição grave</i> cujas mães não fumaram durante a última gravidez	Nº de crianças de um a quatro anos sem <i>desnutrição grave</i> cujas mães fumaram durante a última gravidez x Nº de crianças com <i>desnutrição grave</i> cujas mães não fumaram durante a última gravidez

ANEXO 39.A
CARACTERÍSTICAS DO CONTROLE DA GRAVIDEZ, EM MÃES DE CRIANÇAS
COM MENOS DE CINCO ANOS, ASSOCIADAS COM A MAIOR INCIDÊNCIA
E GRAVIDADE DAS DOENÇAS DA INFÂNCIA

FICHA DE ENTREVISTA

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [__]	Sexo: [__]	Data da consulta/hospitalização: __/__/__	
Classificação/Diagnóstico:			
Domicílio da criança:			
Dados de identificação da mãe:			
Sobrenome e nome da mãe:			
Idade: [__]	Nº de filhos vivos [__]	Nº de filhos mortos [__]	União estável: Sim [__] Não [__]
Educação:	Primária: Sim [__] Não [__]	Anos [__]	Secundária: Sim [__] Não [__] Anos [__]
Superior: Sim [__] Não [__]	Trabalha fora do lar: Sim [__] Não [__]		Nº de horas: [__]
Sobre o controle da última gravidez:			
Data do parto: __/__/__	Institucional: Sim [__] Não [__]		Nº de partos prévios: [__]
Com controle: Sim [__] Não [__]	Nº de controles: [__]	Nº adequado	Sim [__] Não [__]
Primeiro controle antes do quinto mês de gestação: Sim [__] Não [__]		Controle precoce	Sim [__] Não [__]
Fuma: Sim [__] Não [__]	Fumou durante a gravidez: Sim [__] Não [__]		Nº de cigarros por dia: [__]
Bebe: Sim [__] Não [__]	Bebeu durante a gravidez: Sim [__] Não [__]		Volume por dia: [____]
Observações:			

ANEXO 39.B
CARACTERÍSTICAS DO CONTROLE DA GRAVIDEZ, EM MÃES DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS, ASSOCIADAS COM A MAIOR INCIDÊNCIA E GRAVIDADE DAS DOENÇAS DA INFÂNCIA

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
O último parto foi em casa				
Não teve controle durante sua última gravidez				
Teve dois ou menos controles durante sua gravidez				
Teve seu primeiro controle depois do sétimo mês de gravidez				
Fumou durante a gravidez 10 ou mais cigarros por dia				
Bebeu durante a gravidez mais de 500 ml de bebidas alcoólicas por dia				

Observações

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

- Colocar na parte superior do Quadro, no espaço indicado como Grupo de Estudo, o grupo de que se trata, seja ele um grupo de casos, seja ele um grupo de controles. Caso se decida subdividir o grupo total, por exemplo, caso se queira separar as crianças que apresentaram doenças graves daquelas crianças que apresentaram doenças preveníveis por vacinação, deve-se confeccionar dois Quadros separados – dois Quadros de Consolidação das Informações. Deve-se proceder da mesma maneira, se o objetivo for subdividir o grupo total em função de outras variáveis, por exemplo, sexo ou grupo etário. Em qualquer um destes casos, deve-se cuidar para que o número de crianças em cada subgrupo seja suficientemente grande. Caso contrário, as conclusões que poderiam ser alcançadas precisariam ser invalidadas.
- Uma vez definidos os diferentes subgrupos, convém separar as Fichas de Entrevista em função destes, para facilitar a consolidação dos dados. Deve-se observar que, se os grupos forem formados com variáveis superpostas (por exemplo, por um lado grupos etários, por outro lado, grupos formados quanto ao sexo da criança e, ainda, grupos formados segundo o diagnóstico) algumas Fichas estarão simultaneamente em mais de um grupo (por exemplo, sexo feminino, dois a 11 meses, pneumonia grave).
- A seguir, deve-se pegar a primeira Ficha de Entrevista correspondente a um determinado Quadro de Consolidação das Informações e procurar as informações correspondentes ao primeiro dos aspectos incluídos na primeira linha do Quadro, colocando uma marca (I) na coluna **SIM**, se o aspecto considerado for positivo na Ficha de Entrevista; na coluna **NÃO**, se o aspecto for negativo; e na coluna **Sem Informação** se não constar nenhuma informação sobre este aspecto na Ficha de Entrevista.
- Uma vez que se tenham examinado todos os aspectos contidos no Quadro de Consolidação das Informações e se tenham colocado as marcas nos quadrados correspondentes, deve-se proceder da mesma maneira com a Ficha de Entrevista seguinte.
- Depois de examinadas todas as Fichas e transferidas as informações para Quadro de Consolidação das Informações, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado.
- Somando-se os números anotados em todos os quadrados de uma mesma linha e de uma mesma coluna obter-se-ão os totais correspondentes.
- Os dados serão transcritos nas tabelas quadricelulares como no modelo da Tabela II do Anexo 34.C do Protocolo 34 para facilitar o cálculo dos indicadores ou razões de probabilidade.

PARTE VIII

PESQUISAS SOBRE OUTRAS CAUSAS DE DOENÇA E PROBLEMAS DE SAÚDE EM CRIANÇAS

PROTOCOLO 40

UTILIZAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA DEMANDA DE ANTIBIÓTICOS PARA O TRATAMENTO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas constituem um dos principais problemas de saúde da infância na maioria dos países em desenvolvimento. A consulta por causa destas doenças constitui, por seu turno, uma alta percentagem da demanda da atenção pediátrica nos serviços de saúde.

Os estudos realizados mostram que as atuais possibilidades de controle estão basicamente centradas na solução de dois problemas:

- a demora por parte da mãe em levar a criança à consulta, motivada provavelmente por falta de conhecimento dos sinais de alarme que indicam a gravidade do estado da criança e
- a gestão inapropriada da criança durante a consulta, que reflete a falta de critérios normativos de diagnóstico e de tratamento.

Com relação ao segundo ponto, um dos principais problemas é o uso exagerado de antibióticos para o tratamento dos episódios de infecções respiratórias agudas que, em sua grande maioria, são de origem viral. Os motivos que levam a esta situação são complexos, observando-se atualmente:

- A indicação inapropriada de antibióticos para o tratamento de caso de infecções respiratórias agudas por parte do pessoal de saúde, seja pela falta de critérios adequados de tratamento seja por pedido da mãe.
- A administração de antibióticos, por parte da mãe, com base em conselhos ou experiências de casos anteriores.

A ampla disponibilidade de antibióticos e a divulgação que seu uso alcançou, sobretudo nos países em desenvolvimento, contribuem para a perpetuação desses problemas. Neste aspecto, o papel dos vendedores de medicamentos é sumamente importante porque são eles, em muitos casos, o primeiro contato que a população tem com o sistema de saúde. Portanto, os vendedores de medicamento deveriam ter consciência do papel que desempenham, assumindo a responsabilidade de orientar a população de forma correta.

OBJETIVOS

- Determinar a venda de antibióticos nas farmácias para o tratamento das infecções respiratórias na infância.
- Descrever algumas características da demanda de antibióticos nas farmácias para o tratamento das doenças respiratórias agudas.

As providências para determinar o tamanho das amostras acham-se descritas na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II. Caso se tenha uma estimativa das variáveis a serem estudadas, o tamanho da amostra deve ser calculado, levando em consideração que os erros de tipo I serão fixados em 5%, ou 0,05, e os erros de tipo II se fixarão em 20%, ou 0,20.

METODOLOGIA

O estudo será realizado com base no procedimento dos vendedores de medicamentos (farmácias, drogarias, etc.) que aceitem participar do estudo. Para medir o primeiro objetivo proposto deve-se observar a proporção de venda de antibióticos para o tratamento dos casos com diagnóstico de IRA, de crianças com menos de cinco anos, com relação ao total de receitas de antibióticos.

Para o segundo objetivo serão coletadas informações sobre o tipo de antibiótico dado e a localização da doença respiratória (vias respiratórias superiores ou inferiores).

Para a coleta e registro das informações das prescrições de antibióticos nas farmácias preparou-se um formulário que pode ser encontrado no anexo 40.A. Esse formulário poderá ser modificado de acordo com a característica do estudo; contudo, deve-se levar em consideração a disponibilidade das informações, uma vez que sua fonte é a receita médica e, em alguns casos, somente as informações dadas pela pessoa que solicita ou compra o medicamento.

Obter-se-ão dados sobre:

- Número total de prescrições.
- Número de prescrições de antibióticos para qualquer causa.
- Número de prescrições de antibióticos por problemas respiratórios, separando vias respiratórias superiores e inferiores.
- Tipo de antibióticos (nome genérico).

O período do estudo será determinado pelo montante de vendas de antibióticos que as farmácias realizem a fim de obter um número suficiente que permita a divisão em diversos subgrupos: tipo de antibiótico, localização da doença respiratória, etc. É recomendável também que o estudo seja levado a cabo no período de alta incidência de infecções respiratórias.

A informação dos registros deverá ser tabulada a fim de que sejam obtidos os dados sobre o número de receitas de antibióticos para os casos de IRA, segundo sua classificação e o tipo de antibiótico envolvido.

Por sua vez, deve-se obter essas informações em relação aos diversos grupos etários que forem selecionados. No Anexo 40.B, apresenta-se um modelo de Quadro de Consolidação das Informações.

A partir da informação do Quadro será possível calcular os indicadores (Tabela 40.1) referentes à indicação de antibióticos para o tratamento de cada tipo de diagnóstico formulado. Essa Tabela inclui alguns exemplos. Outros indicadores poderão ser calculados a partir desses exemplos.

TABELA 40.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de prescrições de antibióticos em relação ao total de prescrições de medicamentos para crianças com menos de 5 anos	Número de prescrições de antibióticos para crianças com menos de 5 anos	Número total de prescrições de medicamentos para crianças com menos de 5 anos
Proporção de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA em relação com o total de receitas de antibióticos para crianças com menos de 5 anos	Número de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA em crianças com menos de 5 anos	Número total de prescrições de antibióticos para crianças menores de 5 anos
Proporção de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA de vias respiratórias inferiores em relação ao total de receitas de antibióticos para o tratamento das IRA em crianças com menos de 5 anos	Número de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA de vias respiratórias inferiores em crianças com menos de 5 anos	Número total de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA em crianças com menos de 5 anos
Proporção de prescrições de amoxicilina para o tratamento das IRA em relação ao total de prescrições de antibióticos para o tratamento de IRA em crianças com menos de 5 anos	Número de prescrições de amoxicilina para o tratamento das IRA em crianças com menos de 5 anos	Número total de prescrições de antibióticos para o tratamento das IRA em crianças com menos de 5 anos

ANEXO 40.B
ADMINISTRAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS PARA O TRATAMENTO DE
CASOS DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Farmácia: _____ Período/Ano: _____

	TOTAL	COM INDICAÇÃO DE ANTIBIÓTICO										Sem Indicação de Antibiótico	Sem Especificar			
		Penicilina G	Ampicilina	Amoxicilina	Cefalosporina	Eritromicina	Clotrimoxazol	Aminoglicosídeo	Cloranfenicol	Tetraciclina	Rifampicina			Outro	TOTAL	
TOTAL DE VENDA DE MEDICAMENTOS																
TOTAL DE CASOS DE IRA																
IRA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS SUPERIORES																
IRA DAS VIAS RESPIRATÓRIAS INFERIORES																
SEM ESPECIFICAR A LOCALIZAÇÃO																

Observações:

Para completar o Quadro de Consolidação da Informação:

1. Completar a parte superior do Quadro, anotando o nome da Farmácia, o período (semana, mês, meses e o ano) referente à informação que será tabulada e o grupo de idade (com menos de um ano e de um a quatro anos, ou outros grupos, se assim se desejar). Deve-se utilizar um Quadro para cada grupo etário que se quiser levar em consideração.
2. Selecionar o registro sobre receita de medicamentos.
3. Identificar as prescrições de medicamentos e proceder do seguinte modo:
 - 3.1 Se não for um caso de IRA e um antibiótico tiver sido indicado, colocar uma marca (|) na primeira linha do antibiótico correspondente.
 - 3.2 Se não se indicou um antibiótico, porque um outro tratamento foi indicado, colocar uma marca (|) na coluna **Sem Indicação de Antibióticos**.
 - 3.3 Se não se especificou o tratamento indicado, colocar uma marca (|) na coluna **Sem Especificar Tratamento**.
 - 3.4 Se for um caso de IRA e um antibiótico tiver sido indicado, colocar uma marca (|) na linha correspondente à localização das IRA (vias respiratórias superiores, vias respiratórias inferiores ou sem especificar localização) e na coluna do antibiótico correspondente.
 - 3.5 Se for um caso de IRA e um antibiótico não tiver sido indicado, colocar uma marca (|) na linha correspondente à localização das IRA (vias aéreas superiores ou via aéreas inferiores ou sem especificar) e na coluna **Sem Indicação de Antibióticos**.
 - 3.6 Se for um caso de IRA e o tratamento indicado não tiver sido especificado, colocar uma marca (|) na linha correspondente à localização das IRA (vias aéreas superiores ou via aéreas inferiores ou sem especificar localização) e na coluna **Sem Especificar Tratamento**.
4. Uma vez que se tenha completado o exame do registro correspondente a todo o período selecionado, deve-se somar o número de marcas (|) em cada quadrado do Quadro e anotar o resultado em cada um.
5. Somar os números incluídos em todos os quadrados de cada coluna para obter os números que correspondem aos diversos totais do Quadro.

PROTOCOLO 41

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL EM CRIANÇAS COM MENOS DE TRÊS ANOS

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas constituem a principal causa de consulta de crianças com menos de três anos nos serviços de saúde na maioria dos países, representando entre 40% e 60% de todas as consultas deste grupo etário. A maioria dos episódios atendidos se devem a infecções das vias respiratórias superiores, principalmente resfriados e faringites. Os episódios das vias respiratórias inferiores, detectados nos serviços de saúde do primeiro nível, são, em geral, devidos a bronquite, com um número relativamente pequeno de casos de pneumonia e bronquiolite.

Um número variável dos episódios de IRA se apresenta com diversos graus de dificuldade respiratória de tipo obstrutiva que se manifesta com sibilância. Durante a época do inverno as crianças com menos de três anos podem padecer de quadros virais por vírus sincicial respiratório, adenovírus ou outros, denominados bronquiolite. São poucos os centros de atenção pediátrica onde se realiza o diagnóstico etiológico viral, razão pela qual esses casos são geralmente diagnosticados como síndrome bronquiolítica. Chama-se Síndrome de Bronquite Obstrutiva (SBO) quando se trata de um único episódio e Síndrome de Bronquite Obstrutiva Recidivante (SBOR) quando esses episódios se repetem. Quando as crianças são maiores, o diagnóstico habitual, em caso de espasmos bronquiais recidivantes, é o de asma brônquica.

A frequência com que essas síndromes aparecem é diferente de país para país, e também entre as áreas de um mesmo país, sendo avaliada entre 20% e 30% em caso de crianças com SBOR e entre 10% e 15% para a asma, o que representa um número elevado de consultas de crianças aos serviços de saúde.

O conhecimento da frequência com que estes problemas aparecem nos serviços de saúde é importante, não tanto pela gravidade dos mesmos, uma vez que a maioria dos episódios de obstrução bronquial ou asma não é grave, mas porque o manejo inadequado destes problemas representa um ônus importante e põe em risco a saúde da criança.

OBJETIVOS

Avaliar nas crianças com menos de três anos:

- a prevalência de SBO e SBOR na população;
- a proporção que representam a SBO e a SBOR como causa de consulta;
- a proporção que representam a SBO e a SBOR como causa de hospitalização.

METODOLOGIA

Para o cumprimento do primeiro objetivo será realizada uma entrevista com os pais. Nesta entrevista os pais serão indagados sobre a ocorrência de episódios de sibilância em crianças com menos de três anos de idade. O estudo poderá ser realizado com os pais que procurem um ou mais serviços de saúde da área de estudo, ou mediante visitas domiciliares.

A primeira metodologia é mais simples e requer menos recursos para sua execução. No entanto, apresenta a desvantagem de não permitir que a prevalência de SOB e de SBOR seja estabelecida na população da área, a menos que se possa garantir que as consultas de crianças com menos de três anos nos serviços de saúde selecionados representem uma amostra de toda essa população. O emprego dessa metodologia não permitirá identificar casos da doença que não sejam levados pelos pais aos serviços de saúde.

A realização de um estudo mediante visitas domiciliares, em compensação, permite estimar a prevalência, seja estudando todas as crianças nesse grupo etário, seja adotando uma técnica de amostragem. No entanto, segundo seja a incidência estimada da doença, poderá ser necessário realizar muitas visitas, o que representará um custo muito maior do que o custo relativo à primeira metodologia.

Para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada e do período de observação é necessário que se tenha uma idéia aproximada da prevalência do problema. As medidas para o cálculo do tamanho da população a ser estudada acham-se descritas na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Para os outros objetivos, será feito um exame dos registros de consulta ambulatorial e de hospitalização para determinar o número de crianças com menos de três anos que apresentavam sibilância e qual proporção estas representam sobre o total de crianças com menos de três anos atendidas.

Entrevista com os pais

Serão realizadas consultas com os pais de crianças com menos de três anos sobre:

- Se alguma vez a criança teve um episódio de sibilância (uma espécie de zumbido quando expira o ar dos pulmões, som de ronrom, de ronqueira, broncoespasmo, fadiga).
- No caso de ter tido, se ocorreu somente em um único episódio, ou se teve mais de um episódio de sibilância.
- Se alguma vez a criança esteve hospitalizada devido a uma doença respiratória obstrutiva.
- Em caso afirmativo, de que doença se tratou, se recorda o tipo de tratamento que lhe deram, especialmente, se lhe administraram oxigênio, ou se recebeu algum broncodilatador oral ou em nebulização, ou corticóide oral, por inalação ou injetável (nestes casos, sempre é conveniente incluir alguns nomes comerciais para que os pais possam identificar os medicamentos).

- Se alguma vez a criança recebeu um medicamento broncodilatador ou corticóide (vale o mesmo esclarecimento citado acima).
- Se está utilizando atualmente algum tipo de medicamento broncodilatador ou corticóide (com o mesmo esclarecimento).

O Anexo 41.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista que pode ser útil para orientar a formulação das perguntas pertinentes. Esse formulário pode ser utilizado em uma visita domiciliar, em uma entrevista em um lugar diferente do domicílio, em uma pesquisa telefônica, e também pode ser enviado ao domicílio por correio ou pelas crianças que frequentam escolas e creches.

Para a consolidação das informações, indica-se a utilização dos seguintes critérios:

- Criança sem SBO: quando não sofreu nenhum episódio de sibilância, nunca recebeu broncodilatadores nem corticóides em visita ambulatorial, nem esteve hospitalizada por problema respiratório que necessitasse de tratamento com oxigênio.
- Criança com SBO: quando teve um episódio de doença respiratória com sibilância, de gestão ambulatorial, ou necessitou hospitalização por uma doença respiratória para a qual lhe administraram broncodilatadores, corticóides e eventualmente oxigênio.
- Criança com SBOR: quando teve mais de um episódio de doença respiratória com sibilância, de gestão ambulatorial, ou necessitou de mais de uma hospitalização por uma doença respiratória para a qual lhe administraram broncodilatadores, corticóides e eventualmente oxigênio.

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo será possível fazer a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas. Se for preciso fazer o processamento manualmente, o Anexo 41.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações contidas nas Fichas de Entrevista, a partir do qual será possível calcular os indicadores do problema.

Exame de registros de serviços de saúde

Serão examinados os registros de consulta ambulatorial e de hospitalização de um conjunto de serviços de saúde que cubram uma população previamente determinada. As informações serão obtidas de:

- Registros diários de consulta ambulatorial que existam nos serviços de saúde, histórias clínicas ou fichas de consulta. Entre estes registros deveriam também ser incluídos aqueles correspondentes à emergência pediátrica, uma vez que muitas crianças com SOB e SBOR são levadas por seus pais para serem atendidas nestes serviços, em horários em que os consultórios não estão funcionando.
- Os registros de hospitalização existentes.

Para poder utilizar essas fontes de informação é preciso que elas apresentem as condições de registros adequados, incluindo os dados de diagnóstico e tratamento, tanto para as consultas ambulatoriais como hospitalares.

Considerar-se-á que uma criança tenha a SOB quando: 1. este diagnóstico foi anotado nos registros; 2. quando a anotação foi de *sibilância*, *broncoespasmo*, *bronquite espasmódica*, *bronquiolite*; 3 .quando se indicou um broncodilatador com ou sem corticóide como tratamento. As demais crianças atendidas, tanto em ambulatório quanto no hospital, serão consideradas como *outras causas de consulta ou hospitalização*.

O Anexo 41.C inclui um Quadro de Consolidação das Informações que serão obtidas a partir do exame dos registros nos serviços de saúde.

A partir das informações obtidas mediante as duas metodologias, serão calculados os indicadores relacionados com a prevalência de SOB na população e a proporção de SOB nas consultas e nas hospitalizações. A Tabela 41.1 apresenta uma lista de alguns indicadores que podem ser complementados com outros que forem considerados de interesse e importância, ou que surjam de outras variáveis que forem incorporadas ao estudo.

TABELA 41.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
POPULACIONAL		
Prevalência de crianças com menos de 3 anos que tiveram ou têm SOB	Número de crianças com menos de 3 anos que tiveram ou têm SOB	Número total de crianças com menos de 3 anos cujos responsáveis foram indagados sobre SOB
Prevalência de crianças com menos de 3 anos que tiveram ou têm SOBR	Número de crianças com menos de 3 anos que tiveram ou têm SOBR	Número total de crianças com menos de 3 anos cujos responsáveis foram indagados sobre SOBR
Prevalência de crianças com menos de 3 anos que foram tratadas com um broncodilatador em duas ou mais ocasiões	Número de crianças com menos de 3 anos que foram tratadas com um broncodilatador em duas ou mais ocasiões	Número de crianças com menos de 3 anos cujos responsáveis foram indagados sobre uso de broncodilatadores
Prevalência de crianças com menos de 3 anos que estiveram hospitalizadas pelo menos uma vez por SOB	Número de crianças com menos de 3 anos que estiveram hospitalizadas pelo menos uma vez por SOB	Número de crianças com menos de 3 anos cujos responsáveis foram indagados sobre hospitalização por SOB
SERVIÇOS DE SAÚDE		
Proporção de consultas de crianças com menos de 3 anos que foram classificadas como tendo a SOBR pelo pessoal de saúde	Número de crianças com menos de 3 anos que consultaram o serviço de saúde e foram classificadas como tendo a SOBR pelo pessoal de saúde	Número total de crianças com menos de 3 anos que consultaram o serviço de saúde
Proporção de crianças com menos de 3 anos que consultaram o serviço de saúde e que receberam um broncodilatador como tratamento	Número de crianças com menos de 3 anos que consultaram o serviço de saúde e que receberam um broncodilatador como tratamento	Número total de crianças com menos de 3 anos que consultaram o serviço de saúde
Proporção de hospitalizações por SOB de crianças com menos de 3 anos	Número de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas por SOB em um determinado período	Número total de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas nesse período (por qualquer causa)
Proporção de hospitalizações por SOBR de crianças com menos de 3 anos	Número de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas por SOBR em um determinado período	Número de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas por SOB em um determinado período
Proporção de hospitalizações de crianças com menos de 3 anos que receberam um broncodilatador como tratamento	Número de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas que receberam broncodilatador como tratamento em um determinado período	Número total de crianças com menos de 3 anos hospitalizadas nesse período (por qualquer causa)

ANEXO 41.A
FICHA DE ENTREVISTA COM OS PAIS DE CRIANÇAS
COM MENOS DE TRÊS ANOS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Nesta casa mora alguma criança com menos de 3 anos?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pergunte sobre antecedentes de Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB):			
Idade em anos e meses para cada criança	Criança 1: [____]	Criança 2: [____]	Criança 3: [____]
Alguma vez a criança teve sibilância (sibilos respiratórios)?	Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> > 1 vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> > 1 vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> > 1 vez <input type="checkbox"/>
Se teve mais de 1 episódio, desde quando tem episódios de sibilância? (em anos/ meses)			
Quantos episódios teve no último ano?			
A criança recebeu alguma vez broncodilatadores? (mencionar nomes comerciais destes medicamentos)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A criança recebeu alguma vez broncodilatadores associados com corticóides orais? (mencionar nomes comerciais destes medicamentos)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A criança esteve alguma vez hospitalizada por uma doença respiratória?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Recorda qual a causa?			
Teve sibilâncias durante essa doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe broncodilatadores durante a doença (via oral, por nebulização)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Administraram broncodilatadores durante a doença? (via oral, nebulizações)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe broncodilatadores e corticóides durante a doença (via nebulizações, oral ou injetáveis)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
Também lhe administraram oxigênio além dos broncodilatadores e corticóides durante a doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
Qual é o diagnóstico de seu filho? (registrar textualmente os termos citados pela mãe sobre o diagnóstico dado pelo médico)			
Recebe atualmente algum tratamento para sua doença respiratória?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Especificar:

Observações:

ANEXO 41.B
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS COM OS PAIS

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças que alguma vez tiveram sibilância (sibilos respiratórios)				
Crianças que tiveram sibilância mais de uma vez				
Crianças que têm sibilância há mais de um ano				
Crianças que têm sibilância desde antes de um ano de idade				
Crianças que tiveram mais de dois episódios de sibilância no último ano				
Crianças que alguma vez receberam broncodilatadores				
Crianças que alguma vez receberam broncodilatadores e corticóides				
Crianças que alguma vez estiveram hospitalizadas por uma doença respiratória				
Crianças que tiveram sibilância durante o episódio motivo da hospitalização				

Observações:

ANEXO 41.C
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES
DOS REGISTROS DE CONSULTA E HOSPITALIZAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO	TOTAL	< 1 ANO	1 ANO	2 ANOS
TOTAL				
Síndrome de Obstrução Bronquial				
Síndrome de Obstrução Bronquial Recidivante				
Bronquite Obstrutiva Recidivante (BOR)				
Sibilância				
Bronquite sibilante				
Bronquite espasmódica				
Espasmo bronquial				
Broncoespasmo				
Bronquiolite				
Asma				

Observações:

TRATAMENTO	TOTAL	< 1 ANO	1 ANO	2 ANOS
TOTAL				
Broncodilatadores (Ventolim, Berotec, Oxibrão, Clebumar, Teosona, Drilina, Nefobem, Sedacris...)				
Nebulizações com broncodilatadores (Ventolim, Asmatol, Berotec, Salbutol, Oxibrão, Clebumar...)				
Corticóides orais (Deltisona B, Celestone, Corteróide, Meticortem...)				
Corticóides injetáveis (Decadrão, Solucortril, Hidrocortisona...)				

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações das Entrevistas com os Pais:

Pode-se utilizar este formulário para consolidar as informações obtidas na entrevista com os pais de crianças com menos de três anos, caso se queira fazer uma consolidação manual dessas informações. Para completar o Quadro de Consolidação das Informações, proceder do seguinte modo:

1. Decidir se o processamento das informações será feito em conjunto ou se o estudo será realizado a partir de grupos particulares. Por exemplo, pode ser de interesse estudar diversos grupos de idade, por exemplo, crianças com menos de um ano, crianças de um a dois anos, e crianças de três anos. Algumas outras variáveis também podem ter sido incluídas na entrevista (renda mensal, número de pessoas por quarto, hábito de fumar dos pais, etc.) e, portanto, é possível que haja interesse em desdobrar o total de Fichas de Entrevista em função das variáveis.
2. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada grupo resultante da divisão do total de Fichas e colocar a identificação do grupo na parte superior do Quadro de Consolidação das Informações. Por exemplo, com menos de um ano, ou fumantes, etc. Deve-se especificar, com antecedência e com clareza, qual é a definição da variável. No caso da variável fumante, será necessário especificar o que se entende por fumante (se os dois pais fumam ou se só um deles fuma; se os pais fumam dentro do domicílio ou na presença da criança; número de cigarros que fumam; há quanto tempo fumam na presença da criança, etc.).
3. Pegar a primeira Ficha de Entrevista e definir em qual dos Quadros de Consolidação serão registradas as informações. As Fichas incluem informações para mais de uma criança, sendo possível que estas correspondam a diferentes agrupamentos. Por exemplo, se a decisão foi separar as Fichas por grupo etário é possível que duas crianças de uma mesma Ficha devam ser incluídas em Quadros de Consolidação diferentes.
4. Ler o primeiro aspecto do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta na Ficha de Entrevista. Colocar a resposta no Quadro de Consolidação das Informações que corresponda colocando uma marca (I) no quadrado da coluna **Total** e, a seguir, em um dos três quadrados que se seguem: **SIM**, se a resposta for afirmativa, **NÃO**, se a resposta for negativa, e **Sem Informação**, se não houver na Ficha informação sobre este aspecto, seja porque a pergunta não foi feita, seja porque a pessoa entrevistada não sabia a resposta ou não quis responder. As linhas do Quadro incluem diversas categorias que são aplicadas a todas as crianças estudadas. O denominador para cada linha é o quadrado **Total** dessa mesma linha. Portanto, todas as crianças devem ser registradas em um dos quadrados **SIM**, **NÃO** ou **Sem Informação** de todas as linhas.
5. Continuar com o aspecto da próxima linha e proceder do mesmo modo. Completar desta forma todos os aspectos incluídos no Quadro de Consolidação das Informações, incluindo aqueles que se tenha decidido acrescentar na Ficha de Entrevista.
6. Quando se tiver completado o registro de todas as entrevistas para cada um dos grupos em que se decidiu separar a população estudada, somar as marcas (I) em cada quadrado e verificar se a soma das categorias **SIM**, **NÃO** e **Sem Informação** de cada linha coincide com o Total.

7. Ao calcular as porcentagens de respostas afirmativas e negativas para cada aspecto, deve-se subtrair do **Total** correspondente a esse aspecto o número que aparece no quadrado **Sem informação**.

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação sobre consultas e hospitalizações

1. Pode-se utilizar este Quadro para consolidar as informações dos registros de atenção ambulatorial e hospitalização dos serviços nos quais a frequência de atenção de casos de SOB tenha sido estudada.
2. Completar, em primeiro lugar, na parte superior do Quadro de Consolidação das Informações, os dados referentes ao serviço de saúde e ao período do estudo. Especificar claramente se se trata de um serviço de atenção ambulatorial ou se de um hospital e, neste último caso, especificar de que serviço hospitalar se trata: pediatria, clínica médica, consultório externo, sala de emergências, etc.
3. A seguir, pegar o registro do serviço de saúde correspondente ao primeiro dia do período de estudo e começar a completar o Quadro.
4. Utilizar a segunda linha do Quadro (**Total**) para anotar o número de crianças, em cada grupo de idade incluído no Quadro, que consultaram o serviço.
5. Nas linhas sucessivas, anotar as crianças que foram atendidas nesse período e que foram classificadas pelo pessoal de saúde com algum dos diagnósticos especificados na primeira coluna. Colocar uma marca (|) nessa linha, no quadrado correspondente à coluna **Total** e também no quadrado correspondente à coluna do grupo etário da criança. Cada criança deve ser registrada somente uma vez, embora em seu registro ou história clínica apareçam várias das categorias diagnósticas da primeira coluna do Quadro. Nestes casos, deve-se escolher o diagnóstico principal que apareça no registro ou história clínica.
6. Para completar a parte do Quadro referente ao tratamento, proceder de forma análoga, selecionando as linhas correspondentes ao tratamento que o pessoal de saúde proporcionou à criança e colocando uma marca (|) primeiro, no quadrado correspondente à coluna **Total** e, a seguir, no quadrado que corresponda à coluna da idade da criança.
7. Proceder da mesma maneira com todos os casos e depois somar as marcas colocadas em cada quadrado e calcular os totais do mesmo modo como se procedeu para a consolidação das informações sobre diagnóstico.

PROTOCOLO 42

PREVALÊNCIA DE ASMA EM CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS

INTRODUÇÃO

Alguns dos episódios de IRA que se apresentam nos serviços de saúde em busca de atenção têm um componente obstrutivo da via respiratória. Na maioria dos casos, estes episódios não têm gravidade, mas podem necessitar de algum tipo de tratamento, por exemplo, podem precisar de um broncodilatador que melhore a entrada de ar e a sensação de bem-estar da criança. Às vezes, esses episódios são de origem infecciosa mas, outras vezes, estão associados a um processo inflamatório crônico da mucosa das vias respiratórias. Este processo inflamatório se produz a *posteriori*, ou seja, após a exposição a aeroalergênicos e a substâncias irritantes em pessoas geneticamente predispostas e frequentemente atópicas. Esta sintomatologia costuma piorar quando a criança é levada a fazer exercícios físicos ou é exposta a uma tensão excessiva. Nas crianças com menos de três anos, os episódios deste tipo são qualificados, em geral, como *síndrome de obstrução bronquial recidivante*, enquanto que nas crianças mais velhas, o aparecimento reiterado desses episódios e a objetivação de uma resposta broncodilatadora ante a administração de um beta2 agonista são a base para o diagnóstico de asma.

A frequência do aparecimento de casos de asma na população varia segundo o lugar, sendo numerosas as variáveis que podem estar determinando a distribuição da doença. Seja como for, a asma representa uma carga de atenção para os serviços de saúde, especialmente se forem levados em consideração os diferentes critérios de gestão dos quadros, diagnóstico da doença e uso de medicamentos. Por esta razão, o conhecimento da magnitude que as consultas por asma representam no total de consultas de crianças é de grande importância para a orientação dos esforços que visam melhorar a eficiência e a qualidade da atenção que se presta à população.

OBJETIVOS

- Conhecer a prevalência de asma entre as crianças de cinco a 14 anos na população.
- Conhecer a proporção de crianças de cinco a 14 anos que são classificadas como tendo asma entre as crianças deste grupo etário que consultam os serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para dar cumprimento ao primeiro objetivo, será realizada uma entrevista com os pais. Nesta entrevista os pais serão indagados sobre a existência de crianças de cinco a 14 anos com diagnóstico de asma. O estudo poderá ser feito com os pais que procuram um ou mais serviços de saúde da área de estudo ou mediante visitas domiciliares.

A primeira metodologia é mais simples e requer menos recursos para sua execução. No entanto, tem uma desvantagem: não permite estabelecer a prevalência de asma na população da área, a menos que se possa garantir que as consultas de crianças de cinco a 14 anos nos serviços de saúde selecionados representem uma amostra de toda esta população.

A realização de um estudo mediante visitas domiciliares permite, por outro lado, estimar a prevalência, seja estudando todas as crianças neste grupo etário, seja adotando uma técnica de amostragem. No entanto, qualquer que venha a ser a incidência estimada da doença, a realização de um grande número de visitas poderá tornar-se necessária, o que significa um custo maior do que o custo relativo à primeira metodologia.

Para o cálculo do tamanho da amostra da população a ser estudada e o período de observação é preciso que se tenha uma idéia aproximada da prevalência do problema. Os passos para o cálculo do tamanho da amostra acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Para o segundo objetivo, será realizado um exame dos registros de consulta ambulatorial e de hospitalização para determinar o número de crianças entre cinco e 14 anos que foram classificadas como tendo asma e que proporção representam sobre o total de crianças de cinco a 14 anos atendidas.

Entrevista com os pais

Os pais de crianças de 5 a 14 anos serão indagados a respeito de:

- Se na casa mora alguma criança dessa faixa etária que tenha asma, com base no diagnóstico realizado por um médico.
- Se alguma das crianças dessa faixa de idade teve alguma vez um episódio de sibilância (uma espécie de sibilo quando libera o ar de seus pulmões, sons de *ronrom*, *ronqueira*, broncoespasmo, fadiga, peito fechado...) ou tosse crônica que aumenta durante a noite ou depois de um exercício físico e, em caso afirmativo, quantas vezes teve cada um destes episódios no último ano.
- Se alguma das crianças dessa faixa etária esteve hospitalizada em alguma ocasião devido a uma doença respiratória.
- Em caso afirmativo, de que doença se tratou e se recorda o tipo de tratamento que lhe deram, especialmente, se lhe foi administrado oxigênio, ou se recebeu algum broncodilatador ou corticóide (nestes casos, sempre é conveniente incluir alguns nomes comerciais para que os pais possam identificar os medicamentos).
- Se a criança recebeu alguma vez um medicamento broncodilatador ou corticóide (recomenda-se fazer o mesmo esclarecimento dado acima).
- Se está utilizando atualmente algum tipo de medicamento broncodilatador ou corticóide (com a mesma aclaração).
- Se está sendo medicada atualmente com algum tipo de tratamento preventivo antiasmático permanente seja por via oral, por inalação ou com vacinas dessensibilizantes (orais ou injetáveis).

- Se tem nebulizador em casa e, em caso afirmativo, para que o utiliza e com que frequência o utiliza.

O Anexo 42.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista que pode orientar a formulação de perguntas pertinentes. Esse formulário pode ser utilizado em uma visita domiciliar, em uma entrevista em um lugar diferente do domicílio, em uma pesquisa telefônica, ou pode ser enviado ao domicílio por correio ou por intermédio das crianças que freqüentam escolas.

Para a consolidação das informações, sugere-se utilizar os seguintes critérios:

- Criança sem Asma: quando não teve nenhum episódio de sibilância, nunca recebeu broncodilatadores por nebulização ou por via oral em forma ambulatorial ou hospitalar, nem esteve hospitalizada por problema respiratório que necessitou de tratamento com oxigênio.
- Criança com Asma: quando teve quatro ou mais episódios de sibilâncias no ano, devido aos quais teve que ser medicada com broncodilatadores em nebulização, aerossol ou por via oral, com teofilinas ou corticóides, ou esteve hospitalizada e foi tratada com oxigênio, broncodilatadores ou corticóides.
- Criança provavelmente com Asma:
 1. Quando a criança teve menos de quatro episódios de sibilância devido aos quais teve que ser medicada com broncodilatadores (em nebulização, aerossol ou por via oral), com teofilinas ou corticóides orais, ou esteve hospitalizada e tratada com oxigênio, broncodilatadores ou corticóides.
 2. Criança com tosse crônica que piora de noite ou depois de um exercício físico ou quando ri.

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo, será possível fazer a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas.

Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 42.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações incluídas nas Fichas de Entrevista, a partir do qual os indicadores do problema poderão ser calculados.

Exame de registros dos serviços de saúde

A partir do exame de registros pode-se determinar que proporção a atenção de casos de asma representa dentro do total de consultas e, eventualmente, hospitalizações, de crianças de cinco a 14 anos.

As informações sobre casos de asma atendidos em serviços de saúde serão obtidas da seguinte maneira:

- Dos registros diários de consulta ambulatorial que existam nos serviços de saúde e das histórias clínicas ou fichas de consulta. Entre estes registros deveriam ser incluídos os

registros relativos à emergência pediátrica, uma vez que muitas crianças com asma são levadas por seus pais para serem atendidas nestes serviços, quando os consultórios estão fora de seu horário de funcionamento.

- Dos registros de hospitalização existentes.

Para que estas fontes de informação possam ser utilizadas é necessário que as anotações sejam adequadas, o que significa que elas devem incluir os dados sobre o diagnóstico e o tratamento, tanto para as consultas ambulatoriais como para as consultas hospitalares.

Para se considerar que a criança tem asma o diagnóstico de asma precisa estar anotado nos registros. Caso o diagnóstico não tenha sido feito, será preciso que existam informações suficientes para o diagnóstico de asma com base nos dados clínicos e outras informações adicionais do registro. As demais crianças atendidas, tanto ambulatorialmente como no hospital, serão consideradas como *outras causas de consulta ou hospitalização*.

O Anexo 42.C inclui um Quadro de Consolidação das Informações que será obtido a partir da revisão dos registros nos serviços de saúde.

A partir das informações obtidas pelas duas metodologias serão calculados os indicadores referentes à prevalência de asma na população e a proporção de asma na consulta e na hospitalização. A Tabela 42.1 apresenta uma lista de alguns indicadores que podem ser complementados com outros indicadores que forem considerados importantes ou interessantes, ou que surjam de outras variáveis que forem incorporadas ao estudo.

TABELA 42.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
POPULACIONAL		
Prevalência de crianças de 5 a 14 anos que tiveram ou têm asma	Número de crianças de 5 a 14 anos que tiveram ou têm asma	Número total de crianças de 5 a 14 anos sobre quem se indagou sobre asma
Prevalência de crianças de 5 a 14 anos que estão recebendo tratamento com broncodilatador	Número de crianças de 5 a 14 anos que estão recebendo tratamento com broncodilatador	Número total de crianças de 5 a 14 anos sobre quem se indagou sobre o uso de broncodilatadores
Prevalência de crianças de 5 a 14 anos que estão recebendo tratamento preventivo antiasmático	Número de crianças de 5 a 14 anos que estão recebendo tratamento preventivo antiasmático	Número total de crianças de 5 a 14 anos sobre quem se indagou sobre o uso de tratamento preventivo antiasmático
SERVICIOS DE SALUD		
Proporção de crianças de 5 a 14 anos que estiveram hospitalizadas por asma	Número de crianças de 5 a 14 anos que estiveram hospitalizadas por asma	Número total de crianças de 5 a 14 anos hospitalizadas por qualquer causa
Proporção de consultas de crianças de 5 a 14 anos que foram classificadas como tendo asma pelo pessoal de saúde	Número de consultas de crianças de 5 a 14 anos que foram classificadas como tendo asma pelo pessoal de saúde	Número total de crianças de 5 a 14 anos que consultaram o serviço de saúde
Proporção de crianças de 5 a 14 anos que consultaram o serviço de saúde e que receberam um broncodilatador como tratamento	Número de crianças de 5 a 14 anos que consultaram o serviço de saúde e que receberam um broncodilatador como tratamento	Número total de crianças de 5 a 14 anos que consultaram o serviço de saúde

ANEXO 42.A

FICHA DE ENTREVISTA COM OS PAIS DE CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Nessa casa mora alguma criança de 5 a 14 anos?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Pergunte se alguma das crianças tem asma e indague sobre episódios de sibilância, uso de broncodilatadores, corticóides e nebulização:		
Idade em anos de cada criança	Criança 1: [_____]	Criança 2: [_____]
A criança teve alguma doença respiratória que o médico tenha qualificado como asma?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alguma vez a criança recebeu broncodilatadores? (mencione nomes comerciais desses medicamentos)		
Alguma vez a criança recebeu broncodilatadores e corticóides?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alguma vez a criança teve sibilância (sibilos respiratórios)?	Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> > 1 vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> > 1 vez <input type="checkbox"/>
Quantos episódios teve no último ano?		
Nos últimos 12 meses com que frequência, em média, as crise de sibilância prejudicaram o sono da criança?	Nunca [] Menos de 1 vez por semana [] Uma ou mais noites por semana []	Nunca [] Menos de 1 vez por semana [] Uma ou mais noites por semana []
Nos últimos 12 meses alguma crise de sibilância foi tão forte que impedia criança de dizer mais de 2 palavras entre cada respiração?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nos últimos 12 meses a criança teve sibilos no peito depois de fazer exercícios físicos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Nos últimos 12 meses teve a criança tosse seca à noite sem ter gripe nem nenhuma outra doença respiratória?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se teve mais de 1 episódio de sibilância, desde quando tem esses episódios? (em anos/meses)		
Alguma vez a criança esteve hospitalizada por uma doença respiratória?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes?
Lembra-se qual foi a causa?		
Teve sibilâncias durante essa doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe broncodilatadores durante a doença? (via oral, por nebulização)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe broncodilatadores e corticóides durante a doença? (via oral, por nebulização ou injetáveis)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alguma vez recebeu oxigênio?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantas vezes?

Você tem nebulizador em casa?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Utiliza o nebulizador para alguma das crianças de 5 a 14 anos?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Para as crianças que usam o nebulizador, com que frequência o utiliza? (por semana, por mês, por ano)		
Para as crianças que usam o nebulizador, você usa só a solução fisiológica ou lhe adiciona algum remédio para nebulizar? (especificar)		
Observações:		

ANEXO 42.B

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS COM OS PAIS

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças que receberam o diagnóstico de asma dado por um médico devido a uma doença respiratória				
Crianças que alguma vez tiveram sibilância (sibilos respiratórios)				
Crianças que tiveram sibilância mais de uma vez				
Crianças que têm sibilância há mais de 1 ano				
Crianças que têm sibilância desde antes de um ano de idade				
Crianças que tiveram mais de 3 episódios de sibilância no último ano				
Crianças com tosse crónica que piora de noite ou junto com exercício ou riso				
Crianças que alguma vez receberam broncodilatadores				

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças que alguma vez receberam broncodilatadores e corticóides				
Crianças que estão recebendo broncodilatadores				
Crianças que alguma vez receberam ou estão recebendo tratamento preventivo antiasmático				
Crianças que tiveram sibilância durante o episódio motivo da hospitalização				
Crianças que utilizam o nebulizador pelo menos 1 vez por mês				
Crianças com asma que só recebem nebulizações com solução fisiológica				
Crianças com asma que necessitam internação e recebem tratamento preventivo antiasmático				

Observações:

ANEXO 42.C
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS REGISTROS DE
CONSULTA E HOSPITALIZAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO	TOTAL	5-9 ANOS	10 A 14 ANOS
TOTAL			
Asma			
Sibilância			
Bronquite sibilante			
Bronquite espasmódica			
Espasmo bronquial			
Broncoespasmo			
Bronquite asmatiforme			
Síndrome de obstrução bronquial			
TRATAMIENTO	TOTAL	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS
TOTAL			
Broncodilatadores			
Corticóides			
Nebulizações com broncodilatadores			

Observaciones:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações das Entrevistas com os Pais:

Pode-se utilizar este formulário para consolidar as informações obtidas na entrevista com os pais de crianças de 5 a 14 anos, caso se queira fazer uma consolidação manual dessas informações. Para completar o Quadro de Consolidação das Informações, proceder da seguinte maneira:

1. Decidir se o processamento das informações será feito em forma conjunta ou se será feito a partir do estudo de alguns grupos particulares. Por exemplo, pode ser que interesse estudar diversos grupos de idade tais como crianças de cinco a nove anos e crianças de 10 a 14 anos. Também é possível que algumas outras variáveis tenham sido incluídas na entrevista (renda mensal, número de pessoas por quarto, hábito de fumar dos pais, etc.) e, portanto, pode ser de interesse separar o total de Fichas de Entrevista em função destas variáveis.
2. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um dos grupos resultantes da divisão do total de Fichas, e colocar a identificação do grupo na parte superior do Quadro de Consolidação das Informações. Por exemplo, crianças de cinco a 14 anos, ou fumante, etc. É necessário especificar previamente e com clareza a definição da variável. No caso da variável *fumante*, será necessário especificar o que se entende por fumante (se os dois pais fumam ou só um deles fuma; se os pais fumam dentro de casa ou na presença da criança; número de cigarros que fumam; há quanto tempo fumam na presença da criança, etc.).
3. Pegar a primeira Ficha de Entrevista e definir em qual dos Quadros de Consolidação serão registradas as informações. As Fichas incluem informações para mais de uma criança, sendo possível que as mesmas façam parte de agrupamentos diferentes. Por exemplo, se a decisão foi de separar as Fichas por grupo de idade, é possível que duas crianças de uma mesma Ficha devam ser incluídas em Quadros de Consolidação diferentes.
4. Ler o primeiro aspecto do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta na Ficha de Entrevista. Colocar a resposta no Quadro de Consolidação das Informações correspondente, colocando uma marca (I) no quadrado da coluna **Total** e, a seguir, em um dos três quadrados que se seguem: **SIM**, se a resposta for afirmativa, **NÃO** se a resposta for negativa, e **Sem Informação**, se não se encontrar na Ficha informações sobre este aspecto, seja porque a pergunta não foi feita, seja porque a pessoa entrevistada não sabia a resposta ou não quis responder. As linhas do Quadro incluem categorias diferentes que são aplicadas a todas as crianças estudadas. O denominador para cada linha é o quadrado **Total** dessa mesma linha. Portanto, todas as crianças devem ser registradas em um dos quadrados **SIM**, **NÃO** ou **Sem Informação** de todas as linhas.
5. Continuar com o aspecto da próxima linha e proceder do mesmo modo. Completar desta forma todos os aspectos incluídos no Quadro de Consolidação das Informações, incluindo aqueles que foram acrescentados na Ficha de Entrevista.
6. Uma vez completado o registro de todas as entrevistas para cada um dos grupos em que a população estudada foi dividida, somar as marcas (I) em cada quadrado e certificar-se que a soma das categorias **SIM**, **NÃO** e **Sem Informação** de cada linha coincida com o **Total**.

7. Ao calcular as porcentagens de respostas afirmativas e negativas para cada aspecto, deve-se subtrair do **Total** correspondente a esse aspecto o número anotado no quadrado **Sem informação**.

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação sobre consultas e hospitalizações

1. Pode-se utilizar este Quadro para consolidar as informações dos registros de atenção ambulatorial e hospitalização dos serviços em que se tenha estudado a frequência de atenção de casos de SOB.
2. Em primeiro lugar, completar na parte superior do Quadro de Consolidação das Informações os dados relativos ao serviço de saúde e ao período do estudo. Especificar claramente se se trata de um serviço de atenção ambulatorial ou um hospital e, neste último caso, especificar de que serviço hospitalar se trata: pediatria, clínica médica, consultório externo, emergência pediátrica, etc.
3. A seguir, pegar o registro do serviço de saúde correspondente ao primeiro dia do período de estudo e começar a completar o Quadro.
4. Utilizar a segunda linha do Quadro (**Total**) para anotar o número de crianças em cada grupo de idade incluído no Quadro levadas ao serviço para consulta.
5. Nas linhas sucessivas, anotar as crianças que foram atendidas nesse período e que foram classificadas pelo pessoal de saúde com algum dos diagnósticos especificados na primeira coluna. Colocar uma marca (I) nesta linha no quadrado correspondente à coluna **Total** e também no quadrado correspondente à coluna do grupo etário da criança. Cada criança deve ser registrada somente uma vez, embora em seu registro ou história clínica apareçam várias das categorias diagnósticas na primeira coluna do Quadro. Nestes casos, deve-se escolher o diagnóstico principal anotado no registro ou história clínica.
6. Para completar a parte do Quadro referente ao tratamento, proceder de forma análoga, selecionando as linhas correspondentes ao tratamento proporcionado pelo pessoal de saúde à criança e colocando uma marca (I), primeiro no quadrado correspondente à coluna **Total** e, a seguir, no quadrado que corresponda à coluna da idade da criança.
7. Proceder da mesma forma com todos os casos e, depois, somar as marcas colocadas em cada quadrado e calcular os totais do mesmo modo que foi indicado para a consolidação das informações sobre diagnóstico.

PROTOCOLO 43

CRITÉRIOS UTILIZADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DE ASMA E DE SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL EM CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

Os problemas respiratórios na criança são uma causa frequente da procura dos serviços de saúde. Durante os primeiros anos de vida, as crianças são reiteradamente afetadas por doenças respiratórias. Algumas vezes, estas doenças respiratórias se manifestam com obstrução bronquial e sibilância. Na primeira infância, a maioria destes episódios é qualificada genericamente como Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) e, em caso de persistência e repetição destes episódios, à medida que a criança avança em idade, começa-se a definir a possibilidade do diagnóstico de asma.

O diagnóstico e o tratamento de ambos os problemas realizam-se, em geral, com base em critérios diferentes: aqueles que dependem da formação e experiência do pessoal e aqueles que dependem da capacidade do serviço de saúde. A análise dos critérios utilizados para o diagnóstico da Síndrome de Obstrução Bronquial permite identificar os aspectos positivos e os aspectos negativos dos elementos empregados para este fim.

Dado que em algumas regiões o número de consultas por sibilância e obstrução bronquial é muito grande, a atenção desses episódios ocupa uma grande parte do tempo do pessoal de saúde. O manejo dos casos também exige mais tempo que o habitual, uma vez que muitos dos procedimentos recomendados (nebulizações, aplicação de broncodilatadores de inalação e reavaliação) devem ser realizados no serviço de saúde. Existem ainda os episódios que poderiam ser tratados em casa, o que representaria uma economia de tempo e de dinheiro para a família que leva a criança a um serviço de saúde quando não há necessidade. Deste modo, a ocorrência reiterada desses episódios acaba afetando a dinâmica da família, posto que os responsáveis pela criança não são capazes de discernir entre um episódio que poderia ser tratado em casa e um episódio mais grave que exigiria o exame de um profissional de saúde.

Embora a contribuição desses problemas para a mortalidade de crianças seja baixa, a morbidade representa um sério desafio no que diz respeito à conquista da qualidade da atenção. A atenção de qualidade deve envolver um uso mais eficiente dos recursos disponíveis.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui critérios padronizados para sistematizar e racionalizar a avaliação, a classificação e o tratamento dos problemas que afetam com maior frequência a saúde das crianças. Esses critérios têm por base os sinais que estes problemas possam apresentar e que, em casa, possam servir para definir a necessidade de procurar a ajuda do pessoal de saúde para que se possa decidir pelo tratamento mais conveniente.

A estratégia AIDPI, em sua versão genérica, não inclui a gestão dos episódios de obstrução bronquial e sibilância em crianças com menos de cinco anos, posto que a estratégia AIDPI dá prioridade a outros problemas de saúde que com maior frequência podem ocasionar a morte da criança. No entanto, a estratégia deve ser adaptada conforme a realidade de cada região, razão

pela qual ela permite a inclusão de critérios de gestão clínica de outros problemas de saúde não incluídos na versão genérica, e os problemas de obstrução bronquial podem ser citados dentre os problemas de maior importância para a morbidade infantil.

A frequência com que estes episódios afetam a saúde das crianças, bem como a forma como estão sendo manejados nos serviços de saúde, são fatores de grande importância para fundamentar a necessidade de incorporação de elementos que possibilitem a padronização do diagnóstico e do tratamento desses casos.

OBJETIVO

Descrever os critérios de diagnóstico utilizados pelo pessoal dos serviços de saúde para a Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) em crianças com menos de dois anos e a asma em crianças de dois a 14 anos.

METODOLOGIA

Para o cumprimento do objetivo proposto serão realizadas as seguintes atividades:

- Um exame dos registros de atenção às crianças com menos de 15 anos levadas aos serviços de saúde para consulta devido a sibilância ou obstrução bronquial para avaliar os elementos que foram levados em consideração pelo pessoal de saúde para fazer o diagnóstico de SOB e de asma.
- A aplicação de um questionário para o pessoal de saúde com o fim de indagar sobre os critérios que estão sendo utilizados para a avaliação de crianças levadas à consulta devido a sibilância ou obstrução bronquial e para estabelecer o diagnóstico de SOB e de asma.

Os métodos para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Exame dos registros dos serviços de saúde

O objetivo do exame dos registros é conhecer os elementos que estão sendo considerados pelo pessoal de saúde para a avaliação e o diagnóstico das crianças levadas à consulta devido a sibilância ou obstrução bronquial. Os registros a serem examinados incluem todo e qualquer registro empregado nos serviços de saúde durante a consulta ou a hospitalização, incluindo o caderno ou o formulário de consulta ambulatorial, ficha ou história clínica ambulatorial e a história clínica de hospitalização. Deve-se realizar o exame para estabelecer os critérios adotados por diferentes trabalhadores de saúde, razão pela qual o exame deverá ser efetuado em mais de um serviço, ou nos registros de trabalhadores de saúde diferentes, quando estes trabalham em um mesmo serviço. Durante o exame, deve-se verificar:

- Em primeiro lugar, qual foi o diagnóstico dado pelo pessoal de saúde, para selecionar somente os registros em que conste SOB ou asma.
- Que sinais e sintomas o pessoal de saúde anotou a partir da avaliação dessas crianças.

É preciso ter presente que o estudo dos registros tem algumas limitações para o cumprimento de seu objetivo.

- Muitas vezes, os registros de consulta ambulatorial não contêm informações sobre os sinais e sintomas que a criança apresentava, mas somente sobre o diagnóstico ou a classificação dada pelo pessoal de saúde e, em alguns casos, sobre o tratamento.
- Quando se dispõe de registros de consulta ou hospitalização que contenham informações sobre sinais e sintomas, não se pode garantir que estes estejam completos, e que todos os sinais e sintomas utilizados pelo pessoal de saúde para chegar à classificação ou ao diagnóstico tenham sido mencionados. Na maioria dos casos, por exemplo, não se pode assegurar que alguns sinais e sintomas — necessários para o diagnóstico — não tenham sido avaliados pelo fato de não estarem anotados nos registros. Algumas vezes, o pessoal de saúde observa e avalia estes sinais e os sinais que utiliza para o diagnóstico, mas não os anota nos registros de consulta ambulatorial ou hospitalar.
- O exame dos registros de consulta ou hospitalização de um número elevado de trabalhadores de saúde pode ser difícil, pois exigiria a visita a uma grande quantidade de serviços que podem estar bem distantes uns dos outros. Deste modo, limitar-se-á o número de pessoal de saúde que será incluído no estudo, e isto afetará o cumprimento do objetivo, qual seja, descrever a diferença de critérios de avaliação e classificação ou de diagnóstico utilizados entre diversos trabalhadores de saúde. Mesmo quando se tome o pessoal de saúde de um hospital, deve-se ter em conta que, em geral, o pessoal que trabalha em uma mesma instituição tem maior coincidência de critérios, encontrando-se as maiores diferenças entre o pessoal que desempenha suas funções em serviços de saúde diferentes.
- Os critérios de avaliação e de classificação de cada trabalhador de saúde são registrados no estudo apenas uma vez, embora seja examinada uma grande quantidade de registros correspondentes a um mesmo diagnóstico realizado por esse pessoal. Deste modo, devido aos problemas mencionados nos pontos acima, um mesmo trabalhador de saúde pode ter critérios de avaliação e de classificação ou de diagnóstico de SOB e Asma diferentes, fundamentados na diferença entre as informações anotadas nos registros em circunstâncias distintas. Isto exigirá que a pessoa que examina os registros defina qual caso, dentre todos os casos examinados, será utilizado para estabelecer o critério deste pessoal, o que pode introduzir um erro.

Se este problema aparecer repetidamente, talvez convenha realizar um estudo complementar sobre a variabilidade nos critérios de avaliação e de classificação ou de diagnóstico de SOB e de asma por parte do pessoal de saúde.

Seja qual for a situação, deve-se agir com cautela durante a análise das informações dos registros, a fim de evitar conclusões falsas com base no uso de registros que não reflitam, em sua totalidade, os critérios imperantes na avaliação e no diagnóstico de SOB e de asma.

Para facilitar a sistematização das informações obtidas nos registros de atenção do pessoal de saúde, o Anexo 43.A inclui um modelo de Formulário que pode ser útil. Na primeira coluna está

incluída uma série de linhas que devem ser preenchidas com o nome de cada trabalhador de saúde que se incorpore no estudo. Nas colunas dois e três deve-se colocar, para cada um deles, os critérios de avaliação e de classificação ou de diagnóstico de SOB e de asma encontrados.

Questionário para o pessoal de saúde

O questionário para o pessoal de saúde é a metodologia mais adequada para a obtenção do objetivo do estudo, já que permite alcançar um grande número de trabalhadores de saúde, mesmo quando estes trabalhadores se encontram distantes da sede do estudo. Esta metodologia ainda apresenta outra vantagem: os questionários são preenchidos anonimamente. Garantindo o anonimato ao pessoal de saúde, haverá uma grande probabilidade de que as perguntas formuladas sejam repondidas com honestidade. Finalmente, como cada trabalhador só responde uma única vez e esta resposta é aceita como o critério desse trabalhador, não há a possibilidade de critérios diferentes para um mesmo diagnóstico.

Contudo, existem algumas desvantagens, uma vez que a realização da pesquisa exige que o conteúdo do formulário corresponda aos critérios que profissional de saúde realmente utiliza. Portanto, um exame adequado do conteúdo do formulário deve levar em conta que, em muitos casos, não é possível garantir que o trabalhador tenha revelado os critérios que realmente utiliza. Em vez de enumerar os critérios que realmente utiliza, o trabalhador de saúde pode preencher o questionário com os critérios que ele considera adequados com base em seus conhecimentos ou na consulta que faz aos colegas, ou ainda com base na consulta que ele realiza recorrendo aos materiais de referência. Em outras palavras, os critérios que ele descreve, talvez não sejam colocados em prática.

Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal ou por telefone é mais provável que as respostas obtidas reflitam o procedimento habitual do trabalhador de saúde, já que este não terá possibilidade de consultar (ou a consulta estará limitada aos materiais de que disponha no momento, caso a entrevista seja feita por telefone). Este procedimento, porém, não garante uma informação confidencial, e pode ser rejeitado pelo trabalhador que não quer se expor ao que supõe que poderá significar uma avaliação negativa de sua qualificação. Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal pode-se diminuir este risco. Para isto, o entrevistador precisa explicar e mostrar ao entrevistado que o formulário não tem nenhuma identificação especial, pedindo-lhe que coloque o questionário preenchido dentro de um envelope e que ele mesmo coloque o selo e envie o envelope pelo correio. O Anexo 43.B apresenta um modelo de Ficha de Questionário.

Processamento das informações

O processamento das informações, tanto quando se realiza a coleta de dados com base nos registros de atenção, como com base no questionário, requer a sistematização de algumas categorias de consolidação. O Anexo 43.C apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações.

Na primeira série de linhas desse Quadro, deve-se colocar as categorias que foram obtidas nos registros de saúde ou nas pesquisas referentes aos sinais, sintomas e outros elementos que o pessoal de saúde utiliza para definir que uma criança tem SOB ou asma. Essas informações

deverão ser obtidas das anotações feitas no Formulário do Anexo 43.A ou na Ficha de Questionário do Anexo 43.B.

Na segunda série de linhas são detalhadas as definições padrão de SOB e de asma cuja aplicação ou conhecimento se deseja avaliar.

Uma vez que a consolidação das informações tenha sido preenchida deve-se calcular os indicadores necessários para a descrição dos diferentes critérios existentes para a avaliação e classificação de SOB e de asma em crianças com menos de 15 anos, posto que a descrição destes critérios é o objetivo do presente estudo. A Tabela 43.1 inclui alguns indicadores que podem ser modificados e complementados de acordo com o caso.

TABELA 43.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Número de critérios encontrados para a classificação de uma criança como SOB	Nenhum	Nenhum
Proporção do pessoal de saúde cujo critério para o diagnóstico de asma coincide com o recomendado	Número de trabalhadores de saúde cujo critério de diagnóstico de asma coincide com o recomendado	Número total de trabalhadores de saúde incluídos no estudo para o qual se obteve informação sobre critérios de diagnóstico de asma
Proporção do pessoal de saúde que inclui _____ entre os elementos necessários para o diagnóstico de asma	Número de trabalhadores de saúde que inclui _____ entre os elementos necessários para o diagnóstico de asma	Número total de trabalhadores de saúde incluídos no estudo

ANEXO 43.B
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE
OBSTRUÇÃO BRONQUIAL E DE ASMA EM CRIANÇAS

MODELO DE FICHA DE QUESTIONÁRIO

1.	Algum dos pacientes a quem atendeu no último mês tem Síndrome de Obstrução Bronquial?
	Sim [___] Não [___]
2.	Que achados o motivaram a fazer este diagnóstico?
	2.1.
	2.2.
	2.3.
	2.4.
	2.5.
	2.6.
3.	Utilizou alguma forma de confirmação?
	Sim [___] Não [___]
4.	Qual?
	4.1.
	4.2.
	4.3.

4.4.
4.5.
4.6.
5. Algum dos pacientes a quem atendeu no último mês tem Asma?
Sim [___] Não [___]
6. Que achados o motivaram a fazer este diagnóstico?
6.1.
6.2.
6.3.
6.4.
6.5.
6.6.
7. Utilizou alguma forma de confirmação?
Sim [___] Não [___]
8. Qual?
8.1.
8.2.

8.3.
8.4.
8.5.
8.6.
9. Para dizer que um criança tem asma; quais são os achados mínimos que deve ter?
9.1.
9.2.
9.3.
9.4.
9.5.
9.6.

ANEXO 43.C
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE
OBSTRUÇÃO BRONQUIAL E DE ASMA EM CRIANÇAS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

PRIMEIRA PARTE				
DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO		NÚMERO DE PESSOAL DE SAÚDE QUE O APLICA		
SEGUNDA PARTE				
CRITÉRIO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
TOTAL				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Para completar a primeira parte do Quadro de Consolidação das Informações, deve-se proceder do seguinte modo:

- Transcrever, na primeira linha da primeira coluna, os sinais ou sintomas utilizados pelo primeiro trabalhador de saúde para classificar uma criança como tendo SOB. Esta informação será obtida no Formulário do Anexo 43.A ou na Ficha de Questionário do Anexo 43.B. A seguir, se colocará uma marca no quadrado da direita (segunda coluna) dessa linha.
- Repetir o procedimento para os sinais ou sintomas utilizados para classificar a asma.
- Ler os sinais ou sintomas utilizados pelo próximo trabalhador para classificar uma criança como tendo SOB. Se coincidirem com os sinais ou sintomas utilizados pelo primeiro trabalhador, deve-se colocar uma marca (|) no quadrado da direita. Se não coincidirem, deve-se transcrevê-los no próximo quadrado da primeira coluna.
- Proceder da mesma forma com respeito aos sinais ou sintomas para classificar a asma.
- Agir da mesma maneira em relação às informações de todos os trabalhadores de saúde que tenham sido incluídos no estudo.
- Nos quadrados em que se tenha colocado várias marcas, estas deverão ser somadas e o resultado anotado no mesmo quadrado.

Para completar a segunda parte do Quadro de Consolidação das Informações deve-se comparar, para cada trabalhador de saúde incluído no estudo, a definição padrão escolhida para classificar a SOB e a asma com aquela definição obtida, seja com o exame de registros, seja com a entrevista. Para isto, deve-se proceder do seguinte modo:

- Ler os sinais ou sintomas que foram utilizados por cada trabalhador de saúde e colocar uma marca (|) na coluna **SIM**, quando coincidirem com o que está anotado no quadrado correspondente à primeira coluna; colocar uma marca na coluna **NÃO**, se não coincidirem e; colocar uma marca na coluna **Sem Informação**, quando não se dispuser de informações a respeito dos sinais e sintomas utilizados para a classificação.
- Uma vez completada a consolidação das informações na segunda parte do Quadro de Consolidação das Informações, deve-se somar as marcas (|) colocadas em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado. Os quadrados de uma mesma linha deverão ser somados e o total desta operação anotado no quadrado da coluna **Total** do Quadro. Também deverão ser somados os quadrados de uma mesma coluna e seu resultado anotado na primeira linha da coluna **Total** da segunda parte do Quadro.

PROTOCOLO 44

CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO AMBULATORIAL DA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL EM CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

Os problemas respiratórios da criança representam uma causa frequente de procura dos serviços de saúde. Durante os primeiros anos de vida, as crianças são reiteradamente afetadas por doenças respiratórias. Algumas vezes, estas doenças se manifestam com obstrução bronquial e sibilância. Na primeira infância, a maioria desses episódios é qualificada genericamente como Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) e, em caso de persistência e repetição desses episódios, à medida que a idade da criança avança, começa-se a definir a possibilidade do diagnóstico de asma.

O diagnóstico e o tratamento de ambos os problemas ocorrem, em geral, com base em critérios diferentes: aqueles que dependem da formação e experiência do pessoal e aqueles que dependem da capacidade do serviço de saúde. A análise dos critérios permite identificar aspectos positivos e negativos nos elementos utilizados para definir os diagnósticos.

Dado que, em algumas regiões, o número de consultas por sibilância e obstrução bronquial é muito alto, a atenção desses episódios ocupa uma grande parte do tempo do pessoal de saúde. O manejo dos casos também exige mais tempo do que o tempo normal de atendimento, uma vez que muitos dos procedimentos recomendados (nebulizações, aplicação de broncodilatadores por inalação e reavaliação) têm de ser feitos no serviço de saúde. Finalmente, a gestão dos episódios que não precisam ser examinados no serviço de saúde, exige mais tempo e mais recursos por parte da família. A ocorrência repetida desses episódios afeta a dinâmica da família.

Embora a contribuição destes problemas para mortalidade de crianças seja baixa, a morbidade representa um importante desafio no que diz respeito à conquista de uma atenção adequada. Uma atenção de qualidade deve envolver o uso racional e mais eficiente dos recursos disponíveis.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui critérios padronizados para sistematizar e racionalizar a avaliação, a classificação e o tratamento dos problemas que afetam a saúde da criança com maior frequência. Estes critérios têm por base os sinais que estes problemas respiratórios possam apresentar e que possam servir, em casa, para definir a necessidade de procurar ajuda junto ao pessoal de saúde, e no serviço de saúde, para determinar o tratamento mais apropriado.

A estratégia AIDPI, em sua versão genérica, não inclui a gestão dos episódios de obstrução bronquial e sibilância em crianças com menos de cinco anos, posto que a estratégia dá prioridade a outros problemas de saúde que, com maior frequência, podem ocasionar a morte da criança. No entanto, a estratégia deve ser adaptada de acordo com a realidade de cada região, razão pela qual ela permite a inclusão dos critérios de gestão clínica de outros problemas de saúde não incluídos na versão genérica. Portanto, a inclusão da gestão clínica dos problemas de obstrução

bronquial na versão genérica da estratégia AIDPI depende da importância que estes problemas representem para a morbidade infantil em determinadas regiões.

A frequência com que estes episódios afetam a saúde das crianças e a forma como estão sendo manejados nos serviços de saúde são fatores de grande importância para fundamentar a necessidade da incorporação de elementos que possibilitem a padronização do diagnóstico e do tratamento destes casos.

OBJETIVOS

Descrever os critérios adotados pelo pessoal dos serviços de saúde para o tratamento ambulatorial da Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) em crianças de dois a quatro anos.

O tratamento ambulatorial inclui as crianças com síndrome de obstrução bronquial que permanecem no hospital durante várias horas enquanto se observa a resposta à medicação. Este protocolo permite a realização de modificações que possibilitam o estudo do tratamento de crianças internadas no hospital por síndrome de obstrução bronquial.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto serão realizadas as seguintes atividades:

- Uma revisão dos registros de atenção às crianças de dois a quatro anos levadas aos serviços de saúde para consulta e que foram classificadas como tendo SOB, a fim de identificar qual foi o tratamento indicado pelo pessoal de saúde.
- Um questionário apresentado aos trabalhadores de saúde para indagar sobre os critérios que estão utilizando para o tratamento da SOB em crianças de dois a quatro anos.

Os métodos para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Exame dos registros

Pode-se realizar o exame dos registros juntamente com aquele que se descreveu no Protocolo 43 para obter informações sobre os critérios adotados pelo pessoal de saúde para o diagnóstico da SOB e da asma. Sua finalidade é conhecer os diferentes tipos de tratamento ambulatorial que o pessoal de saúde utiliza e recomenda para a SOB em crianças de dois a quatro anos.

Os registros que serão revisados incluem todos aqueles utilizados nos serviços de saúde durante a consulta, incluindo caderneta ou formulário de consulta ambulatorial e ficha ou história clínica ambulatorial. O exame deverá ser feito para estabelecer quais são os critérios de tratamento adotados por trabalhadores de saúde diferentes, razão pela qual deverá ser efetuado em mais de um serviço, ou nos registros de pessoal de saúde diferente quando estes trabalhem em um mesmo serviço.

Na revisão, deve-se verificar:

- Primeiro, qual foi o diagnóstico que o pessoal de saúde anotou, a fim de só selecionar os registros em que conste SOB.
- O grupo etário diagnosticado, uma vez que só se deverão selecionar crianças de dois a quatro anos.
- O tratamento indicado pelo pessoal de saúde, de acordo com o que foi registrado.

Deve-se ter em conta que, tal como descrito no Protocolo 43, o estudo dos registros tem algumas limitações para o cumprimento do objetivo do estudo:

- Muitas vezes, os registros de consulta ambulatorial não contêm informações sobre o tratamento.
- Mesmo quando existem registros de consulta contendo informações sobre o tratamento não se pode garantir que estejam completos e que todas as indicações de tratamento tenham sido anotadas. Em alguns casos, por exemplo, as medidas sintomáticas ou o tratamento de manutenção não se encontram anotados, mesmo quando o pessoal de saúde os tenha indicado. Além disso, em muitos poucos casos se encontrarão registradas as recomendações educativas que o pessoal tenha dado aos pais a respeito do cuidado da criança no lar. Em geral, o pessoal de saúde só anota nos registros os tratamentos que envolvam o uso de algum medicamento.
- O exame dos registros de consulta de um número elevado de trabalhadores de saúde pode ser prejudicado, já que isto exigiria a visita de um número muito grande de serviços distantes entre si. Deste modo, o número adequado de trabalhadores de saúde para o estudo não seria alcançado, o que afetaria o cumprimento do objetivo, qual seja, estabelecer a diferença dos critérios de tratamento entre o pessoal de saúde. Mesmo quando se estuda o pessoal de consultório externo de um hospital, deve-se levar em consideração que o pessoal que trabalha em uma mesma instituição tem, em geral, maior coincidência de critérios, enquanto as maiores diferenças são encontradas entre o pessoal que desempenha suas funções em serviços de saúde diferentes.
- Os critérios de tratamento de cada trabalhador de saúde só serão registrados no estudo uma vez, embora se estude um grande número de registros correspondentes ao tratamento indicado para um mesmo diagnóstico. Deste modo, pelos problemas mencionados nos pontos acima, um mesmo trabalhador de saúde pode ter diferentes critérios de tratamento para a SOB, em função das diferenças nas informações anotadas nos registros em diversas circunstâncias. Isto exigirá que a pessoa que estude os registros defina, dentre todos os casos examinados, qual o que será utilizado para estabelecer o critério adotado por este trabalhador, o que pode introduzir um erro.

Se este problema aparecer repetidamente, talvez seja conveniente realizar um estudo complementar relacionado com a variabilidade nos critérios de tratamento da SOB por parte do pessoal de saúde.

Seja qual for a situação, deve-se agir com cautela durante a análise das informações dos registros, a fim de evitar as conclusões falsas devido ao emprego de registros que não reflitam inteiramente os critérios imperantes no tratamento da SOB.

Para facilitar a sistematização das informações que serão obtidas nos registros de atenção do pessoal de saúde, o Anexo 44.A inclui um modelo de Formulário que pode ser de utilidade. Na primeira coluna se inclui uma série de linhas para serem preenchidas com o nome de cada trabalhador de saúde que tenha sido incorporado no estudo. Na segunda coluna, deve-se colocar, para cada um deles, o tratamento indicado para as crianças com diagnóstico de SOB.

Questionário para o pessoal de saúde

O questionário elaborado para o pessoal de saúde é a metodologia mais adequada para atingir o objetivo do estudo, já que permite alcançar um grande número de trabalhadores de saúde, mesmo quando estes estejam distantes da sede do estudo. Além disto, este questionário oferece outra vantagem, qual seja, o anonimato do entrevistado. Garantindo o anonimato do entrevistado é mais provável que ele responda livremente às perguntas formuladas. Finalmente, pelo fato de que cada trabalhador responde uma única vez, e pelo fato de que a sua resposta seja aceita como critério adotado por esse trabalhador, não há possibilidade de haver critérios de tratamento diferentes para um mesmo diagnóstico.

No entanto, existe um problema que deve ser destacado, já que o exame do conteúdo do questionário supõe que os critérios enumerados pelo trabalhador de saúde sejam realmente utilizados por ele. Porém, em muitos casos, não é possível garantir que o entrevistado revele os critérios que utiliza para o tratamento da SOB. Em vez de revelar os critérios que ele realmente utiliza, o trabalhador de saúde pode enumerar aqueles critérios que ele considera adequados com base em seus conhecimentos ou com base na consulta que faz aos colegas ou mesmo com base na consulta dos materiais de referência. Em outras palavras, ao preencher o questionário, o trabalhador de saúde pode enumerar os critérios que considera como ideais, embora ele não os utilize.

Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal ou por telefone é mais provável que se possa obter respostas que reflitam os critérios habituais de tratamento da SOB, já que o entrevistado não terá a possibilidade de consultar nenhuma das fontes acima citadas (ou então a consulta estará restringida aos materiais de que disponha no momento, caso a entrevista seja feita por telefone). Este procedimento, porém, não garante o anonimato da informação, e pode ser rejeitado pelo pessoal que não quer se expor ao que supõe que possa significar uma avaliação negativa de sua qualificação profissional. Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal pode-se diminuir este risco. Basta que o pesquisador explique ao entrevistado que o formulário não tem nenhuma identificação especial, e peça que ele coloque o questionário preenchido em um envelope, sele o envelope, e o envie por correio. O Anexo 44.B apresenta um modelo de Ficha de Questionário.

Processamento das Informações

O processamento das informações, tanto se a coleta de dados for realizada em função dos registros de atenção, como com base na entrevista, exigirá a sistematização de algumas

categorias de consolidação. O Anexo 44.C apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações.

Na primeira série de linhas do Quadro de Consolidação das Informações deve-se colocar os critérios de tratamento que foram identificados nos registros de saúde ou nas entrevistas. Estas informações deverão ser obtidas nas anotações feitas no Formulário do Anexo 44.A ou na Ficha de Questionário do Anexo 44.B.

Na segunda série de linhas devem ser colocadas, com todos os pormenores, as recomendações de tratamento padrão para a SOB em crianças de dois a quatro anos cuja aplicação ou conhecimento se deseja avaliar.

Uma vez concluída a consolidação das informações deve-se calcular os indicadores necessários para descrever os diversos critérios existentes para o tratamento da SOB em crianças de dois a quatro anos, posto que o objetivo do presente estudo é a descrição dos diversos critérios. A Tabela 44.1 inclui alguns indicadores que podem ser modificados e complementados em conformidade com os interesses do estudo.

TABELA 44.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Número de medicamentos diferentes utilizados pelo pessoal de saúde para o tratamento ambulatorial da SOB em crianças	Nenhum (o número será dado depois de contar o número de medicamentos diferentes encontrados)	Nenhum
Proporção do pessoal de saúde cujo critério de tratamento ambulatorial da SOB coincide com o recomendado	Número de pessoal de saúde cujo critério de tratamento ambulatorial da SOB coincide com o recomendado	Número total de pessoal de saúde incluído no estudo para o qual se obteve informações sobre critérios de tratamento da SOB
Proporção do pessoal de saúde que inclui _____ no tratamento ambulatorial da SOB	Número de pessoal de saúde que inclui _____ no tratamento ambulatorial da SOB	Número total de pessoal de saúde incluído no estudo

ANEXO 44.B
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO AMBULATORIAL DA
SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL EM
CRIANÇAS DE DOIS A QUATRO ANOS
MODELO DE FICHA DE QUESTIONÁRIO

1. Algum dos pacientes que atendeu no último mês apresentou Síndrome de Obstrução Bronquial de gestão ambulatorial, ou seja, que não se enquadrava em critérios de hospitalização? Sim [____] Não [____]
2. Que recomendações de tratamento lhe deu?
2.1.
2.2.
2.3.
2.4.
2.5.
3. Utilizou algum medicamento? Sim [____] Não [____]
4. Qual?
4.1.
4.2.
4.3.
4.4.
4.5.
4.6.

ANEXO 44.C
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO
AMBULATORIAL DA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL EM CRIANÇAS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

PRIMEIRA PARTE				
DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO		NÚMERO DE PESSOAL DE SAÚDE QUE O APLICA		
SEGUNDA PARTE				
CRITÉRIO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
TOTAL				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Para completar a primeira parte do Quadro de Consolidação das Informações, deve-se proceder do seguinte modo:

- Transcrever na primeira linha da primeira coluna, o tratamento da SOB utilizado pelo primeiro profissional de saúde que se incluiu no estudo. Esta informação se obterá do Formulário do Anexo 44.A ou da Ficha de Questionário do Anexo 44.B. A seguir, se colocará uma marca no quadrado da direita (segunda coluna) dessa linha.
- Ler o tratamento para SOB recomendado ou utilizado pelo segundo profissional de saúde que se incluiu no estudo. Se coincidir com o do primeiro profissional, deve-se colocar uma marca (I) no quadrado da direita. Se não coincidir, o mesmo deverá ser transcrito no próximo quadrado da primeira coluna.
- Proceder do mesmo modo em relação a cada um dos profissionais de saúde que tenha sido incluído no estudo.
- Nos quadrados em que foram colocadas várias marcas, estas deverão ser somadas e o resultado anotado no mesmo quadrado.

Para completar a segunda parte do Quadro de Consolidação das Informações deve-se comparar, para cada trabalhador de saúde incluído no estudo, o tratamento padrão escolhido para a SOB, com aquele tratamento que se obteve, seja no exame dos registros ou na entrevista. Para isto, deve-se proceder do seguinte modo:

- Ler o tratamento para a SOB utilizado por cada trabalhador de saúde incluído no estudo e colocar uma marca (I) na coluna **SIM**, quando coincidirem com o anotado no quadrado correspondente à primeira coluna, na coluna **NÃO**, se não coincidirem, e na coluna **Sem Informação**, quando não se disponha de informação sobre o tratamento da SOB para um trabalhador de saúde.
- Uma vez concluída a consolidação das informações na segunda parte do Quadro de Consolidação das Informações, deve-se somar as marcas (I) colocadas em cada quadrado e anotar o número resultante no mesmo quadrado. Os quadrados de uma mesma linha deverão ser somados e o total desta operação deverá ser anotado no quadrado da coluna **Total** do Quadro. Os quadrados de uma mesma coluna também deverão ser somados e o resultado anotado na primeira linha da coluna **Total** da segunda parte do Quadro.

PROTOCOLO 45

CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DA ASMA EM CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS

INTRODUÇÃO

Os problemas respiratórios da criança são uma causa freqüente da procura dos serviços de saúde. Durante os primeiros anos de vida as crianças são afetadas reiteradamente por doenças respiratórias. Algumas vezes, estas doenças respiratórias se manifestam com obstrução bronquial e sibilância. Na primeira infância, a maioria desses episódios é qualificada, genericamente, como Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) e, em caso de persistência e reiteração destes episódios, à medida que a idade da criança avança, a possibilidade do diagnóstico de asma começa a se definir.

O diagnóstico e o tratamento de ambos os problemas são geralmente realizados em função de critérios diferentes: aqueles que dependem da formação e experiência do pessoal e aqueles que dependem da capacidade do serviço de saúde. A análise dos critérios permite identificar aspectos positivos e negativos dos elementos que são utilizados para definir os diagnósticos.

Dado que em algumas regiões as consultas por sibilância e obstrução bronquial são muito numerosas, a atenção desses episódios ocupa uma grande parte do tempo do pessoal de saúde. O manejo dos casos também requer mais tempo que o tempo normal de atendimento, uma vez que muitos dos procedimentos recomendados (nebulizações, aplicação de broncodilatadores por inalação e reavaliação) devem ser realizados no serviço de saúde. No entanto, uma grande parte dos casos poderia ser tratada em casa, o que significaria economia de tempo e de dinheiro para a família. A falta de discernimento da família em relação à gravidade dos episódios, além de sobrecarregar os serviços de saúde com casos que poderiam ser tratados em casa afeta a dinâmica familiar, já que as despesas com o transporte e as horas gastas para ir e voltar do atendimento significam um transtorno em sua rotina.

Embora esses problemas respiratórios contribuam muito pouco para a mortalidade infantil, a morbidade representa um importante desafio, qual seja, alcançar uma atenção adequada. Uma atenção de qualidade deve envolver o uso racional e mais eficiente dos recursos disponíveis.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui critérios padronizados para sistematizar e racionalizar a avaliação, a classificação e o tratamento dos problemas que com mais freqüência afetam a saúde das crianças. Os critérios padronizados são estabelecidos com base nos sinais que os problemas respiratórios apresentam. O que se espera é que esses sinais possam ser reconhecidos pela família da criança, ou seja, que a família da criança seja capaz de discernir se criança precisa ser levada a um serviço de saúde ou se pode ser tratada em casa.

A estratégia AIDPI, em sua versão genérica, não inclui a gestão dos episódios de obstrução e sibilância em crianças com menos de cinco anos, posto que dá prioridade a outros problemas de saúde que com maior freqüência possam ocasionar a morte da criança. No entanto, uma das vantagens desta estratégia é a sua abertura, o que significa que ela pode ser adaptada à

singularidade de cada região. Por esta razão a estratégia AIDPI permite a inclusão de critérios de gestão clínica de problemas de saúde que não estão incluídos em sua versão genérica. Como os problemas respiratórios estão entre os problemas de maior importância em relação à morbidade infantil, a estratégia AIDPI permite a incorporação de critérios de gestão clínica destes problemas.

A frequência com que esse tipo de episódio afeta a saúde das crianças e a forma como vem sendo manejado nos serviços de saúde são fatores de suma importância para fundamentar a necessidade da incorporação de elementos para padronização do diagnóstico e do tratamento desses casos.

OBJETIVOS

- Descrever os critérios utilizados pelo pessoal dos serviços de saúde para o tratamento da crise asmática em crianças de cinco a 14 anos.
- Descrever os critérios utilizados pelo pessoal dos serviços de saúde para o tratamento preventivo da asma em crianças de cinco a 14 anos.

METODOLOGIA

A população a ser estudada é constituída pelo pessoal que atende crianças com asma nos serviços de saúde selecionados para o estudo.

Para dar cumprimento aos objetivos propostos realizar-se-ão as seguintes atividades:

- Um estudo dos registros de atenção às crianças de cinco a 14 anos levadas aos serviços de saúde e que foram classificadas como tendo asma, a fim de identificar o tratamento indicado pelo pessoal de saúde.
- Uma entrevista com o trabalho de saúde para indagar sobre os critérios que está utilizando para o tratamento da asma em crianças de cinco a 14 anos.

Os métodos a serem empregados para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Exame dos registros dos serviços de saúde

A análise dos registros pode ser simultânea à análise descrita no Protocolo 43, qual seja, a análise para obter informações sobre os critérios adotados pelo pessoal de saúde para o diagnóstico da SOB e da asma. Sua finalidade é conhecer os diferentes tipos de tratamento que o pessoal de saúde está utilizando e recomendando para o tratamento da asma em crianças de cinco a 14 anos.

Os registros a serem revisados incluem todos aqueles que são utilizados nos serviços de saúde durante a consulta ou a hospitalização, tais como caderneta ou formulário de consulta ambulatorial, ficha ou história clínica ambulatorial e os antecedentes clínicos de hospitalização. Deve-se realizar o exame para estabelecer os diferentes critérios de tratamento do pessoal de saúde, razão pela qual ele deve ser realizado em mais de um serviço, ou nos registros de diferentes trabalhadores de saúde quando estes trabalhem em um mesmo serviço.

Na análise, deve-se verificar:

- Em primeiro lugar, qual foi o diagnóstico assentado pelo pessoal de saúde, a fim de somente selecionar os registros em que conste asma.
- O grupo etário em que se realizou o diagnóstico, uma vez que só deverão ser selecionadas crianças de cinco a 14 anos.
- O tratamento indicado pelo pessoal de saúde, segundo o que tenha sido anotado.

Deve-se ter em mente que, tal como se descreveu no Protocolo 43, o exame dos registros tem algumas limitações para o cumprimento do objetivo do estudo:

- Primeiro porque, muitas vezes, os registros de consulta ambulatorial não contêm informações sobre o tratamento.
- Quando se dispõe de registros de consulta ou de hospitalização que contêm informações sobre o tratamento não se pode assegurar que estes estejam completos e que todas as indicações de tratamento tenham sido assentadas. Em alguns casos, por exemplo, as medidas sintomáticas ou o tratamento de manutenção não estão anotados, mesmo quando o pessoal de saúde os tenha indicado. Além disso, em muitos poucos casos, as recomendações educacionais proporcionadas aos pais a respeito do cuidado da criança no lar estão registradas. Em geral, o pessoal de saúde só anota nos registros aqueles tratamentos que envolvam o uso de algum medicamento.
- O exame de registros de consulta ou de hospitalização de um grande número de trabalhadores de saúde pode ser difícil, pois isso exigiria a visita de um grande número de serviços que se encontram distantes entre si. Deste modo, o número de trabalhadores de saúde incluídos no estudo pode ser insuficiente, o que afetaria o cumprimento do objetivo, qual seja, descrever a diferença de critérios de tratamento entre os diversos trabalhadores de saúde. Mesmo quando se consegue alcançar um número alto de trabalhadores de saúde em um mesmo hospital, deve-se ter em conta que o pessoal que trabalha em uma mesma instituição tem, em geral, maior coincidência de critérios, enquanto as maiores diferenças são encontradas entre o pessoal que desempenha suas atividades em serviços de saúde diferentes.
- Os critérios de tratamento empregados por cada trabalhador de saúde só serão registrados no estudo uma vez, embora se examine um grande número de registros correspondentes ao tratamento indicado para um mesmo diagnóstico. Deste modo, devido aos problemas acima mencionados, um mesmo trabalhador de saúde pode ter critérios de tratamento de asma diferentes, dependendo das diferentes informações que registrou em circunstâncias diversas. Isto exigirá que a pessoa que examina os registros defina qual, dentre todos os casos estudados, será utilizado para estabelecer o critério deste trabalhador, o que pode ocasionar um erro.

Caso esse problema ocorra repetidamente, talvez convenha realizar um estudo complementar relacionado com a variabilidade nos critérios de tratamento de Asma adotados pelo pessoal de saúde.

Seja qual for a situação deve-se agir com cautela durante a análise das informações dos registros, de modo que se possa evitar conclusões falsas com base no uso de registros que não reflitam inteiramente os critérios imperantes no tratamento da asma.

Para facilitar a sistematização das informações que forem obtidas nos registros de atenção do pessoal de saúde pode-se utilizar o Anexo 45.A, que inclui dois modelos de Formulário que podem ser úteis. Na primeira coluna inclui-se uma série de linhas para serem preenchidas com o nome de cada trabalhador de saúde que seja incorporado no estudo. Na segunda coluna, deve-se colocar, para cada um deles, em um formulário, o tratamento indicado para as crianças com crise asmática e, no outro formulário, o tratamento preventivo de asma. Para isto, indica-se o seguinte procedimento:

- Examinar os registros de atenção do primeiro pessoal de saúde que forem incluídos no estudo até encontrar o primeiro diagnóstico de crise asmática (ou de caso de tratamento preventivo de asma).
- Verificar se a idade do paciente diagnosticado com crise asmática (caso de tratamento preventivo de asma) se encontra dentro do grupo etário do estudo (cinco a 14 anos).
- Ler o tratamento que o pessoal de saúde registrou e anotá-lo.
- Assinalar no Formulário correspondente se o caso é de crise asmática ou de tratamento preventivo de asma.
- Continuar estudando os registros desse pessoal de saúde até encontrar mais casos no grupo de idade do estudo. Em cada caso, observar se o tratamento é o mesmo ou se é diferente. Se for o mesmo, confirmar o tratamento anotado em primeiro lugar e passar a outro trabalhador de saúde. Se não coincidir, deve-se definir qual é o tratamento comum (aquele que o pessoal de saúde receitou com maior frequência) e assentá-lo no Formulário correspondente.
- Repetir o procedimento anterior para o próximo trabalhador de saúde e assim sucessivamente para todo o pessoal de saúde que tenha sido incluído no estudo.

Questionário para o pessoal de saúde

O questionário para o pessoal de saúde é a metodologia mais adequada para atingir o objetivo do estudo, já que permite alcançar um grande número de trabalhadores de saúde, mesmo quando estes se encontrem distantes da sede do estudo. Além disto, o questionário garante o anonimato, o que favorece respostas verdadeiras às perguntas que forem formuladas. Finalmente, dado que cada trabalhador só responde uma única vez e esta resposta é aceita como o critério adotado por esse trabalhador, não há a possibilidade de critérios de tratamento diferentes para um mesmo diagnóstico.

Ao mesmo tempo, se o pessoal de saúde utiliza tipos de tratamento diferente, segundo as variações da doença (associadas aos sinais ou à gravidade dos mesmos), deve-se esclarecer a situação, evitando que a pessoa responsável pela coleta das informações faça sua própria interpretação.

Existem, contudo, algumas desvantagens que devem ser destacadas, já que a realização do questionário exigirá uma análise adequada do conteúdo do formulário e, em muitos casos, não é possível garantir que o pessoal expresse os critérios que utiliza para o tratamento da asma. Em vez de revelar os critérios que realmente utiliza, o trabalhador de saúde pode enumerar os critérios que ele considera adequados, com base em seus conhecimentos, na consulta a outros colegas ou a materiais de referência.

Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal ou por telefone é mais provável que se possa obter respostas que reflitam os critérios habituais de tratamento da Asma que o pessoal de saúde utiliza, uma vez que este não terá a possibilidade de fazer consultas (ou então a consulta ficará restrita aos materiais de que disponha no momento, caso a entrevista seja feita por telefone). Entretanto, este procedimento não garante uma informação confidencial, e pode ser rejeitado pelo trabalhador que evita se expor ao que supõe que signifique uma avaliação negativa de sua qualificação. Se a pesquisa for realizada mediante uma entrevista pessoal pode-se diminuir este risco. Basta mostrar ao trabalhador que o formulário não tem nenhuma identificação especial e pedir a ele que cole, sele e envie por correio, o envelope no qual seu questionário será colocado. O Anexo 45.B apresenta dois modelos de Ficha de Questionário, uma sobre o tratamento da crise asmática, e a outra sobre o tratamento preventivo da asma.

Processamento das informações

O processamento das informações, tanto se a coleta de dados for realizada com base nos registros de atenção, como em função da pesquisa, exigirá que se sistematize algumas categorias da consolidação. O Anexo 45.C apresenta dois modelos de Quadro de Consolidação das Informações.

O procedimento para cada um desses modelos é o seguinte:

- Na primeira série de linhas deve-se colocar os critérios para o tratamento que foram identificados nos registros de saúde ou nas pesquisas. Deve-se obter estas informações no que foi assentado nos Formulários do Anexo 45.A ou nas Fichas de Questionário do Anexo 45.B.
- Na segunda série de linhas deve-se detalhar as recomendações de tratamento padrão de crise asmática e de tratamento preventivo da asma em crianças de cinco a 14 anos, cuja aplicação ou conhecimento se deseja avaliar.

Uma vez concluída a consolidação das informações, deve-se calcular os indicadores necessários para descrever os diversos critérios existentes para o tratamento da crise asmática e para o tratamento preventivo da asma em crianças de cinco a 14 anos. A Tabela 45.1 inclui alguns indicadores que podem ser modificados e complementados segundo seja o caso.

TABELA 45.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Número de critérios encontrados para o tratamento da crise de uma criança com asma	Nenhum (o número resultará da soma dos diferentes critérios encontrados para o tratamento das crises)	Nenhum
Número de critérios encontrados para o tratamento preventivo de uma criança com asma	Nenhum (o número resultará da soma dos diferentes critérios encontrados para o tratamento preventivo)	Nenhum
Número de medicamentos diferentes utilizados pelo pessoal de saúde para o tratamento da crise de asma em crianças	Nenhum (o número resultará da soma do número de medicamentos diferentes encontrados para a crise de asma)	Nenhum
Número de medicamentos diferentes utilizados pelo pessoal de saúde para o tratamento preventivo de asma em crianças	Nenhum (o número resultará da soma do número de medicamentos diferentes encontrados para o tratamento preventivo)	Nenhum
Proporção do pessoal de saúde cujo critério de tratamento de crise de asma coincide com o recomendado	Número de pessoal de saúde cujo critério de tratamento da crise de asma coincide com o recomendado	Número total de pessoal de saúde incluído no estudo para o qual se obteve informações sobre critérios de tratamento da asma
Proporção do pessoal de saúde cujo critério de tratamento preventivo da asma coincide com o recomendado	Número de pessoal de saúde cujo critério de tratamento preventivo da asma coincide com o recomendado	Número total de pessoal de saúde incluído no estudo para o qual se obteve informações sobre critérios de tratamento da asma
Proporção do pessoal de saúde que inclui _____ no tratamento de crise / preventivo da asma	Número de pessoal de saúde que inclui _____ no tratamento de crise / preventivo da asma	Número total de pessoal de saúde incluído no estudo

ANEXO 45.B
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DA ASMA EM
CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS

FICHA DE QUESTIONÁRIO A: TRATAMENTO DA CRISIS ASMATIFORME

1. Algum dos pacientes que atendeu no último mês apresentou crise de asma? Sim [____] Não [____]
2. Que recomendações você deu para o tratamento?
2.1.
2.2.
2.3.
2.4.
2.5.
3. Utilizou algum medicamento? Sim [____] Não [____]
4. Qual?
4.1.
4.2.
4.3.
4.4.
4.5.
4.6.

Observações:

**CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO
DA ASMA EM CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS**

FICHA DE QUESTIONÁRIO B: TRATAMENTO PREVENTIVO DA ASMA

1. Em algum dos pacientes que você atendeu no último mês, você diagnosticou a doença asma? Sim [____] Não [____]
2. Que recomendações lhe deu para o tratamento preventivo?
2.1.
2.2.
2.3.
2.4.
2.5.
3. Utilizou algum medicamento? Sim [____] Não [____]
4. Qual?
4.1.
4.2.
4.3.
4.4.
4.5.
4.6.

Observações:

ANEXO 45.C
CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO
DA ASMA EM CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES
A. TRATAMENTO DA CRISE DE ASMA

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

PRIMEIRA PARTE				
DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO		NÚMERO DE PESSOAL DE SAÚDE QUE O APLICA		
SEGUNDA PARTE				
CRITÉRIO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
TOTAL				

Observações:

**CRITÉRIOS ADOTADOS PELO PESSOAL DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO
DA ASMA EM CRIANÇAS DE CINCO A 14 ANOS**

**QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES
B. TRATAMENTO PREVENTIVO DA ASMA**

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

PRIMEIRA PARTE				
DESCRIÇÃO DO CRITÉRIO		NÚMERO DE PESSOAL DE SAÚDE QUE O APLICA		
SEGUNDA PARTE				
CRITÉRIO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
TOTAL				

Observações:

Instruções para o preenchimento dos Quadros de Consolidação:

Para completar a primeira parte dos Quadros de Consolidação das Informações deve-se proceder do seguinte modo:

- Transcrever, na primeira linha da primeira coluna do Quadro, o tratamento utilizado pelo primeiro trabalhador de saúde que foi incluído no estudo. Esta informação será obtida nos Formulários do Anexo 45.A ou das Fichas de Questionário do Anexo 45.B. A seguir, se colocará uma marca (|) no quadrado da direita (segunda coluna) dessa linha.
- Ler o tratamento recomendado ou utilizado pelo segundo trabalhador de saúde que foi incluído no estudo. Se coincidir com o do primeiro trabalhador, deve-se colocar uma marca (|) no quadrado da direita. Se não coincidir, deve-se transcrevê-lo no próximo quadrado da primeira coluna.
- O procedimento deve ser o mesmo para todo trabalhador de saúde que foi incluído no estudo.
- Nos quadrados em que foram colocadas várias marcas (|), estas deverão ser somadas e o resultado anotado no mesmo quadrado.

Para completar a segunda parte dos Quadros de Consolidação das Informações, deve-se comparar, para cada trabalhador de saúde incluído no estudo, o tratamento de asma padrão escolhido, com aquele que se obteve, seja na análise dos registros ou no questionário. Para isto, deve-se proceder do seguinte modo:

- Ler o tratamento da crise asmática ou o tratamento preventivo de asma utilizado por cada um dos trabalhadores de saúde que foi incluído no estudo, e colocar uma marca (|) na coluna **SIM**, quando coincidir com o assentado no quadrado correspondente à primeira coluna; na coluna **NÃO**, se não coincidir; e na coluna **Sem Informação**, quando não se dispuser de informações a respeito do tratamento para um trabalhador de saúde.
- Uma vez completada a consolidação das informações na segunda parte dos Quadros, deve-se somar as marcas (|) colocadas em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado. Os quadrados de uma mesma linha deverão ser somados e o total desta operação deverá ser anotado no quadrado da coluna **Total**. Os quadrados de uma mesma coluna também deverão ser somados e o resultado anotado na primeira linha da coluna **Total** da segunda parte dos Quadros.

PROTOCOLO 46

CARACTERÍSTICAS DO TRATAMENTO EM CASA DA SÍNDROME DE OBSTRUÇÃO BRONQUIAL E DA ASMA EM CRIANÇAS

INTRODUÇÃO

Devido a sua elevada incidência durante a infância, as infecções respiratórias agudas são uma causa frequente de doença em crianças com menos de cinco anos. Mesmo quando constituem um motivo de preocupação para a família, a maioria dos episódios de IRA não apresenta gravidade e o tratamento se baseia em medidas de cuidado geral que podem ser aplicadas no lar. Pela frequência do aparecimento desses episódios, bem como pela possibilidade de receber tratamento caseiro, a maior parte dos episódios de IRA não é levada aos serviços de saúde e é tratada em casa pelos pais. Esse procedimento, que responde adequadamente às características do problema, apresenta todavia alguns problemas.

Alguns episódios de IRA podem ser graves e necessitar de tratamento em um serviço de saúde, sendo conveniente que o tratamento seja proporcionado o mais rapidamente possível a fim de evitar o agravamento e possíveis complicações do quadro clínico. Quando os sinais que indicam que o episódio de IRA deve ser tratado por um profissional não são percebidos ou são identificados tardiamente, a saúde da criança encontra-se em risco.

Por outro lado, o tratamento caseiro dos casos de IRA nem sempre obedece ao que é recomendado. Progressivamente, as famílias têm incorporado o uso de medicamentos com base em sua experiência com episódios anteriores com esta criança ou com outras crianças, seja da família ou da vizinhança, e inclusive com adultos. Essa incorporação tem levado ao uso desnecessário e inadequado de diversos medicamentos, entre os quais se encontram os antibióticos.

Neste contexto, é uma prioridade melhorar os critérios de decisão para definir quando uma criança que sofre de IRA deve ser levada a um serviço de saúde e quando o tratamento pode ser feito em casa, posto que melhorar os critérios de decisão significa a melhora da saúde das crianças. Ambos os aspectos se aplicam em especial à gestão dos problemas respiratórios obstrutivos que, em alguns casos, aparecem muito freqüentemente.

Na gestão da Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB) em crianças com menos de cinco anos, bem como na gestão da asma em crianças de cinco anos—e acima de 5 anos—, há um fator complementar que intervém: a falta de uniformidade que ainda existe no diagnóstico e no tratamento de ambos os problemas por parte do pessoal de saúde. É frequente que as famílias usem medicamentos que não são recomendados ou que não são adequados no que diz respeito à dose e frequência com que são administrados.

Por esta razão é importante conhecer as práticas atuais de cuidado e atenção da criança com SOB ou com asma no lar a fim de assegurar maior racionalidade no uso de medicamentos por parte dos pais e da família, bem como para melhorar a gestão caseira de ambos problemas.

OBJETIVO

Descrever as características da gestão em casa das crianças com Síndrome de Obstrução Bronquial ou asma.

METODOLOGIA

Para dar cumprimento ao objetivo proposto será realizada uma entrevista com os pais. Nesta entrevista os pais serão indagados sobre a presença de crianças de dois a quatro anos com SOB ou de crianças de cinco a 14 anos com asma, bem como a respeito do tipo de tratamento que está sendo administrado para estas crianças no lar.

Os pais serão consultados sobre:

- A presença de alguma criança de dois a quatro anos com SOB ou de uma criança de cinco a 14 anos com asma, com base no diagnóstico médico destes problemas ou; sobre a presença de alguma criança que tenha apresentado repetidos episódios de sibilância ou que tenha sido medicada com um broncodilatador, corticóide ou outro medicamento para o tratamento de asma ou de broncoespasmo.
- Os medicamentos que estão sendo oferecidos para esta criança por motivo deste quadro clínico, incluindo a dose, a frequência de uso e o tempo que leva para tomá-los.
- Outros tipos de tratamento (excluídos os medicamentos) que estejam sendo dados às crianças que sejam de origem caseira, tais como infusões.
- Os cuidados especiais que estão sendo oferecidos a estas crianças, devidos ao quadro de obstrução bronquial que elas apresentam. Dentre estes cuidados devem ser incluídos os hábitos de alimentação, os hábitos de higiene, os contaminantes ambientais, as restrições na atividade física, a presença de animais domésticos, as brincadeiras infantis, etc.
- Hábito de fumar dentro de casa.
- Qualquer outra medida de tratamento que esteja sendo aplicada e que esteja associada com os problemas de obstrução bronquial da criança.

Para todos os casos, a origem da medida de tratamento será verificada: trata-se de saber se a medida foi uma recomendação médica, da família, de vizinhos, resultado de leitura de revistas, etc.

O Anexo 46.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista que pode ser útil para orientar a formulação das perguntas que são necessárias. Esta Ficha pode ser utilizada em uma visita domiciliar, em uma entrevista em um lugar que não seja o domicílio (serviço de saúde), em uma entrevista por telefone, mas também pode ser enviada ao domicílio por correio ou por intermédio das crianças que freqüentem escolas e creches.

Os métodos para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Processamento das informações:

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo será possível realizar a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas. Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 46.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações contidas nas Fichas de Entrevista, a partir do qual é possível calcular os indicadores relacionados com o tratamento no lar da SOB e da asma. A Tabela 46.1 apresenta uma lista de alguns indicadores que podem ser complementados com outros que sejam considerados de interesse e importância, ou que resultem de outras variáveis que tenham sido incorporadas no estudo.

TABELA 46.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças de 2 a 4 anos com SOB que estão recebendo tratamento diário com broncodilatadores	Número de crianças de 2 a 4 anos com SOB que estão sendo tratadas com um broncodilatador	Número total de crianças de 2 a 4 anos com SOB pesquisadas
Proporção de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo tratamento oral com broncodilatadores	Número de crianças de 5 a 14 anos com asma que recebem tratamento com um broncodilatador oral	Número total de crianças de 5 a 14 anos com asma pesquisadas
Proporção de crianças de 2 a 4 anos com SBO que estão recebendo corticóides	Número de crianças de 2 a 4 anos com SBO que estão recebendo corticóides	Número total de crianças de 2 a 4 anos com SBO pesquisadas
Proporção de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo medicamentos alternativos (homeopáticos)	Número de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo medicamentos alternativos (homeopáticos)	Número total de crianças de 5 a 14 anos com asma pesquisadas
Proporção de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo vacinas	Número de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo vacinas	Número total de crianças de 5 a 14 anos com asma pesquisadas
Proporção de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo nebulizações com solução fisiológica (2 ou mais por semana)	Número de crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo 2 ou mais nebulizações com solução fisiológica por semana	Número total de crianças de 5 a 14 anos com Asma pesquisadas

ANEXO 46.A
TRATAMENTO EM CASA DA SOB E DA ASMA EM CRIANÇAS

FICHA DE ENTREVISTA COM OS PAIS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Nesta casa mora alguma criança de 2 a 14 anos?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Pergunte sobre antecedentes de Síndrome de Obstrução Bronquial (SOB), Asma ou Sibilância:			
Idade em anos e meses de cada criança:	Criança 1: [____]	Criança 2: [____]	Criança 3: [____]
Alguma vez a criança teve sibilância (sibilos respiratórios, broncoespasmo, fadiga)?	Nunca <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
	1 vez <input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>	1 vez <input type="checkbox"/>
	>1 vez <input type="checkbox"/>	>1 vez <input type="checkbox"/>	>1 vez <input type="checkbox"/>
Se a criança teve mais de um episódio de sibilância, desde quando tem esses episódios? (em anos/ meses)			
Quantos episódios a criança teve no último ano?			
Alguma vez a criança recebeu broncodilatadores? (mencionar nomes comerciais destes medicamentos)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alguma vez a criança esteve hospitalizada por uma doença respiratória?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Lembra por que motivo?			
Teve sibilâncias durante essa doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe broncodilatadores durante a doença? (via oral, por nebulização)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
Administraram-lhe corticóides orais, ou injetáveis durante a doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
A criança recebeu oxigênio durante a doença?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignora <input type="checkbox"/>
Alguma das crianças tem Síndrome de Obstrução Bronquial?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Alguma das crianças tem asma?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

A criança recebe algum tratamento preventivo permanente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que medicamentos, em que forma (oral ou por inalação) e em que dose a criança está recebendo atualmente o medicamento para a SOB ou a asma?			
Que medicamentos, em que forma (oral ou por inalação) e em que dose a criança recebeu antes o medicamento para a SOB ou a asma?			
Que outro tratamento (sem ser medicamento) que a criança está recebendo para a SOB ou a asma?			
A criança está fazendo nebulizações?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acrescenta algum medicamento às nebulizações?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> [_____]	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> [_____]	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> [_____]
A criança está recebendo vacinas especiais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Quem lhe administrou o tratamento?			
Observações:			

ANEXO 46.B
TRATAMENTO EM CASA DA SOB E DA ASMA EM CRIANÇAS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças de 2 a 4 anos com SOB que estão sendo tratadas com broncodilatador				
Crianças de 5 a 14 anos com asma que recebem tratamento com broncodilatador oral				
Crianças de 2 a 4 anos com SBO que estão recebendo corticóides				
Crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo medicamentos de tratamento preventivo				
Crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo medicamentos alternativos (homeopáticos)				
Crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo vacinas				
Crianças de 5 a 14 anos com asma que estão recebendo 2 ou mais nebulizações com solução fisiológica por semana				
Crianças de 2 a 4 anos que estão recebendo medicação não recomendada para a asma				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação

Pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações para consolidar as informações obtidas na entrevista com os pais de crianças de dois a 14 anos, caso se queira fazer uma consolidação manual dessas informações. Para preencher o Quadro de Consolidação das Informações, proceder do seguinte modo:

1. Decidir se o processamento das informações será feito em conjunto ou a partir do estudo de alguns grupos particulares. Por exemplo, pode ser de interesse estudar diversos grupos de idade tais como crianças de cinco a nove anos e crianças de 10 a 14 anos, ou fazer uma análise para as crianças do sexo masculino separada das do sexo feminino, etc. Também é possível que algumas outras variáveis tenham sido incluídas na entrevista, tais como o tipo de cobertura médica (pública, privada, seguridade social) e, portanto, pode ser de interesse desdobrar o total de Fichas de Entrevista em função das variáveis incluídas.
2. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada grupo resultante da divisão do total de Fichas e colocar na parte superior do Quadro de Consolidação das Informações a identificação do grupo. Por exemplo, crianças de cinco a nove anos, cobertura privada de atendimento médico, etc. A definição da variável deve ser especificada com antecedência e clareza.
3. A seguir, pegar a primeira Ficha de Entrevista e definir em qual dos Quadros de Consolidação será registrada a informação. As Fichas incluem informações para mais de uma criança, sendo possível que essas façam parte de diferentes agrupamentos. Por exemplo, se a decisão foi separar as Fichas por grupo etário, duas crianças de uma mesma Ficha podem ter que ser incluídas em diferentes Quadros de Consolidação das Informações.
4. Ler o primeiro aspecto do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta na Ficha de Entrevista. Colocar a resposta no Quadro de Consolidação das Informações pertinente colocando uma marca (I) no quadrado da coluna **Total** e, depois, em um dos três quadrados que se seguem: **SIM**, se a resposta for afirmativa, **NÃO** se a resposta for negativa, e **Sem Informação**, se não aparecer na Ficha informações sobre esse aspecto (porque a pergunta não foi feita ou porque a pessoa entrevistada não sabia a resposta ou não quis responder).
5. Continuar com a pergunta da próxima linha e proceder do mesmo modo. Completar, assim, todos os aspectos incluídos no Quadro de Consolidação das Informações, inclusive aqueles que foram acrescentados na Ficha de Entrevista.
6. Uma vez concluído o registro de todas as entrevistas para cada um dos grupos em que se decidiu subdividir a população estudada, somar as marcas (I) em cada quadrado e certificar-se que a soma das categorias **SIM**, **NÃO** e **Sem Informação** de cada linha esteja em conformidade com o **Total**.
7. Ao calcular as porcentagens de respostas afirmativas e negativas para cada aspecto, deve-se subtrair do **Total** correspondente a esse aspecto o número que foi inserido no quadrado **Sem Informação**.

PROTOCOLO 47

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO NO LAR DE CRIANÇAS NASCIDAS EM CASA

INTRODUÇÃO

A condição de saúde de crianças pequenas, com menos de cinco anos de idade, depende fundamentalmente do cuidado dos pais. Tanto a alimentação como a proteção da criança em relação aos fatores externos (clima, acidentes) e a observação de mudanças no padrão habitual de comportamento da criança são essenciais para evitar o aparecimento de doenças. É muito importante que qualquer sinal que indique uma perturbação na saúde da criança seja logo detectado para que se possa imediatamente dispensar o tratamento que for mais adequado. O controle periódico da criança, por parte do pessoal de saúde e a aplicação de medidas preventivas específicas, tais como as vacinações, também são medidas de atenção da criança no lar de suma importância para a redução da ocorrência e da gravidade das doenças na infância.

Sendo a criança dependente do adulto, é ele que deve responder pela sua alimentação, higiene e saúde. São os adultos responsáveis pela criança que interpretam seu estado, dando significação ao comportamento que ela apresenta. Portanto, são eles que avaliam, mediante a observação do comportamento da criança, se ela se encontra doente. Também são eles que decidem em que momento a doença da criança exige a atenção de um profissional. A detecção de padrões inadequados para a prevenção e a proteção da saúde da criança é importante para a identificação de famílias em que as crianças pequenas se encontram em maior risco.

A falta de controle pré-natal, associada ao nascimento da criança no domicílio, pode ser uma variável de utilidade para identificar as famílias de risco. Deve-se levar em conta que a falta de cuidado durante a gravidez e no parto pode estar associada a um descaso em relação à prevenção e proteção da saúde da criança. A existência desta associação poderia resultar em uma atenção inadequada da criança no lar que poderá refletir-se na falta de aplicação de medidas preventivas e de proteção, bem como na demora em perceber sinais precoces da doença para levá-la para consulta.

OBJETIVO

Conhecer as características da atenção no lar das crianças nascidas em casa.

METODOLOGIA

Para cumprir os objetivos do estudo, será realizada uma entrevista domiciliar com as mães ou responsáveis pelo atendimento das crianças com menos de cinco anos em uma área determinada para o estudo. Primeiro, deve-se delimitar a área do estudo e determinar o número de crianças com menos de cinco anos que vivem nesta área, incluindo aquelas que nasceram em casa. Como nem sempre se encontram facilmente disponíveis as informações sobre nascimentos em casa, convém entrar em contato com líderes da comunidade, líderes religiosos e autoridades distritais que possam dispor destas informações.

Para a obtenção das informações será realizada uma entrevista com a mãe ou responsável pela criança sobre o controle pré-natal, o cuidado da criança no lar e características gerais do domicílio.

Deve-se dividir a população em estudo em grupos, de acordo com o lugar de nascimento, de modo que seja possível fazer uma comparação entre as características de atenção no lar das crianças nascidas em uma instituição e aquelas nascidas em casa. Para fazer uma análise mais detalhada, recomenda-se definir os grupos de acordo com o lugar do nascimento (instituição ou domicílio) e, depois, subdividi-los de acordo com a característica do controle pré-natal: *sem controle pré-natal*, *controle pré-natal inadequado* e *controle pré-natal adequado*, tomando por exemplo o número de consultas pré-natais (nenhuma, uma a quatro, cinco ou mais) ou de acordo com as normas estabelecidas no lugar sobre controle pré-natal adequado. Deve-se ter em conta que isto torna o estudo e a análise subsequentes mais complexos.

Embora diferentes subgrupos de estudo possam ser formados, recomenda-se analisar quatro populações bem definidas:

- mulheres que deram à luz no domicílio e não tiveram controle pré-natal
- mulheres que deram à luz no domicílio e tiveram controle pré-natal
- mulheres que deram à luz em uma instituição e não tiveram controle pré-natal
- mulheres que deram à luz em uma instituição e tiveram controle pré-natal

A comparação entre as características das crianças de cada um dos quatro grupos será descritiva. No entanto, se o estudo que se pretende realizar for um estudo de associação, deve-se executar uma prova piloto a fim de obter uma estimativa da prevalência das variáveis a serem estudadas para calcular o tamanho necessário da amostra. Poder-se-ia especificar uma comparação entre o grupo de maior risco (mulheres que deram à luz em casa e não tiveram controle pré-natal) e o grupo de menor risco (mulheres que deram à luz em uma instituição e tiveram controle pré-natal adequado). Os passos para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

O Anexo 47.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista para a coleta das informações. As variáveis incluídas na Ficha devem ser examinadas com base nas características da área e da população em estudo. Outras variáveis podem ser incorporadas à Ficha, de acordo com os interesses do estudo.

Para o processamento das informações coletadas mediante o uso das Fichas, pode-se sugerir que elas sejam gravadas em um programa de banco de dados tipo Epi Info ou em um programa semelhante. Também é possível fazer um processamento manual das informações obtidas. Para isto seria necessário confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações, como o que se apresenta no Anexo 47.B, no qual poderiam ser incluídas outras variáveis, caso se trate de variáveis que enriqueceriam o estudo. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada grupo que se quiser estudar, no caso de se decidir subdividir o grupo total de acordo com as variáveis escolhidas.

A Tabela 47.1 apresenta alguns indicadores para servir de exemplo, podendo-se calcular também outros tipos de relações a partir dos dados do Quadro de Consolidação das Informações. Com base nos indicadores apresentados no Quadro pode-se elaborar tantos quantos surjam das variáveis incluídas na ficha de entrevista.

TABELA 47.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 5 anos nascidas em casa, com o esquema de vacinas incompleto para a idade	Número de crianças com menos de 5 anos que nasceram em casa, com esquema de vacinas incompleto para a idade	Número total de crianças com menos de 5 anos nascidas em casa
Proporção de crianças nascidas em casa, que receberam aleitamento materno até os 6 meses	Número de crianças que nasceram em casa, que receberam aleitamento materno até os 6 meses	Número total de crianças nascidas em casa.

ANEXO 47.A
ATENÇÃO NO LAR DE CRIANÇAS NASCIDAS EM CASA

FICHA DE ENTREVISTA COM A MÃE

Dados de identificação:										
Sobrenome e nome da criança:										
Data de nascimento: ___/___/___				Sexo: [___]						
Sobrenome e nome da mãe:										
Domicílio da criança:										
Data da entrevista: ___/___/___										
Núcleo familiar										
Pai	Sim [___]	Não [___]	Idade [___]	Avó	Sim [___]	Não [___]	Irmãos	Sim [___]	Não [___]	
Mãe	Sim [___]	Não [___]	Idade [___]	Avô	Sim [___]	Não [___]	- Mais velhos	Nº [___]		
Outros: [_____]							- Mais jovens	Nº [___]		
Educação da mãe:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]					
Educação do pai:	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]					
Educação da pessoa que cuidava da criança	Primária [___]	Anos [___]	Secundária [___]	Anos [___]	Superior [___]					
Características da moradia:										
Urbana [___]		Rural [___]		Número de cômodos: [___]		Água no interior: Sim [___] Não [___]				
Banheiro: Sim [___] Não [___]			Vaso: Sim [___] Não [___]			Sala para refeições: Sim [___] Não [___]				
Nº de pessoas que dormem por quarto: [___]				Nº de pessoas que dormem com a criança: [___]						
Sobre o controle da gravidez correspondente ao nascimento da criança:										
Controle pré-natal Sim [___] Não [___]			Centro de Saúde [___]			Hospital [___]				
Outro: _____										
Tem o Cartão Pré-natal Sim [___] Não [___]		Primeiro controle antes das 20 semanas: Sim [___] Não [___]			Nº de controles: [___]					
Sobre o parto:										
Onde teve o parto?		Hospital []		Domicílio []		Outro [].....				
Por que teve o parto em seu domicílio?						Quantos partos teve no domicílio? []				
Quem atendeu ao parto?		Médico []		Enfermeiro []		Obstetra []		Trabalhador de saúde []		
				Parteira ou curiosa []		Outro []				
Quanto tempo durou o trabalho de parto? [] horas										
Quem acompanhou o trabalho de parto?			Marido []		Mãe []		Outros []			
A criança chorou imediatamente? Sim [] Não []										
Foi ao hospital depois do parto? Sim [] Não []										
Quanto tempo depois? [] horas [] dias										
Sobre o nascimento da criança e sua alimentação ao nascer:										
A criança esteve com você desde que nasceu? Sim [___] Não [___]			Deu-lhe de mamar? Sim [___] Não [___]							
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?				Até que idade amamentou a crianças exclusivamente com leite materno? [___]						
Deu algo à criança antes de mamar? Sim [___] Não [___]		Que foi que lhe deu?								
Além de leite materno, dava algo mais à criança ?							Sim [___] Não [___]			

Se lhe dava algo, que é que lhe dava?					
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?				Qual foi o seu peso? []	
A quem a levou?		Serviço de saúde []	Curandeiro []	Outro:	
Quando levava a criança a um serviço de saúde, a que serviço a levava? (nome ou endereço do serviço)					
Tem o Cartão de vacinas da criança?		Sim [] Não []	Vacinas em dia?	Sim [] Não []	
Tem o Cartão de controle de crescimento?		Sim [] Não []	Controles em dia?	Sim [] Não []	
Sobre a doença da criança:					
Nos últimos 6 meses a criança esteve doente?		Episódio 1: [] Idade []	Episódio 2: [] Idade []	Episódio 3: [] Idade []	
Que teve a criança?					
Que fez para tratar a criança?					
Buscou atenção de alguém fora do lar?		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
• Curandeiro, outro		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
• Posto de saúde		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
• Centro de saúde		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
• Hospital		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
• Outro: _____		Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	
Que lhe disseram que a criança tinha?					
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim [] Não []	Fora do lar?	Sim [] Não []	Horas
	Mãe	Sim [] Não []	Fora do lar?	Sim [] Não []	Horas
Você tinha tempo suficiente para cuidar da criança?					Sim [] Não []
Por quê?					
		Quem fica em casa?	Quem cuidava da criança?	Quem lhe dava de comer?	
De manhã					
Ao meio-dia					
À tarde					
À noite					
Sobre a acessibilidade ao serviço de saúde:					
O serviço de saúde encontra-se a menos de 1 hora da moradia?					Sim [] Não []
Em transporte público []		A pé []	A cavalo/mula []		
Outro (especificar)					
Existem custos econômicos para o transporte e a atenção no serviço de saúde?					Sim [] Não []
Estes custos econômicos são acessíveis para a população?					Sim [] Não []
Observações:					

ANEXO 47. B
ATENÇÃO NO LAR DE CRIANÇAS NASCIDAS EM CASA
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____ Grupo de Estudo: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
A criança recebeu aleitamento materno exclusivo até os 4 ou 6 meses				
A criança tem o esquema de vacinação completo para sua idade				
A criança tem controle periódico de sua saúde				
A criança teve doenças relacionadas com AIDPI nos últimos 6 meses				
A mãe consultou devido a doenças da criança nos últimos 6 meses				

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um dos grupos em que foi subdividido o grupo de mulheres de acordo com o lugar do parto e os antecedentes de controle pré-natal. Por exemplo, pode-se separar as mulheres nos seguintes grupos:
 - mulheres que deram à luz em casa e não tiveram controle pré-natal
 - mulheres que deram à luz em casa e tiveram controle pré-natal
 - mulheres que deram à luz em uma instituição e não tiveram controle pré-natal
 - mulheres que deram à luz em uma instituição e tiveram controle pré-natal
2. Convém separar as Fichas de Entrevista em tantos grupos quantos sejam os Quadros de Consolidação das Informações que se tenham elaborado.
3. Deve-se selecionar um dos Quadros de Consolidação das Informações e tomar o conjunto de Fichas que a ele corresponda. Tomando a primeira das Fichas deve-se procurar as informações referentes a cada um dos aspectos que será avaliado e deve-se colocar uma marca na coluna que corresponda. Por exemplo, se a criança tem o esquema completo de vacinação para sua idade, deve-se colocar uma marca na coluna **SIM**; caso contrário, a marca deverá ser colocada na coluna **NÃO**. Se não se dispuser de informações sobre este ou sobre outro aspecto, a marca deverá ser colocada na coluna **Sem Informação**.
4. Uma vez completadas todas as linhas do Quadro de Consolidação das Informações para a primeira Ficha de Entrevista, deve-se prosseguir com a segunda Ficha e assim sucessivamente até que se incluam no Quadro de Consolidação todas as Fichas de Entrevista que corresponderem a esse quadro.
5. Deve-se repetir esse procedimento para todos os Quadros de Consolidação das Informações que tenham sido definidas para o processamento das informações.
6. Uma vez completado o registro de todas as informações contidas nas Fichas de Entrevista, deve-se somar as marcas colocadas em cada quadrado de cada Quadro de Consolidação das Informações e, a seguir, somar os números anotados nos quadrados de uma mesma linha para obter o **Total**.

PROTOCOLO 48

FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM MÊS

INTRODUÇÃO

Embora as crianças com menos de cinco anos de idade representem a maioria das consultas aos serviços de saúde, a distribuição e as características dessas consultas diferem conforme a idade da criança e segundo a região. As variações na frequência de consultas, segundo a idade, devem estar associadas à suscetibilidade da criança às doenças. Por esta razão, durante o primeiro ano de vida da criança – período em que ela se encontra mais suscetível - as medidas preventivas e de detecção precoce de problemas devem chegar ao máximo, o que significa que o número de ocasiões em que criança deve ser levada ao serviço de saúde deve ser maior. Durante o primeiro ano de vida da criança, o controle de seu estado nutricional, o controle de seu crescimento, a avaliação de seu desenvolvimento e o controle das vacinas devem ser constantes .

No entanto, a frequência com que a criança é levada a um serviço de saúde, varia de uma região para outra e de um país para outro. Por um lado, a frequência com que a criança é levada a um serviço de saúde depende da maneira de pensar e das crenças da população a respeito do cuidado e da atenção que devem ser dados às crianças, em geral, e aos lactentes, em particular. Por outro lado, a frequência de consulta de crianças nos serviços de saúde depende da estrutura e da organização destes serviços, uma vez que em muitas regiões a atenção às crianças com menos de um mês de idade só é proporcionada em certos serviços e por trabalhadores da saúde com um certo grau de especialização.

Conhecer como se desenvolve a atenção às doenças e aos problemas de saúde das crianças com menos de um mês é sumamente importante, já que muitas mortes ocorrem durante este período. Embora a maioria destas mortes esteja associada às características da atenção ao parto e ao recém-nascido, uma consulta em boa hora a um serviço de saúde capacitado pode ser valiosa e evitar a morte da criança ou evitar complicações desnecessárias.

Por outro lado, muitas ou a maioria das doenças e problemas de saúde de crianças com menos de um mês não estão diretamente associadas ao momento do nascimento, mas surgem da exposição da criança ao meio ambiente. Dada a vulnerabilidade destas crianças, é muito importante que os pais tenham uma noção correta dos sinais prematuros que indicam doença, assim como é muito importante que eles saibam procurar o atendimento adequado.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância inclui a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das doenças e dos problemas de saúde da criança com menos de cinco anos, a partir da primeira semana de vida, excluindo os problemas associados à atenção ao parto e à recepção do recém-nascido. A estratégia não inclui apenas conteúdos e práticas que o pessoal dos serviços de saúde devem adotar para o atendimento adequado da criança; a estratégia também inclui conteúdos educativos que ajudam aos pais a melhorar a atenção que eles dedicam à criança em casa. Por esta razão, a estratégia AIDPI é considerada como uma ferramenta apropriada para melhorar a qualidade da atenção à criança com menos de cinco anos, incluindo as crianças com menos de um mês de idade.

OBJETIVOS

- Saber qual é a proporção de crianças com menos de um mês, dentre o total de consultas aos serviços de saúde de crianças com menos de cinco anos.
- Saber qual é a frequência e quais são as características da procura de atenção fora de casa, por parte da população, para uma criança com menos de um mês.

METODOLOGIA

Para o cumprimento dos objetivos propostos, duas atividades serão realizadas:

- Uma entrevista com os pais sobre o cuidado e a atenção da criança com menos de um mês, e sobre os padrões de procura de atenção fora do lar.
- Um exame dos registros de consulta ambulatorial para determinar qual é a proporção de consultas de crianças com menos de um mês dentre o total de consultas de crianças com menos de cinco anos.

Os métodos para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Entrevista com os pais

As entrevistas que serão realizadas com os pais de crianças com menos de um mês visam saber:

- Se a criança teve algum problema de saúde durante seu primeiro mês de vida.
- Se alguém examinou a criança por causa de algum problema de saúde ou para controlar seu estado de saúde, durante o primeiro mês de vida.
- Em caso afirmativo, quem examinou a criança, onde a examinou, com que idade, por que foi ela levada; quais as recomendações dadas pela pessoa que examinou a criança; que fizeram os pais depois de terem sido orientados.
- O cuidado da criança no lar: pessoa responsável, alimentação, abrigo, proteção contra riscos, etc.

Os pais a serem entrevistados podem ser selecionados com base na informação existente nas maternidades. Deve-se selecionar todos os pais cujas crianças tenham mais de um mês, mas que não tenham mais de seis meses, a fim de evitar que a informação sobre o que ocorreu durante o primeiro mês de vida fique esquecida (o ideal seria selecionar crianças entre um e dois meses).

Na seleção dos pais com base nos registros da maternidade, deve-se evitar incluir os pais cujas crianças tenham sido hospitalizadas depois do nascimento, uma vez que nestes casos não se poderá avaliar o padrão de consulta durante a primeira semana.

A seleção baseada nos registros da maternidade não permitirá alcançar os pais de crianças que nasceram em casa (partos não institucionais). Dado que estes constituirão o grupo de maior risco, deve-se procurar alternativas para identificá-los. Para isto, convém fazer contato com a comunidade, pois é provável que os líderes religiosos da comunidade, as autoridades distritais, etc., disponham de informações sobre crianças recém-nascidas. Uma outra alternativa seria identificar as mulheres que estão em seu último mês de gestação, com o fim de realizar a entrevista alguns meses depois.

O Anexo 48.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista com os pais que pode ser de utilidade, servindo como um guia para a formulação das perguntas. Essa Ficha pode ser utilizada em uma visita domiciliar, em uma entrevista em um lugar diferente do domicílio, em uma entrevista por telefone ou, então, pode ser enviada à residência por correio ou por intermédio das crianças que freqüentam escolas e creches.

Para o processamento das informações, pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo, será possível realizar a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas.

Se for necessário fazer o processamento manualmente, o Anexo 48.B inclui um Quadro de Consolidação das Informações contido nas Fichas de Entrevista, a partir do qual os indicadores dos problemas em estudo poderão se calculados.

Exame de registros dos serviços de saúde

O exame de registros permitirá determinar qual é a proporção de consultas de crianças com menos de um mês, desdobradas por semana de vida, na atenção pediátrica dos serviços de saúde. Para isto, deve-se examinar os registros de todos os serviços que atendem crianças com menos de um mês, tanto os centros de saúde como os hospitais e, dentre estes, os serviços de atenção ambulatorial, a emergência pediátrica e outros serviços especiais. Isto pode variar segundo o lugar, uma vez que, por exemplo, as consultas de crianças com menos de um mês só podem ter lugar no hospital, e dentro deste, no serviço de neonatologia. Se o hospital e o serviço de neonatologia não forem incluídos no exame dos registros, muitas consultas serão perdidas e a proporção que as consultas de crianças com menos de um mês representam, entre o total de consultas, será subestimada.

Conclui-se, portanto, que os seguintes registros devem ser examinados:

- Registros de consulta ambulatorial diária e os antecedentes clínicos ou fichas de consulta. Caso se inclua o exame dos registros do pessoal comunitário (agentes comunitários de saúde ou outro tipo de pessoal voluntário), deve-se incluir, também, os registros de atenção deste pessoal.
- Registros de hospitalização, tais como diários do serviço, antecedentes clínicos de hospitalização, etc., uma vez que algumas crianças com menos de um mês podem ter sido atendidas diretamente nas salas de hospitalização, sem terem sido registradas nos serviços de atenção ambulatorial dos hospitais.

A utilização destas fontes de informação supõe que as condições apropriadas de registro tenham sido respeitadas, o que significa que os dados da idade da criança, o diagnóstico e o tratamento

tenham sido registrados. Quanto aos dados sobre a idade da criança é preciso que eles sejam pormenorizados, para que seja possível identificar, dentre as crianças atendidas, as crianças com menos de um mês. Portanto, a idade deve ser indicada pelo número de semanas de vida da criança.

Com relação a este último ponto, deve-se ter em conta que o estudo não poderá ser realizado, se os registros forem deficientes com relação a alguma das variáveis que se deseje estudar. Se, por exemplo, a idade da criança não tiver sido pormenorizada em dias (oito dias, 18 dias) ou em semanas (uma semana, três semanas e meia) não será possível estudar a proporção de consultas de crianças com menos de uma semana, o que seria muito importante.

O Anexo 48.C inclui um Quadro de Consolidação das Informações que serão obtidas a partir do exame dos registros nos serviços de saúde.

A partir das informações obtidas, poder-se-á calcular os indicadores relacionados com a proporção de consultas de crianças com menos de um mês, fazendo seu desdobramento por semana de vida. Neste grupo etário, as principais causas de consulta, as indicações dadas pelo pessoal de saúde e os padrões de atendimento e cuidado dessas crianças no lar também podem ser analisados. A Tabela 48.1 apresenta alguns indicadores que podem ser calculados com base na informação obtida e que poderão ser adaptados e ampliados segundo os interesses do estudo.

TABELA 48.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 1 mês entre o total de crianças atendidas com menos de 5 anos	Número de crianças atendidas com menos de 1 mês	Número total de crianças atendidas com menos de 5 anos
Proporção de crianças com menos de 1 semana de vida entre o total de crianças atendidas com menos de 5 anos	Número de crianças atendidas com menos de 1 semana	Número total de crianças atendidas com menos de 5 anos
Proporção de crianças cujos pais procuraram atendimento por parte de alguém fora do lar devido a um problema de saúde durante sua primeira semana de vida	Número de crianças cujos pais procuraram atendimento por parte de alguém fora do lar devido a um problema de saúde durante sua primeira semana de vida	Número total de crianças cujos pais foram entrevistados para avaliar a procura de atendimento por parte de alguém fora do lar durante o primeiro mês de vida
Proporção de pais que não crêem que a criança deva ser levada fora do lar durante sua primeira semana de vida	Número de pais que não crêem que a criança deva ser levada fora do lar durante sua primeira semana de vida	Número total de pais entrevistados para avaliar o cuidado e atenção da criança durante o primeiro mês de vida
Proporção de crianças que não precisaram ser examinadas devido a um problema de saúde antes das primeiras duas semanas de vida	Número de crianças com menos de 2 semanas de vida cujos pais não observaram nenhum problema de saúde pelo qual deveriam ser examinadas fora do lar	Número total de crianças com menos de 2 semanas de vida cujos pais foram entrevistados para avaliar o estado de saúde da criança durante seu primeiro mês de vida

ANEXO 48.A
FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA
DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM MÊS

FICHA DE ENTREVISTA COM OS PAIS DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM MÊS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação:			
Sobrenome e nome da mãe:			
Data do parto: ____/____/____		Data da alta: ____/____/____	
Sobrenome e nome do recém-nascido:			
Condição normal ao nascer: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Peso ao nascer: [_____]	Peso na alta: [_____]
Data da alta da criança: ____/____/____		Aleitamento materno exclusivo na alta: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Domicílio:			
Quem cuidou da criança durante seu primeiro mês? [_____]			Nº de filhos prévios [_____]
Episódios de doença antes de um mês	Episódio 1: <input type="checkbox"/>	Episódio 2: <input type="checkbox"/>	Episódio 3: <input type="checkbox"/>
A criança esteve doente em alguma ocasião durante seu primeiro mês de vida? (idade em dias)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Idade [_____]	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Idade [_____]	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Idade [_____]
O que teve a criança?			
Que fez para tratar a criança?			
Procurou ajuda de alguém fora do lar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Curandeiro, outro	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Posto de saúde	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Centro de saúde	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Hospital	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
• Outro: _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Que lhe disseram que a criança tinha?			
Crê que não é conveniente procurar atendimento fora do lar para crianças com menos de 1 mês, mesmo quando estejam doentes?			Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Por quê?			
Observações:			

ANEXO 48.
FREQUÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM MÊS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DAS ENTREVISTAS COM OS PAIS

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças que tiveram pelo menos um episódio de doença durante seu primeiro mês de vida, com base na entrevista com os pais				
Crianças que tiveram pelo menos um episódio de doença durante sua primeira semana de vida, com base na entrevista com os pais				
Crianças que foram examinadas por alguém fora da família devido a um episódio de doença durante sua primeira semana de vida				
Crianças que foram levadas por seus pais a um serviço de saúde devido a um episódio de doença durante sua primeira semana de vida				
Pais que não consideraram conveniente que a criança seja levada fora do lar durante seu primeiro mês de vida				
Crianças que tiveram um episódio de IRA durante seu primeiro mês de vida				
Crianças que tiveram diarreia durante seu primeiro mês de vida				

Observações:

ANEXO 48.C
FREQÜÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DA CONSULTA DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM MÊS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DOS REGISTROS DE CONSULTA

CLASIFICACION	TOTAL	DOENÇAS OBJETO DA ESTRATÉGIA AIDPI	OUTRAS DOENÇAS	SEM ESPECIFICAR
TOTAL				
< 1 SEMANA				
1 SEMANA				
2 SEMANAS				
3 SEMANAS				
1 MÊS				
2 A 11 MESES				
1 A 4 ANOS				
SEM ESPECIFICAR				

Observações:

Instruções para o preenchimento dos Quadros de Consolidação das Informações:

Informações das Fichas de Entrevista com os Pais

Pode-se utilizar este Quadro para consolidar as informações obtidas na entrevista com os pais sobre a ocorrência de episódios de doença e seu atendimento durante o primeiro mês de vida.

1. Em primeiro lugar é necessário decidir se o processamento das informações será feito em conjunto ou se serão estudados alguns grupos particulares. Por exemplo, talvez seja de interesse analisar separadamente a ocorrência de episódios de doença e o comportamento dos pais durante o primeiro mês de vida, de acordo com o sexo das crianças ou segundo algumas outras variáveis que tenham sido incluídas na entrevista (renda mensal, nível de educação dos pais, etc.).
2. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada grupo resultante da divisão do total de fichas e colocar a identificação do grupo na parte superior do Quadro. Por exemplo, *sexo feminino*, ou *ambos os pais com educação secundária completa*, etc. Deve-se especificar a definição das variáveis com antecedência e com clareza.
3. A seguir, pegar a primeira Ficha de Entrevista e definir em qual dos Quadros de Consolidação se registrará a informação. Uma mesma Ficha pode ser incluída em mais de um Quadro de Consolidação; por exemplo, se a decisão for separar as Fichas por sexo e por nível de instrução dos pais, cada Ficha será incluída em dois Quadros de Consolidação segundo seja o caso.
4. Ler o primeiro aspecto do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a resposta na Ficha de Entrevista. Colocar a resposta no Quadro de Consolidação das Informações correspondente, colocando uma marca (I) no quadrado da coluna **Total** e, a seguir, em um dos três quadrados que se seguem: **SIM**, se a resposta for afirmativa, **NÃO** se a resposta for negativa, e **Sem Informação**, se na Ficha não se encontrar informação sobre este aspecto (porque não se perguntou ou a pessoa entrevistada não sabia a resposta ou não quis responder).
5. Continuar com o aspecto da linha seguinte e proceder do mesmo modo. Completar desta forma todos os aspectos incluídos no Quadro de Consolidação das Informações. No Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 48.B, são incluídos somente alguns aspectos como exemplo, mas pode-se incluir outros aspectos na Ficha de Entrevista. Completar todos os aspectos que se tenha decidido incluir antes de passar à Ficha seguinte.
6. Uma vez que se tenha completado o registro de todas as entrevistas para cada um dos grupos em que se decidiu subdividir a população estudada, somar as marcas (I) em cada quadrado e verificar que a soma das categorias **SIM**, **NÃO** e **Sem Informação** de cada linha coincida com o **Total**.
7. Ao calcular as porcentagens de respostas afirmativas e negativas para cada aspecto, deve-se subtrair do **Total** correspondente a esse aspecto o número colocado no quadrado **Sem Informação**.

Informações dos registros dos serviços de saúde

Pode-se utilizar este Quadro para consolidar as informações dos registros de atenção ambulatorial e de hospitalização dos serviços em que se tenha estudado a frequência da atenção de crianças com menos de um mês.

1. Completar, em primeiro lugar, a parte superior do Quadro de Consolidação das Informações com os dados relativos ao serviço de saúde e ao período em que se estudou o problema. Especificar claramente se este se trata de um serviço de atenção ambulatorial ou de um hospital e, neste último caso, especificar de que serviço hospitalar se trata: pediatria, neonatologia, consultório externo, emergência pediátrica, etc.
2. Completar também a informação relativa ao grupo de estudo. Por exemplo, caso se deseje estudar separadamente a frequência de consultas e as causas para meninas e para meninos, deve-se completar, para cada serviço, um Quadro de Consolidação das Informações diferente.
3. A seguir, tomar o registro do serviço de saúde correspondente ao primeiro dia do período e examiná-lo, desde o início, até encontrar uma consulta ou hospitalização (conforme seja o caso) de uma criança com menos de cinco anos.
4. Selecionar o Quadro de Consolidação das Informações pertinente à consulta encontrada, de acordo com as variáveis em que se decidiu subdividir o estudo, por exemplo, sexo.
5. Procurar no Quadro de Consolidação das Informações escolhido a linha que corresponde à idade da criança e colocar uma marca (|) no quadrado dessa linha equivalente à coluna **Total**.
6. A seguir, observar o diagnóstico recebido pela criança. Se este corresponder a uma das doenças objeto da estratégia de AIDPI, colocar uma marca (|) na coluna **AIDPI**; caso contrário, colocar uma marca (|) na coluna **Outras Doenças**. Se não houver informação do diagnóstico, colocar uma marca (|) na coluna **Sem Informação sobre o Diagnóstico**.
7. Continuar com a consulta seguinte e proceder do mesmo modo.
8. Uma vez que se tenha completado o exame dos registros correspondentes ao serviço de saúde e ao período selecionado, somar todas as marcas (|) de cada quadrado e nele anotar o resultado. A seguir, somar os números dos quadrados de cada linha e anotar o total no quadrado da coluna correspondente. Somar também os números dos quadrados de cada coluna e anotar o total no quadrado da linha correspondente.

PROTOCOLO 49

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO DE CRIANÇAS COM DOENÇA FEBRIL

INTRODUÇÃO

A febre é um dos motivos mais freqüentes de consulta pediátrica nos serviços de saúde, uma vez que tem sido reconhecida como um dos sinais mais importantes de doença, sobretudo por parte dos familiares da criança.

A febre, como motivo de consulta, costuma ser conseqüência de problemas infecciosos, mas também pode ser devida a problemas não infecciosos, tais como a desidratação, traumatismos e neoplasias. Dentre as causas infecciosas, as condições que conduzem à reação febril incluem muitas etiologias que variam de acordo com a idade e com as patologias prevalentes na região.

A avaliação inicial da criança febril é muito importante porque, se a febre pode corresponder a uma doença febril benigna, ela também pode estar associada a uma doença grave. Por esta razão é muito importante que os critérios para a determinação de uma doença febril em uma criança incluam não somente sinais de gravidade evidentes (por exemplo estado comatoso, letargia ou inconsciência), mas outros sinais que possam indicar uma doença que exija tratamento hospitalar ou a administração de medicamentos específicos em forma ambulatorial.

Por outro lado, os critérios para o tratamento, (tipo de medicamentos, vias de administração, dosagem e duração do tratamento) não são uniformes.

O conhecimento dos critérios utilizados nos serviços de saúde do primeiro nível - e dos critérios utilizados nos consultórios fora do hospital - pode oferecer uma visão geral da situação do atendimento da criança febril e estabelecer uma base para a avaliação das mudanças que forem produzidas, uma vez implementadas medidas de correção dos critérios inadequados.

OBJETIVO

Descrever as características do atendimento de crianças febris nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa pode ser realizada nos serviços de saúde em que não se tenha ainda iniciado a aplicação da estratégia AIDPI. Nesta situação, o conhecimento dos critérios realmente utilizados pode ajudar a identificar aqueles aspectos que devem ser enfatizados durante a implementação da estratégia AIDPI. Em situações em que já se tenha aplicado a estratégia para o atendimento das crianças, o emprego deste protocolo pode ajudar a avaliar o cumprimento de sua aplicação nos serviços de saúde.

A população do estudo será constituída pelo pessoal dos serviços de saúde responsável pelo atendimento de crianças com menos de cinco anos levadas para consulta ambulatorial. Será feita a avaliação dos critérios utilizados por este pessoal para o atendimento de crianças com febre, seu diagnóstico e o tipo de tratamento indicado.

Os métodos que devem ser utilizados para determinar o tamanho das amostras acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

O estudo deverá incluir o exame dos Antecedentes Clínicos ou os registros das crianças com menos de cinco anos diagnosticadas nos serviços de saúde em que o pessoal que será objeto do trabalho desempenha suas funções.

Essa atividade consistirá na avaliação retrospectiva dos casos de crianças com febre. Para isto será preciso analisar:

- Motivo da consulta
- Duração e grau da febre
- Outros sinais e sintomas que a criança apresentava
- Estudos realizados e seus resultados
- Diagnóstico feito pelo pessoal de saúde
- Tratamento indicado e a forma como foi administrado ou como se o está administrando

É necessário contar com registros apropriados que incluam estas informações, pois, do contrário, não se poderá determinar se a ausência de alguns aspectos foi real ou se eles estavam presentes, embora não tenham sido avaliados pelo pessoal.

Os registros a serem utilizados (por exemplo, Antecedentes Clínicos ou Ficha de Atenção Ambulatorial) devem conter informações sobre a consulta, especialmente aquelas relativas a sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento, incluindo a indicação de referência a um hospital e se esta foi recomendada para hospitalização ou para exames de diagnóstico.

Caso não se possa contar com registros adequados, deve-se utilizar um registro especial durante a execução do estudo a fim de obter as informações necessárias. O estudo das informações disponíveis refletirá, em grande medida, os critérios que o pessoal de saúde realmente utiliza.

O Anexo 49.A apresenta uma Ficha de Compilação de Informações que pode ser utilizada para o exame dos casos de crianças com menos de cinco anos com febre. Esta Ficha pode ser adaptada de acordo com o lugar onde se realize o estudo.

Caso esses registros não estejam disponíveis, pode-se modificar a Ficha de Compilação de Informações para o registro dos casos com febre que consultarem o serviço de saúde.

Procedimentos para a execução do estudo

1. Selecionar o pessoal e os serviços de saúde que farão parte do estudo.
2. Definir o período de tempo durante o qual o estudo será realizado. Por serem freqüentes as consultas por febre, deve-se ter o cuidado de reunir informações sobre um número suficiente de casos da doença.

3. Definir as variáveis que serão incluídas no estudo para conhecer os critérios de atendimento dos casos. Para isto, examinar a Ficha que se propõe no Anexo 49.A e realizar as adaptações que forem consideradas necessárias. No caso de já existir uma norma para o atendimento das crianças e se desejar obter uma avaliação do grau de cumprimento alcançado em sua aplicação nos serviços objeto da análise, é conveniente incluir sempre todas as variáveis dessa norma na Ficha de Compilação das Informações.
4. A seguir, selecionar os registros referentes à atenção de crianças com menos de cinco anos nos serviços de saúde. Uma vez que se tenha identificado os casos de crianças febris, examiná-los e completar as informações da Ficha de cada caso encontrado.
5. Deve-se fazer uma anotação sobre as informações que não se encontram no registro do caso. Para isto, a Ficha inclui para cada variável uma rubrica Sem Informação.
6. Uma vez completado o registro de todos os casos para todos os serviços de saúde selecionados para o estudo, proceder ao processamento das informações.

Processamento das informações

Para o processamento das informações pode-se utilizar um programa de computação de banco de dados tipo Epi Info ou, então, realizar o processamento manual de algumas variáveis utilizando, por exemplo, o Quadro de Consolidação das Informações do Anexo 49.B.

Uma vez que se tenha consolidado as informações de todos os serviços de saúde, será possível calcular diversos indicadores sobre os critérios de diagnóstico e tratamento de crianças febris com menos de cinco anos. A Tabela 49.1 inclui, como exemplo, alguns indicadores. Com base nos indicadores que aparecem no quadro, pode-se elaborar tantos outros indicadores quantos surjam das variáveis incluídas na ficha de entrevista.

Deve-se ter em mente que se a proporção de casos sem informação for muito elevada (40% ou mais), o cálculo dos indicadores não será representativo do total, uma vez que não se disporá de informações sobre a variável em estudo para uma alta porcentagem dos casos.

Por outro lado, se o que se deseja é comparar as mudanças por parte do pessoal de saúde com relação aos critérios de avaliação, diagnóstico e tratamento das crianças com menos de cinco anos com febre, deve-se comparar os mesmos indicadores para dois períodos de tempo diferentes. Neste caso, uma diminuição da porcentagem de casos para os quais não se dispõem de informações será um elemento positivo no que tange a melhora do registro, o que permitirá uma análise melhor dos critérios que estão sendo empregados.

Finalmente, se o que se deseja é avaliar em que medida os critérios de diagnóstico e tratamento estabelecidos pelas normas estão sendo aplicados, será preciso definir claramente as normas. Quanto ao exame dos registros, será preciso determinar quantos casos cumprem as normas.

TABELA 49.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 5 anos com febre e que, além disso, apresentavam algum sinal de perigo	Número de crianças com menos de 5 anos com febre e que apresentavam algum sinal de perigo no momento da consulta	Número total de crianças com menos de 5 anos com febre e que consultaram o serviço de saúde no período em estudo
Proporção de crianças com menos de 5 anos com febre e que tiveram um diagnóstico definitivo	Número de crianças com menos de 5 anos com febre e que tiveram um diagnóstico definitivo	Número total de crianças com menos de 5 anos com febre e que consultaram o serviço de saúde no período em estudo
Proporção de crianças com menos de 5 anos com febre e algum sinal de perigo que foram referidas ao hospital	Número de casos de crianças com menos de 5 anos com febre e algum sinal de perigo que foram referidas ao hospital	Número total de crianças com menos de 5 anos com febre e que consultaram o serviço de saúde no período em estudo

ANEXO 49.A
CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO DE CRIANÇAS COM DOENÇA FEBRIL

FICHA DE COMPILAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [____]	Sexo: [____]	Data da consulta/hospitalização: ____/____/____	
Motivo da consulta	Febre: [____]	Outro: _____	
Classificação/diagnóstico principal:			
Outras classificações/diagnósticos:			
Domicílio da criança:			
Quadro clínico na ocasião da consulta			
Febre:	[____] °C	Sem Informação [__]	
Duração: [____]	[____] Dias	Sem Informação [__]	
Não consegue beber ou alimentar-se bem	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Vomita tudo	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Convulsões	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Letárgica ou comatosa	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Tiragem subcostal	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Estridor	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Tosse	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Coriza	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Erupção	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Erupção generalizada	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Enrijecimento da nuca	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Dor de cabeça	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Respiração rápida	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Dor ao urinar	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Dor de ouvido	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Dor nas articulações	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Anemia	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Sepse na pele - celulite ou pústulas na pele	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Conjuntivite	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Diarréia	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Desnutrição	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Outros: _____			
Tem o Cartão de vacinas da criança?	Sim [__] Não [__]	Vacinas em dia?	Sim [__] Não [__]
A região é endêmica para: Malária Sim [] Não [] Dengue Sim [] Não [] Outra: _____			
Referência para:			
• Internação	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
• Estudos de laboratório	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
• Exame radiológico	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]

Tratamento do caso			
Medicamentos	Dose Diária	Duração	
Outros Tratamentos:			
Recomendações à mãe da criança:			
Estudos de diagnóstico (para hospitais):			
Exame de sangue para malária	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Contagem e morfologia de células sanguíneas	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Exame de urina	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Prova de Mantoux	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Hemocultura	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Punção lombar	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Provas de HIV/AIDS	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Radiografia do tórax	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação <input type="checkbox"/>
Observações:			

ANEXO 49. B
CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO DE CRIANÇAS COM DOENÇA FEBRIL
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
Crianças com febre que apresentaram algum sinal de perigo				
Crianças com febre que tiveram um diagnóstico definitivo				
Crianças com febre e algum sinal de perigo e que foram referidas para internação				
Crianças com febre e que foram referidas para exames de laboratório				
Crianças com febre que receberam indicações para a atenção no lar				
Crianças com febre por mais de 7 dias que foram referidas ao hospital				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

O Quadro de Consolidação das Informações apresenta, na primeira coluna, algumas das variáveis que podem ser estudadas e que poderão ser modificadas de acordo com as necessidades do estudo. Para consolidar as informações no Quadro, proceder do seguinte modo:

1. Definir se as fichas serão processadas em conjunto ou se serão separadas segundo alguma variável. Por exemplo, pode ser de interesse para o estudo conhecer os critérios de diagnóstico e tratamento de diferentes serviços de saúde. Se for este o caso, deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada serviço de saúde. Para a seleção dos agrupamentos deve-se ter em conta o número de Fichas que ficará em cada um deles, já que se este número for muito baixo a análise das informações desdobradas não oferecerá interesse.
2. Definir, a seguir, os aspectos do estudo que serão incluídos na análise do atendimento dado às crianças nos serviços de saúde. Na primeira coluna do Quadro de Consolidação das Informações apresentam-se alguns aspectos considerados de interesse e que podem ser modificados e complementados. Modificar o Quadro de Consolidação das Informações e acrescentar todos os aspectos que sejam considerados importantes para o estudo.
3. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada serviço incluído no estudo, se o que se deseja obter é uma descrição, por serviço, dos critérios de atendimento de crianças com febre entre as crianças com menos de cinco anos. Caso se deseje fazer outro tipo de agrupamento, deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações de acordo com as variáveis que se serão estudadas.
4. Separar as Fichas segundo os agrupamentos que se decidiu estudar. Por exemplo, caso se deseje dispor dos resultados desdobrados por serviço de saúde, deve-se elaborar um Quadro de Consolidação das Informações para cada um dos serviços de saúde.
5. Começar com as Fichas correspondentes a cada agrupamento e anotar, em primeiro lugar, os dados do serviço de saúde e o período na parte superior do Quadro.
6. A seguir, começar a leitura de cada um dos aspectos ou variáveis incluídos na primeira coluna do Quadro de Consolidação das Informações e procurar a informação na primeira ficha do agrupamento selecionado.
7. Para cada aspecto ou variável, colocar uma marca (I) na coluna respectiva, seja na terceira, se a resposta for **SIM**, na quarta, se a resposta for **NÃO** ou na quinta, se não se obteve informação sobre este aspecto (**Sem Informação**).
8. Uma vez que se tenha terminado com todas as Fichas para o agrupamento referente ao Quadro de Consolidação das Informações, somar todas as marcas colocadas em cada um dos quadrados e anotar o resultado no mesmo quadrado.

9. Somar os números inseridos nos quadrados de cada linha e anotar o resultado no quadrado correspondente à coluna **Total** (segunda coluna).
10. Continuar com outro agrupamento para completar outro Quadro de Consolidação das Informações, seguindo as mesmas instruções anteriores.
11. Continuar com outro agrupamento a fim de completar outro Quadro de Consolidação das Informações, seguindo as mesmas instruções acima referidas.

PROTOCOLO 50

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DOS ACIDENTES COM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

Os acidentes com crianças constituem um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O controle da mortalidade por outras patologias prevalentes determina que os acidentes sejam responsáveis por uma alta proporção de mortes neste grupo, alcançando 20% da mortalidade de crianças de um a quatro anos.

No entanto, a quantidade de vítimas fatais não reflete a totalidade do problema, uma vez que se estima que, para cada uma dessas mortes existam entre 200 e 1.200 lesões. Há uma grande diversidade de fatores relacionados aos acidentes, mas a falta de um setor responsável por este problema e de sistemas de vigilância permanentes faz com que em muitos países o registro de informações sobre acidentes seja muito limitado.

Os acidentes se caracterizam pela falta de intencionalidade, por suas conseqüências e pela rapidez com que ocorrem. Por sua vez, pode-se classificar o acidente de acordo com o mecanismo pelo qual foi produzido, pelo tipo de lesão resultante, pela atividade realizada por quem o sofre ou pelo lugar de sua ocorrência.

Por exemplo, uma das classificações propostas baseia-se na causa de morte e inclui: os falecimentos por acidentes de trânsito; por quedas; por afogamento; por incêndios e queimaduras; por envenenamento por produtos sólidos e líquidos e; por armas de fogo.

Embora os acidentes de trânsito sejam a principal causa de morte por acidente em todos os grupos etários, a morbidade por acidentes que ocorrem no lar é de grande importância no grupo de crianças com menos de cinco anos. Com efeito, devido a sua incidência, os acidentes domésticos são mais importantes que os acidentes de trânsito.

No lar, os acidentes mais freqüentes são: quedas, queimaduras, ingestão de corpos estranhos, engasgamento e acidentes elétricos. Cerca de 90% dos acidentes domésticos seriam evitáveis se as precauções necessárias fossem tomadas.

Dado que o atendimento de casos de acidentes em crianças requer a organização adequada dos serviços de saúde é muito importante que se saiba qual a gravidade do problema a fim de incorporar nas atividades dos serviços e do pessoal de saúde, o diagnóstico, a gestão de casos, e a orientação dos responsáveis pela criança sobre a prevenção de acidentes e hábitos de vida livres de risco.

Para isto, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância oferece uma grande abertura, já que ela permite a incorporação de diferentes problemas de saúde, segundo sua prevalência na área onde a estratégia esteja sendo implantada.

OBJETIVOS

- Determinar a prevalência de acidentes com crianças com menos de cinco anos em uma determinada área.
- Determinar algumas características dos acidentes com crianças com menos de cinco anos.

METODOLOGIA

Pelo fato de não existir um registro exclusivo de dados para a obtenção das informações, utilizar-se-á uma pesquisa para crianças com menos de cinco anos. Esta pode ser utilizada para entrevistar as mães que levam suas crianças aos serviços de saúde para consulta ou em visitas domiciliares.

A primeira metodologia de seleção é mais simples e requer menos recursos para sua execução. No entanto, ela não permitirá estabelecer a prevalência de acidentes na população da área, a menos que se possa garantir que as consultas de crianças com menos de cinco anos aos serviços de saúde selecionados correspondam a uma amostra desta população. Por outro lado, o emprego dessa metodologia não permitirá identificar casos de acidentes que não sejam levados pelos pais aos serviços de saúde.

A pesquisa domiciliar, em compensação, permitirá estimar a prevalência, seja mediante o estudo de todas as crianças desse grupo etário, seja mediante uma técnica de amostragem. No entanto, conforme seja a incidência estimada do problema, pode ser necessário realizar um número muito grande de visitas domiciliares, o que significa um estudo mais dispendioso.

Em qualquer circunstância, é necessário definir a metodologia a ser empregada com base nas possibilidades operacionais de cada lugar, adequando a interpretação dos resultados, caso não se possa considerar a população estudada como representativa do total da população da área.

- Se o estudo for feito com base nos serviços de saúde, deve-se estimar o número de consultas mensais de crianças com menos de cinco anos e definir durante quanto tempo elas devem ser realizadas para dispor de um número suficiente de crianças.
- Se o estudo for feito com base demográfica, deve-se ter uma idéia aproximada da prevalência do problema a fim de efetuar o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada.
- Para ambas as situações, os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

O período do estudo deve ser de pelo menos seis meses a fim de que se possa estimar a prevalência anual de acidentes. Como existem variações sazonais com relação ao tipo e à frequência dos acidentes é recomendável distribuir o período incluindo as diversas épocas do ano ou incluir os 12 meses do ano no período do estudo.

As informações serão obtidas por meio de uma entrevista com os pais ou com a pessoa responsável pelo cuidado da criança. Já que uma criança pode ter sofrido mais de um acidente durante o período do estudo, deve-se realizar a pesquisa para cada acidente, posto que são os eventos, e não as crianças acidentadas, que configuram o objetivo do estudo.

As informações a serem obtidas mediante a entrevista são as seguintes:

- Características da criança acidentada (sexo, idade, etc.)
- Característica da lesão (causa, natureza, localização, etc.)
- Característica da atenção (lugar do atendimento, pessoal que a atendeu, etc.)
- Resultado da lesão (incapacidade, morte)

O Anexo 50.A inclui um modelo de Ficha de Entrevista com os Pais que pode ser útil como guia para formular as perguntas pertinentes e a classificação recomendada para a coleta das informações. Essa Ficha pode ser utilizada em uma visita domiciliar ou em uma entrevista em um lugar diferente do domicílio.

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo pode-se realizar a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas. A partir da informação obtida será possível calcular os indicadores relativos à prevalência dos acidentes com crianças. A Tabela 50.1 apresenta uma lista de indicadores que podem ser complementados, caso outros indicadores sejam considerados importantes, ou caso eles surjam de outras variáveis que tenham sido incorporadas ao estudo.

TABELA 50.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
INDICADOR Prevalência de acidentes com crianças com menos de 5 anos	Número de accidentes en niños menores de 5 años	Total de niños menores de 5 años encuestados
Prevalência de acidentes com crianças com menos de 5 anos, por causas	Número de accidentes en niños menores de 5 años según causa determinada	Total de niños menores de 5 años encuestados
Proporção de accidentes que necessitaram hospitalização Proporção de accidentes fatais com crianças com menos de 5 anos	Numero de accidentes en niños menores de 5 años que fueron hospitalizados	Total de accidentes en menores de 5 años
	Numero de niños menores de 5 años que fallecieron por causa de accidentes	Total de accidentes en menores de 5 años

ANEXO 50.A
PREVALÊNCIA DE ACIDENTES COM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
FICHA DE ENTREVISTA COM OS PAIS

Dados de identificação:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [_____]		Sexo: [__]		Data do nascimento: ____/____/____	
Sobrenome e nome da mãe:					
Domicílio da criança:					
Data da entrevista: ____/____/____			Data da consulta inicial: ____/____/____		
Composição da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Pai	Sim [__] Não [__]	Avó	Sim [__] Não [__]	Irmãos	Sim [__] Não [__]
Mãe	Sim [__] Não [__]	Avô	Sim [__] Não [__]	- Mais velhos	Nº [_____]
Quem cuida da criança? [_____]				- Mais jovens	Nº [_____]
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da moradia:					
Urbana [__]		Rural [__]		Número de cômodos: [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso S.: Sim [__] Não [__]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [__]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]		
A criança sofreu algum acidente nos últimos seis meses? Sim [__] Não [__]					
Sobre as características da lesão:					
Causa da lesão					
Natureza da lesão					
Localização da lesão no corpo					
Lugar onde ocorreu a lesão					
Atividade quando ocorreu o dano					
Sobre o atendimento à criança:					
A criança recebeu atenção pelo acidente? Sim [__] Não [__]					
Onde foi atendida?					
No lugar do acidente		Sim [__] Não [__]		No lar	
Em um centro de saúde		Sim [__] Não [__]		No hospital	
Outro:					
Quem a atendeu?		Médico Sim [__] Não [__]		Enfermeira: Sim [__] Não [__]	
Outro:					
A criança ficou hospitalizada? Sim [__] Não [__]				Em que serviço?	
Quanto tempo?					
Sobre o resultado do acidente:					
Recuperou-se totalmente? Sim [__] Não [__]					
Teve/tem alguma deficiência temporária? Sim [__] Não [__]					
De que tipo?					
Durante quanto tempo?					
Tem uma deficiência permanente? Sim [__] Não [__]					
De que tipo?					
Morreu Sim [__] Não [__]					

Classificação Recomendada para a Coleta das Informações com Relação aos Acidentes

Principal causa externa da lesão

1. Veículo motorizado – motorista (não se aplica a crianças)
2. Veículo motorizado - passageiro *
3. Motocicleta – motorista (não se aplica a crianças)
4. Motocicleta - passageiro *
5. Ciclista (não se aplica a crianças) ou passageiro de bicicleta *
6. Pedestre
7. Outra circunstância relacionada com o transporte
8. Causas relacionadas com cavalos (queda ou mordida)
9. Queda de pouca altura (da mesma altura ou < 1 m de altura)
10. Queda de um nível alto (mais de 1 m)
11. Afogamento - em piscina
12. Afogamento - sem ser em piscina
13. Outra ameaça para a respiração
14. Fogo, chamas, fumaça
15. Exposição a alimentos ou a bebidas quentes, água, outros líquidos, vapor ou gás
16. Exposição a objeto ou substância sólida quente (queimadura de contato)
17. Envenenamento - medicamento ou substância medicinal
18. Envenenamento - outro ou substância sem especificar
19. Arma de fogo
20. Corte, objeto da perfuração
21. Em relação com cães (inclui mordida)
22. Em relação com animais - exclui o cavalo (8) e o cão (21)
24. Maquinaria
25. Eletricidade
26. Condições quentes (origem natural), luz solar
27. Condições frias (origem natural)
28. Outra causa externa especificada (inclui último efeito)
29. Causa externa sem especificar
30. Colisão com pessoa
31. Colisão com objeto

* Qualquer outro ocupante de veículo de transporte que não seja seu motorista.

Natureza da lesão principal

- *1. Superficial - exclui olho, item (13)
- *2. Ferida aberta - exclui olho, item (13)
- *3. Fratura - exclui dente, item (21)
- *4. Deslocamento - inclui disco dilacerado, cartilagem, ligamento
- *5. Entorse ou tensão
- *6. Lesão do nervo - inclui medula espinhal; exclui lesão intracraniana, item (20)
- *7. Lesão de vaso sangüíneo
- *8. Lesão de músculo ou tendão
- *9. Lesão por esmagamento
- *10. Amputação traumática - inclui amputação parcial
- *11. Lesão a órgão interno
- *12. Queimadura ou corrosão - exclui olho, item (13)
- 13. Lesão do olho - inclui queimadura; exclui corpo estranho, item (14.1)
 - 14.1 Corpo estranho no olho
 - 14.2 Corpo estranho no conduto auditivo
 - 14.3 Corpo estranho no nariz
 - 14.4 Corpo estranho nas vias respiratórias - exclui item (14.3)
 - 14.5 Corpo estranho no aparelho digestivo
 - 14.6 Corpo estranho na zona genital urinária
 - 14.7 Corpo estranho em tecidos epiteliais
 - 14.9 Corpo estranho: Outra localização/localização não especificada
- 20. Lesão intracraniana - inclui concussão cerebral
- 21. Lesão dental - inclui dente fraturado
- 22. Afogamento ou imersão
- 23. Asfixia ou outra ameaça para a respiração - exclui afogamento, item (22)
- 24. Lesão elétrica
- 25. Envenenamento ou efeito tóxico - exclui mordida venenosa, item (26)
- 26. Efeito de veneno; qualquer mordida de inseto
- *27. Outra natureza especificada de lesão
- *28. Lesão sem especificar a natureza
- *29. Lesões múltiplas de mais de uma natureza
- 30. Nenhuma lesão detectada

* Requer especificar a localização da lesão no corpo..

Principal localização corporal da lesão

1. Cabeça - exclui rosto
2. Rosto - exclui olho
3. Pescoço
4. Tórax
5. Abdome
6. Zona lombar
7. Pelve - inclui períneo, área anal, nádegas
8. Ombros
9. Braços
10. Cotovelo
11. Antebraço
12. Pulso
13. Mão - inclui dedos
14. Cadeiras
15. Coxa
16. Joelho
17. Perna
18. Tornozelo
19. Pé - inclui dedos
20. Localização no corpo, sem especificar
21. Lesões múltiplas que envolvem diferentes localizações do corpo
22. Localização do corpo não requerida

Tipo de lugar em que ocorreu a lesão

1. Em casa
2. Instituição residencial - inclui acomodação transitória e orfanatos; exclui hospital, item (4)
3. Escola, outra instituição ou edifício da administração pública - inclui creche para o cuidado da criança durante o dia; exclui hospital, item (4)
4. Hospital ou outro estabelecimento de saúde
5. Área de recreação - lugar usado principalmente para a atividade de recreio informal
6. Área de esportes ou atletismo - lugar usado principalmente para esportes formais
7. Rua ou rodovia - via pública
8. Área de comércio ou de serviço
9. Área industrial ou de construção
10. Mina ou pedreira
11. Granja - exclui a casa da granja, item (1)
12. Outro lugar especificado - inclui bosque, praia, edifício abandonado
13. Lugar sem especificar

Tipo de atividade da pessoa no momento do acidente

1. Atividade esportiva (não se aplica a crianças com menos de cinco anos)
2. Atividade de recreação
5. Atividade pessoal (dormindo, comendo, etc.)
6. Sendo cuidado
7. Atividade educativa formal tal como estudante - inclui o trajeto ao estabelecimento de ensino
8. Outra atividade especificada
9. Atividade sem especificar

PROTOCOLO 51

PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, se bem que outros tipos de microbactérias também possam provocar a doença (*M. avium*, *M. bovis*). O contágio se dá quando uma pessoa sadia entra em contato com a bactéria, geralmente, de uma pessoa doente. O contágio se dá por via respiratória. Inicialmente, ocorre uma infecção primária e a bactéria se instala no interior das células do organismo, especialmente no pulmão. Por vezes, o *Mycobacterium tuberculosis* atravessa a barreira meningoencefálica dando origem à tuberculose meníngea e, eventualmente, também pode localizar-se em outros órgãos como, por exemplo, o rim, gânglios linfáticos, articulações, etc., dando origem a outros quadros da doença.

A tuberculose é, em geral, uma doença de pessoas adultas, seja porque o contágio ocorreu nesta idade, seja porque houve uma reativação de uma infecção primária ocorrida antes. As possibilidades de contágio aumentam na população com o número de casos de tuberculose pulmonar sem tratamento, com baciloscopia positiva, uma vez que o tratamento rapidamente faz com que o doente deixe de ser uma fonte de infecção.

No entanto, a tuberculose também afeta as crianças. Estas correm um risco maior do que os adultos quanto à disseminação e ao aparecimento de formas graves, como a tuberculose miliar e meningite tuberculosa.

Como a tuberculose infantil não é muito contagiosa, ela é, em geral, uma conseqüência da tuberculose no adulto. Portanto, a tuberculose infantil é um indicador da prevalência da tuberculose na comunidade e da efetividade das medidas de controle da doença.

OBJETIVO

Determinar a prevalência de casos de tuberculose em crianças com menos de cinco anos entre a população infantil atendida nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo do protocolo deve-se obter as informações de casos de tuberculose em crianças com menos de cinco anos, diagnosticadas pelo pessoal de serviços de saúde correlatos, e compará-las com o número total de crianças atendidas do mesmo grupo etário.

1. Selecionar os serviços de saúde que participarão do estudo. Para isto é conveniente ter em conta certos aspectos:
 - 1.1. Se os serviços selecionados recebem casos de tuberculose e os solucionam ou se, pelo menos, coordenam medidas para sua solução. Se, por exemplo, existem serviços de saúde especializados em tuberculose ou em problemas respiratórios que são

conhecidos pela população, há a possibilidade de que as crianças com suspeita da doença sejam levadas diretamente a esses serviços. Se esses serviços especializados não forem incluídos no estudo, os resultados do estudo subestimarão a frequência com que a tuberculose é considerada como motivo de consulta de crianças com menos de cinco anos.

- 1.2. Se os serviços de saúde referem crianças com suspeita de tuberculose aos serviços especializados, deve-se assegurar que a primeira consulta seja registrada nos serviços do primeiro nível e que fique anotada a suspeita de tuberculose, razão pela qual a criança foi referida. Caso contrário, também se perderão informações sobre possíveis casos de tuberculose infantil que foram levados aos serviços de saúde para consulta.
2. Verificar as características e a qualidade dos registros de consulta e de hospitalização, de maneira que se possa obter as informações sobre o diagnóstico de tuberculose em crianças. Deve-se ter em mente que em muitas ocasiões os registros existentes nos serviços de saúde não oferecem informações sobre os sinais que a criança apresenta, mas sim sobre a classificação e o diagnóstico dados pelo pessoal de saúde. Como a maneira de registrar a informação é diferente para cada trabalhador de saúde, será conveniente padronizar os critérios de registro.
3. Deve-se fazer uma estimativa do número de consultas que deverão ser estudadas, de modo que se possa dispor de informações sobre a prevalência da tuberculose. Esse número deverá ser determinado com base na incidência estimada de tuberculose em crianças com menos de cinco anos na área do estudo, ou tomando como referência o número de casos dessa doença nesse grupo etário que foi notificado no último ano pelos serviços de saúde que participarão do estudo. Se essa informação não for disponível, pode-se examinar um número determinado de consultas de crianças com menos de cinco anos e verificar qual foi o número de casos de tuberculose entre elas. Os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.
4. Finalmente, uma vez determinado o tamanho da amostra, deve-se definir o período durante o qual serão coletadas as informações. Estas informações podem ser obtidas de forma retrospectiva ou de forma prospectiva. Esta última modalidade é preferível sempre que for preciso realizar ajustes para a obtenção das informações, por exemplo, se o que se deseja é padronizar o critério de *suspeita de tuberculose*.

O Anexo 51.A apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações que pode ser útil. Com os dados do Quadro pode-se calcular diferentes indicadores referentes ao objetivo do estudo. A Tabela 51.1 apresenta alguns desses indicadores, a partir dos quais será possível elaborar outros indicadores, caso isto interesse ao estudo.

TABELA 51.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose	Número de crianças com menos de 5 anos, classificadas, pelo pessoal de saúde, como tendo tuberculose (confirmada e não confirmada)	Número total de crianças com menos de 5 anos, levadas para consulta durante o período
Proporção de crianças com menos de 2 anos com diagnóstico de tuberculose	Número de crianças com menos de 2 anos, classificadas, pelo pessoal de saúde, como tendo tuberculose (confirmada e não confirmada)	Número total de crianças com menos de 2 anos que foram classificadas pelo pessoal de saúde como tendo tuberculose (confirmada e não confirmada por laboratório)
Proporção de crianças com menos de 5 anos com tuberculose confirmada por laboratório	Número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose confirmada por laboratório	Número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose (confirmada e não confirmada por laboratório)

ANEXO 51.A
PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

GRUPO ETÁRIO	TUBERCULOSE			SEM INFORMAÇÃO
	TOTAL	CONFIRMADA	NÃO CONFIRMADA	
TOTAL				
< 1 ANO				
1 ANO				
2 ANOS				
3 ANOS				
4 ANOS				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Primeiro, completar a parte superior do quadro contendo os dados de identificação da área e do serviço a que as informações se referem.
2. A seguir, tomar os registros do primeiro dia do período estudado e procurar a primeira consulta de uma criança com menos de cinco anos. Determinar a idade da criança e, com base nesta, selecionar a linha do Quadro de Consolidação das Informações onde se enquadre. Colocar uma marca (l) no quadrado dessa linha correspondente à segunda coluna **Total**.
3. Depois, verificar se o diagnóstico da criança é tuberculose e, se for esse o caso, verificar se há informações de confirmação de laboratório (seja baciloscopia ou cultura positiva). Colocar uma marca (l) no quadrado correspondente da linha mostrando a idade da criança.
4. Prosseguir com o próximo registro e repetir o mesmo procedimento com este e com todos os demais casos de crianças com menos de cinco anos atendidas durante o período do estudo.
5. Selecionar outro Quadro de Consolidação das Informações para cada área ou serviço de saúde que participou do estudo e repetir as etapas anteriores.
6. Uma vez terminada a revisão de todos os registros de todos os serviços de saúde ou áreas, somar as marcas colocadas nos quadrados de cada Quadro de Consolidação das Informações e anotar o resultado de cada soma no mesmo quadrado.
7. Para obter os totais da primeira fila, somar os números de cada quadrado de uma mesma coluna e anotar o resultado desta soma no quadrado da primeira linha (**Total**) nesta coluna.

PROTOCOLO 52

CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO E DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

Embora a incidência de tuberculose em crianças seja geralmente baixa, o diagnóstico correto e o tratamento figuram como prioritários, quando se quer a redução da gravidade e das complicações desta doença.

O diagnóstico de tuberculose em crianças apresenta diversas dificuldades devido à baixa frequência do aparecimento de sintomas. Algumas vezes, os casos são identificados principalmente em consequência de estudos de contatos de adultos doentes e não como resultado de uma consulta infantil a um serviço de saúde. Pelo fato desta doença progredir sem apresentar sintomas ou devido ao aparecimento de sinais inespecíficos, o pessoal de saúde não costuma investigar a possibilidade de tuberculose em crianças levadas por seus pais aos serviços de saúde. Como as possibilidades de obtenção de amostras de expectoração de crianças para a identificação de bacilos são escassas, o diagnóstico da doença deve ser realizado mediante a análise de um conjunto de fatores inespecíficos que podem levar à suspeita e, às vezes, à confirmação da doença.

Aos problemas associados com a identificação e o diagnóstico da tuberculose, soma-se a aplicação de diversos critérios para o tratamento, no que se refere aos medicamentos, à dosagem, à duração do tratamento e sua forma de administração, seja esta supervisionada ou auto-administrada.

Neste contexto, a padronização dos critérios para a suspeita de tuberculose em crianças, bem como as medidas a serem adotadas para a avaliação, diagnóstico e tratamento são muito importantes para reduzir o dano causado pela doença. O conhecimento dos critérios atualmente em uso nos serviços de saúde do primeiro nível, bem como nas clínicas ambulatoriais dos hospitais, pode oferecer uma visão geral da situação e estabelecer uma base para a avaliação das mudanças que forem produzidas, uma vez que as normas padrão tenham sido implementadas.

OBJETIVOS

- Descrever os critérios de diagnóstico e tratamento da tuberculose que estão sendo aplicados pelo pessoal dos serviços de saúde em crianças com menos de 5 anos.
- Avaliar o cumprimento da aplicação das recomendações ou das normas existentes para o diagnóstico e o tratamento da tuberculose em crianças com menos de cinco anos nos serviços de saúde.

O primeiro desses objetivos se aplica aos serviços de saúde onde ainda não foram realizadas ações visando a padronização dos critérios de diagnóstico e de tratamento da tuberculose. Nestas situações, melhorar o conhecimento no que diz respeito aos critérios em uso pode ajudar a identificar aqueles aspectos a serem acentuados durante a implementação das normas que forem adotadas. Em situações em que já existam normas corretas para o atendimento dos casos de tuberculose, a aplicação deste protocolo pode ajudar a avaliar seu cumprimento nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

A população objeto do estudo será formada pelo pessoal dos serviços de saúde responsável pela atenção de crianças com menos de cinco anos levadas para consulta ambulatorial. Far-se-á a avaliação dos critérios que este pessoal está empregando para o diagnóstico de tuberculose em crianças deste grupo etário e do tipo de tratamento que prescrevem nestes casos.

Os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

O estudo deverá incluir a revisão dos Antecedentes Clínicos ou dos registros dos casos de tuberculose em crianças com menos de cinco anos diagnosticadas nos serviços de saúde em que o pessoal que será objeto do trabalho desempenha suas funções. O estudo poderá, adicionalmente, incluir a formulação de perguntas ao pessoal de saúde com respeito aos critérios que emprega para o diagnóstico de tuberculose em crianças com menos de cinco anos e seu tratamento.

A primeira destas atividades consistirá na avaliação retrospectiva dos casos de tuberculose, para os quais se deverão analisar:

- O motivo de consulta
- Os sinais e os sintomas que a criança apresentava
- Os estudos realizados e seus resultados
- Os antecedentes de contato com pessoas tuberculosas
- O diagnóstico realizado pelo pessoal de saúde
- O tratamento indicado e a forma em que foi ou está sendo administrado.

É necessário contar com registros adequados que incluam estas informações pois, do contrário, não se poderá determinar se a ausência de alguns dados significa que eles não foram registrados, embora tenham sido avaliados pelo pessoal de saúde.

Caso se deseje complementar o estudo com um questionário para o pessoal de saúde responsável pelo atendimento de crianças com menos de cinco anos, as perguntas poderão ser respondidas na presença ou na ausência do entrevistador.

A avaliação dos resultados do questionário deverá ter sempre em conta o exame das informações disponíveis sobre os casos de tuberculose diagnosticados, já que ele refletirá os critérios que o pessoal de saúde aplica na prática. Em compensação, alguns critérios registrados no questionário

nem sempre correspondem aos critérios realmente utilizados pelo pessoal de saúde. Em outras palavras, o entrevistado pode enumerar os critérios que ele considera adequados, embora ele não os utilize por várias razões, dentre elas o tempo reduzido da consulta que não permite um atendimento pormenorizado da criança.

O Anexo 52.A apresenta um modelo de Ficha que pode ser utilizada para a revisão dos casos de crianças com menos de cinco anos com diagnóstico de tuberculose. Esta mesma ficha pode ser adaptada para a elaboração de perguntas a serem respondidas pelo pessoal de saúde.

Procedimentos para a execução do estudo

1. Selecionar o pessoal e os serviços de saúde que serão incluídos no estudo.
2. Definir, a seguir, o período de tempo durante o qual se realizará o estudo, levando em consideração que se o período for demasiado longo é possível que ocorram mudanças no quadro do pessoal de saúde ou nos critérios que este aplica para a avaliação, diagnóstico e tratamento de tuberculose em crianças. Dado que a tuberculose infantil não é uma doença freqüente, pode ser difícil encontrar o número suficiente de casos da doença durante o período em que se realize o estudo.
3. Definir as variáveis que serão incluídas no estudo para conhecer os critérios de diagnóstico e tratamento da tuberculose em crianças. Nesse sentido, revisar a Ficha do Anexo 52.A e realizar as adaptações e as modificações que sejam consideradas necessárias. Caso já exista uma norma para manejar a tuberculose em crianças e se deseje obter, a partir do estudo, uma idéia do grau de cumprimento alcançado em sua aplicação, deve-se sempre incluir todas as variáveis dessa norma.
4. A seguir, selecionar os registros relativos ao atendimento de crianças com menos de cinco anos nos serviços de saúde que serão incluídos no estudo a fim de identificar os registros em que apareça o diagnóstico de tuberculose.
5. Uma vez identificados os casos de tuberculose, completar as informações da Ficha do Anexo 52.A, preenchendo uma Ficha para cada caso de tuberculose encontrado.
6. Deve-se fazer uma anotação das informações que não se encontram no registro do caso. Para isto, a Ficha inclui, para cada variável, a categoria *Sem Informação*.
7. Uma vez concluídos o exame e o registro de todos os casos de todos os serviços de saúde selecionados para o estudo, dar início ao processamento das informações registradas.

Processamento das informações

No exame dos registros de casos de tuberculose em crianças com menos de cinco anos serão obtidas diversas informações relacionadas com os sinais e sintomas observados no momento da consulta e com os resultados dos exames realizados e o tratamento indicado. Com base nestes dados, será possível descrever os critérios de diagnóstico e de tratamento da tuberculose em crianças com menos de cinco anos empregados pelo pessoal de saúde.

Se houver normas para o diagnóstico e tratamento da tuberculose em crianças com menos de cinco anos, pode-se comparar os critérios em uso com essas normas e, deste modo, fazer uma avaliação de seu cumprimento.

Para o processamento das informações pode-se utilizar um programa de computação de banco de dados tipo Epi Info ou, então, processar algumas variáveis manualmente utilizando, por exemplo, um Quadro de Consolidação das Informações como o que aparece no Anexo 52.B.

O Quadro de Consolidação das Informações apresenta, na primeira coluna, algumas das variáveis que podem ser estudadas e que poderão ser modificadas de acordo com as necessidades e interesses do estudo.

Uma vez que se tenha consolidado as informações de todos os serviços de saúde, pode-se calcular diversos indicadores sobre os critérios de diagnóstico e tratamento da tuberculose em crianças com menos de cinco anos. A Tabela 52.1 inclui alguns indicadores que podem ser complementados com outros indicadores, de acordo com o interesse do estudo.

Não se deve esquecer que se a proporção de casos sem informação for muito elevada (40% ou mais), o cálculo dos indicadores anteriores não será representativo do total, uma vez que não se poderá dispor de informações sobre a variável para uma alta porcentagem dos casos.

Por outro lado, no caso de se desejar comparar a mudança nos critérios de avaliação, de diagnóstico e de tratamento por parte do pessoal de saúde, será necessário comparar os mesmos indicadores para dois períodos diferentes. Neste caso, uma redução da porcentagem de casos carentes de informações será um elemento positivo no que diz respeito à melhora do registro, o que permitirá que os critérios que estão sendo empregados sejam analisados da melhor forma.

Finalmente, caso se deseje avaliar até que ponto os critérios de diagnóstico e de tratamento estabelecidos pelas normas do lugar do estudo estão sendo aplicados é mister definir com clareza as normas e, na revisão dos registros, determinar se estas estão ou não sendo cumpridas.

TABELA 52.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de casos de tuberculose com radiologia compatível em crianças com menos de cinco anos, prova tuberculínica acima de 10 mm e contato identificado com uma pessoa com tuberculose	Número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose que tiveram radiologia compatível, teste de tuberculina maior de 10 mm e contato identificado com uma pessoa com tuberculose	Número total de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose menos número de crianças sem informação a respeito de radiologia, teste de tuberculina ou contato
Proporção de casos de tuberculose submetidas a estudo bacteriológico de tuberculose em crianças com menos de 5 anos	Número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose com informação sobre estudo bacteriológico de tuberculose	Número total de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose
Proporção de casos de tuberculose confirmada bacteriologicamente em crianças com menos de 5 anos	Número de crianças com menos de cinco anos com diagnóstico de tuberculose confirmada por bacteriologia	Número total de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose menos número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de tuberculose sem informação sobre estudo bacteriológico de tuberculose

ANEXO 52.A
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA DE COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:				
Sobrenome e nome da criança:				
Idade: [____]	Sexo: [____]	Data da consulta/hospitalização: ____/____/____		
Classificação/diagnóstico principal:				
Outras classificações/diagnósticos:				
Domicílio da criança:				
Quadro clínico no momento da consulta:				
Tosse	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Duração: [____] Produtiva	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Dispnéia	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Alterações ou diminuição da atividade	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Não aumenta de peso/dificuldade em alimentar-se	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Sibilância	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Respiração rápida	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Dificuldade respiratória	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Obstrução bronquial	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Linfoadenopatias	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Localização:				
Vacinação com BCG	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Estudos de diagnóstico:				
Prova tuberculínica	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Leitura:				
Confirmação bacteriológica	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Amostra:	Técnica:			
Radiografia do tórax	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]	
Achados:				
Estudo de contatos		Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
<i>Contato</i>	<i>Estudo realizado</i>	<i>Data</i>	<i>Resultado</i>	

Outros estudos, exames, etc.:				
Tratamento do caso:				
<i>Medicamentos</i>	<i>Dose diária</i>	<i>Duração</i>		
Modalidade do tratamento indicado:				
Supervisionado:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação	
Auto-administrado:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Sem Informação	
Outros tratamentos:				
Observações:				

ANEXO 52.B
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Serviço de Saúde/Área: _____ Período: _____

ASPECTO	TOTAL	SIM	NÃO	SEM INFORMAÇÃO
A criança apresentava: 1 Achado radiológico compatível com tuberculose; e 2 Prova tuberculínica acima de 10 mm; e 3 Contato com um caso de tuberculose pulmonar confirmado bacteriologicamente				
O diagnóstico foi confirmado por bacteriologia (baciloscopia ou cultura)				
Radiografia do tórax não compatível com tuberculose				
Sem contato com pessoa com tuberculose				
Com tratamento padrão de 6 meses: Dois meses de isoniacida, rifampicina e pirazinamida diariamente seguidos por - quatro meses de isoniacida e rifampicina diariamente; - ou quatro meses de isoniacida e rifampicina dos/ tres vezes por semana - ou 4 meses de isoniacida e rifampicina, duas/três vezes por semana				
Com tratamento supervisionado				

Observaciones:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Definir se as Fichas serão processadas em conjunto ou se serão separadas de acordo com alguma variável. Por exemplo, pode-se considerar que seria interessante conhecer os critérios de diagnóstico e de tratamento utilizados em diferentes serviços de saúde. Neste caso deve-se confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada serviço de saúde. Para selecionar os agrupamentos é necessário considerar o número de fichas para cada agrupamento pois, se esse número for muito baixo, a análise das informações desdobradas não será de interesse. Por exemplo, se para um serviço de saúde só forem obtidos três casos de tuberculose, o processamento dessas informações não permitirá chegar a conclusões sobre o manejo da tuberculose em crianças.
2. Definir, a seguir, os aspectos do estudo que serão incluídos na análise do manejo de casos de tuberculose em crianças. Na primeira coluna do Quadro de Consolidação das Informações podem ser encontrados alguns aspectos que interessam ao estudo e que podem ser modificados e complementados com outros. Modificar o Quadro de Consolidação das Informações e adicionar todos os aspectos que forem considerados importantes para o estudo.
3. Confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações para cada serviço incluído no estudo, caso se queira obter uma descrição dos critérios de manejo da tuberculose nas crianças com menos de cinco anos por serviço. Caso se deseje fazer outro tipo de agrupamento será preciso confeccionar um Quadro de Consolidação das Informações em conformidade com as variáveis que forem escolhidas para o estudo.
4. Separar as Fichas segundo os agrupamentos escolhidos para o estudo.
5. Começar com as Fichas que dizem respeito ao primeiro agrupamento e assinalar, em primeiro lugar, os dados do serviço de saúde e o período na parte superior do Quadro.
6. A seguir, começar a leitura de cada um dos aspectos e variáveis incluídos na primeira coluna do Quadro de Consolidação das Informações e procurar as informações na primeira Ficha do agrupamento selecionado.
7. Para cada aspecto ou variável, colocar uma marca (I) na coluna que corresponder, seja na terceira, se a resposta for SIM, na quarta, se a resposta for NÃO, ou na quinta, se não se obteve informação sobre este aspecto.
8. Uma vez que se tenha concluído todas as Fichas para o agrupamento referente ao Quadro de Consolidação das Informações somar todas as marcas colocadas em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado.
9. Somar os números colocados nos quadrados de cada linha e anotar o total no quadrado correspondente à coluna Total (segunda coluna).
10. Continuar com outro agrupamento para completar outro Quadro de Consolidação das Informações, obedecendo às mesmas instruções acima indicadas.

PROTOCOLO 53

PREVALÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas, ou Tripanossomíase Americana, é causada por um parasito, o *Trypanosoma cruzi*. Sua transmissão ao homem acontece principalmente por meio de vetores, particularmente as espécies hematófagas (bicudo, barbeiro, chupão), dos gêneros *Triatoma*, *Rhodnius* e *Panstrongylus*. A transmissão também pode se dar por meio de transfusão de sangue, quando esta não é devidamente controlada para evitar a presença do parasito (sangue proveniente de uma pessoa já infectada), e por via transplacentária, da mãe à criança.

A doença limita-se ao continente americano, com uma distribuição geográfica ampla que se estende desde os Estados Unidos ao sul da Argentina. Em sua forma aguda é mais freqüente em crianças, embora também se a possa observar em pessoas adultas.

Hoje em dia há um tratamento eficaz para anular a reação serológica em crianças com menos de cinco anos. Dado que na idade adulta a doença é crônica e não se dispõe de um tratamento que permita conseguir esta seroconversão, é muito importante detectar aquelas crianças com menos de cinco anos que estejam infectadas para que, através do tratamento, seja possível aumentar a possibilidade de cura.

Como a implementação do diagnóstico e do tratamento da doença de Chagas em crianças requer a organização adequada dos serviços de saúde é muito importante conhecer a prevalência da doença nas zonas em que ela é endêmica. Para isto, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância oferece um campo adequado, já que permite a incorporação de diferentes problemas de saúde, segundo sua prevalência na área de aplicação.

OBJETIVO

Determinar a prevalência de infecção por Doença de Chagas em crianças com menos de cinco anos em uma área determinada.

METODOLOGIA

Para dar cumprimento ao objetivo proposto serão realizados estudos serológicos em crianças com menos de cinco anos a fim de detectar a presença de infecção por Doença de Chagas. Para a seleção das crianças pode-se adotar dois mecanismos:

- Utilizar como base os serviços de saúde da área em que o estudo será realizado.
- Selecionar as crianças na comunidade.

A primeira metodologia de seleção é mais fácil de ser implementada, uma vez que o estudo poderá ter lugar na mesma ocasião da consulta sem que haja necessidade de formar equipes móveis para

a coleta das amostras de sangue. No entanto, esta metodologia não permitirá estabelecer a prevalência de infecção por Doença de Chagas na população da área, a menos que se possa garantir que as consultas de crianças com menos de cinco anos aos serviços de saúde selecionados representam uma amostra de toda a população local.

A segunda metodologia, em compensação, permitirá estimar a prevalência de infecção por Doença de Chagas, seja mediante o estudo de todas as crianças desse grupo etário, seja mediante uma técnica de amostragem. Seja qual for o caso, deve-se definir a metodologia a ser empregada com base nas possibilidades operacionais de cada lugar, adequando a interpretação dos resultados caso não se possa considerar que a população estudada seja representativa do total da população da área.

Devido a sua simplicidade e ao seu custo, a coleta de amostras de sangue mediante uma picada na ponta do dedo e a absorção do sangue em papel de filtro é um método adequado para o estudo. As técnicas serológicas mais recomendáveis são a hemaglutinação indireta (HAI), a imunofluorescência indireta (IFI) e a técnica imunosorbente enzimática (ELISA). Todos os materiais para estas técnicas se encontram no mercado. São técnicas que não apresentam dificuldades e de sensibilidade e especificidade adequadas. Para o diagnóstico, pode-se utilizar uma ou uma combinação dessas técnicas, segundo os recursos laboratoriais.

Procedimentos para a execução do estudo

1. Selecionar a área e definir se o estudo será feito com base nos serviços de saúde ou mediante visitas domiciliares.
2. Definir o número de crianças que serão estudadas da seguinte maneira:
 - 2.1. Se o estudo for realizado em serviços de saúde, estimar o número de consultas mensais de crianças com menos de cinco anos e definir o tempo de estudo necessário para que se possa contar com um número suficiente de amostras.
 - 2.2. Se o estudo for realizado na localidade deve-se ter uma estimativa da prevalência da infecção para que se possa efetuar o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada.
 - 2.3. Os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.
3. Estabelecer a forma como serão realizadas a coleta das amostras de sangue e as conclusões laboratoriais.

O Anexo 53.A apresenta um Formulário para a Compilação das Informações dos resultados dos exames das crianças estudadas.

De posse dos resultados das determinações para todas as crianças estudadas, deve-se consolidar e processar as informações. O Anexo 53.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações que pode ser útil.

A partir das informações obtidas, pode-se calcular os indicadores referentes à prevalência de infecção por Doença de Chagas em crianças. A Tabela 53.1 apresenta uma lista de alguns indicadores que podem ser complementados com outros que forem considerados de interesse e importância ou que surjam de outras variáveis que se incorporem ao estudo.

TABELA 53.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Prevalência de crianças com menos de 5 anos com exame de infecção por Doença de Chagas positivo	Número de crianças com menos de 5 anos com exame de infecção por Doença de Chagas positivo	Número total de crianças com menos de 5 anos com resultados da pesquisa sobre a presença de infecção por Chagas
Prevalência de crianças com menos de 2 anos com exame de infecção por Doença de Chagas positivo	Número de crianças com menos de 2 anos com exame de infecção por Doença de Chagas positivo	Número total de crianças com menos de 2 anos com resultados da pesquisa sobre a presença de infecção por Chagas

Algumas considerações adicionais:

O estudo de crianças com menos de cinco anos irá informar sobre a infecção por Doença de Chagas em geral, sem desdobrar sua via de transmissão. Algumas crianças, por exemplo, podem ter contraído a doença através de um vetor e outras crianças por via transplacentária. A transfusão feita com sangue infectado não é uma via de contágio habitual em crianças com menos de cinco anos.

Caso se deseje obter alguma informação adicional com respeito à frequência relativa de contágio vetorial e não vetorial, deve-se complementar o estudo com as seguintes atividades:

- Exame das mães das crianças com menos de cinco anos para determinar se estão infectadas ou não.
- Exame das habitações e do peridomicílio onde as crianças vivem para determinar a presença de barbeiros.

Caso se deseje avaliar o conhecimento e a atitude da família em relação ao problema, deve-se incorporar, ao estudo, uma entrevista com os pais, a fim de poder obter informações sobre esses aspectos.

ANEXO 53.B
PREVALÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS
QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Serviço de Saúde: _____

GRUPO ETÁRIO	TOTAL	CHAGAS POSITIVO	CHAGAS NEGATIVO	SEM INFORMAÇÃO
TOTAL				
< 1 ANO				
1 ANO				
2 ANOS				
3 ANOS				
4 ANOS				

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Primeiro, completar as informações da parte superior do Quadro inserindo o nome da área a que os resultados se referem e o serviço de saúde em que se realizou o estudo.
2. A seguir, tomar os resultados dados pelo laboratório sobre os exames para determinação de infecção por Chagas.
3. Observar a idade da criança a quem cabe o primeiro resultado e selecionar a linha do Quadro de Consolidação das Informações que corresponda à idade.
4. Anotar o resultado obtido sobre infecção por Doença de Chagas. Se for positivo, colocar uma marca (|) no quadrado correspondente à interseção da linha da idade da criança com a coluna **Chagas Positivo**. Se for negativo, colocar uma marca (|) no quadrado correspondente à linha da idade da criança com a coluna **Chagas Negativo**. Se, por alguma razão, não constar o resultado de infecção por Chagas, colocar a marca na interseção da linha da idade da criança com a coluna **Sem Informação**.
5. Proceder do mesmo modo com a segunda criança examinada e assim sucessivamente, até completar a revisão de todos os exames realizados.
6. A seguir, somar o número de marcas (|) em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado.
7. Somar todos os números de cada linha e anotar o total na coluna **Total**. Somar, também, todos os números de cada coluna e anotar o total resultante no quadrado de cada coluna da linha **Total**.

PROTOCOLO 54

PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE DENGUE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

O dengue é uma doença febril e aguda causada por um vírus transmitido por mosquitos, principalmente o *Aedes aegypti*. Os vírus do dengue são flavivírus e incluem quatro sorotipos. A doença se apresenta especialmente em países de clima tropical da Ásia, da África e da Região das Américas.

O vírus do dengue se perpetua mediante um ciclo que inclui o homem e o mosquito, não se descartando a existência de um ciclo macaco-mosquito como reservatório no sudeste asiático e na África ocidental.

A transmissão da doença se dá quando um mosquito infectante pica um ser humano, transmitindo-lhe o vírus. Os mosquitos são infectados ao picar uma pessoa infectada. As pessoas infectadas transmitem a doença a partir do término do período febril e durante um lapso de seis a sete dias. Depois de ter picado uma pessoa doente durante este período, o mosquito leva de oito a 12 dias para se tornar infectante, e permanece nesta condição pelo resto de sua vida.

O dengue afeta o ser humano em qualquer idade, porém costuma ser mais benigno nas crianças do que nos adultos. Apresenta-se como uma doença febril aguda que pode ocasionar erupção e sinais inespecíficos como fadiga, dores articulares, musculares e retroorbitais. A infecção por um vírus do dengue gera imunidade duradoura. A letalidade é em geral baixa. No entanto, às vezes, ocorre o dengue hemorrágico, cuja taxa de letalidade é mais elevada.

O diagnóstico da doença se faz mediante exame clínico e confirmação laboratorial. A existência de casos prévios da doença representa um elemento importante de suspeita diagnóstica. Para o diagnóstico diferencial devem ser consideradas outras doenças febris transmitidas por artrópodes, bem como o sarampo e a rubéola.

Finalmente, a doença pode ser evitada mediante a aplicação de medidas básicas de saneamento que diminuam a presença de mosquitos e através de medidas que protejam o corpo contra as picadas.

Nas áreas endêmicas, as crianças podem ser afetadas pelo Dengue, especialmente se medidas básicas de prevenção às picadas de mosquitos não forem aplicadas. Por esta razão, o conhecimento da existência do problema e das características das pessoas afetadas pode ser útil para orientar, no nível local, as ações de controle. Posteriormente, a frequência do aparecimento do problema e a modificação de certos hábitos de vida que favorecem a transmissão da infecção poderão ser determinadas, a fim de que se possa avaliar o impacto conseguido pelas medidas de controle.

OBJETIVO

Determinar a prevalência de dengue em crianças com menos de cinco anos em uma área determinada e identificar algumas características dos casos.

METODOLOGIA

O estudo deverá ser realizado em áreas nas quais já tenham ocorrido casos de dengue, comprovando-se a existência da transmissão da infecção.

A identificação dos casos de dengue poderá ser feita com base na clientela que consulta os serviços de saúde da área de estudo ou mediante visitas domiciliares. A primeira metodologia de seleção é mais simples e requer menos recursos para sua execução. Pode-se fazer o estudo da criança na mesma ocasião em que se realiza a consulta, sem que seja necessário constituir equipes móveis para a visita domiciliar. No entanto, esta metodologia não permitirá estabelecer a prevalência de dengue na população da área, a não ser que se possa garantir que as consultas de crianças com menos de cinco anos aos serviços de saúde selecionados representem uma amostra da população.

Por outro lado, a segunda metodologia - por meio de visitas domiciliares - permite estimar a prevalência de dengue, seja mediante o estudo de todas as crianças desse grupo etário, seja mediante uma técnica de amostragem. No entanto, segundo a incidência estimada da doença, pode ser necessário realizar uma grande quantidade de visitas e o custo para isto será muito maior do que o custo do estudo realizado nos serviços de saúde. Além disso, por serem necessárias certas habilidades clínicas para o diagnóstico, o pessoal encarregado de realizar as visitas deverá estar qualificado para efetuar o exame clínico das crianças encontradas em cada residência visitada e para obter as amostras para a confirmação diagnóstica de laboratório.

Seja qual for o caso, deve-se definir a metodologia a ser empregada com base nas possibilidades operacionais de cada lugar, adequando a interpretação dos resultados caso não se possa considerar que a população estudada seja representativa do total da população da área.

Procedimentos para a execução do estudo

1. Selecionar a área em que o estudo será realizado e definir se o mesmo será realizado com base nos serviços de saúde ou com base em visitas domiciliares.
2. Se o estudo for realizado com base na população, será preciso ter uma idéia aproximada da incidência do problema para efetuar o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada.
3. Se o estudo for feito com base nos serviços de saúde, deve-se estabelecer o número de crianças com menos de cinco anos a serem estudadas, levando em consideração para este cálculo os diversos subgrupos em que se dividirá a amostra. Por exemplo, caso se deseje desdobrar os casos por idade, sexo ou área urbana/rural, será preciso lembrar que o número de crianças estudadas em cada um desses subgrupos deverá ser suficientemente grande (por exemplo, não menos de 50).

4. As etapas e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritas na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.
5. Uma vez determinado o tamanho da amostra, definir-se-á o período de tempo do estudo.
6. Definir os critérios que serão utilizados para o diagnóstico e as provas de laboratório que serão utilizadas para confirmá-lo. Se o estudo for realizado com base nos serviços de saúde em forma retrospectiva, deverá ser feito a partir dos registros dos serviços de saúde. Neste caso, deve-se ter em conta o tipo de informação que poderá ser obtida nestes registros e sua comparabilidade, isto é, se o diagnóstico *dengue* anotado em um registro é equivalente ao anotado em outro serviço de saúde ou equivalente ao diagnóstico anotado por outro trabalhador de saúde no mesmo serviço. Deve-se, igualmente, ter em conta a disponibilidade dos resultados de confirmação diagnóstica feitos por laboratório; do contrário, corre-se o risco de incluir no grupo de crianças com *dengue* aquelas clinicamente diagnosticadas, sem confirmação, e as crianças confirmadas por exame de laboratório.
7. Deve-se definir, também, as características dos casos de dengue que se queira estudar, tais como, por exemplo, sexo, idade, estado nutricional, área em que se encontra a moradia (rural ou urbana) e certas condições da habitação e sua circunvizinhança. Na definição dessas características deve-se ter em conta a disponibilidade das informações, pois caso não se possa contar com estas informações será necessário realizar visitas domiciliares. Por exemplo, pode haver necessidade de uma visita domiciliar quando se quer saber se algumas características particulares da habitação e da área a sua volta, tais como a presença de depósitos de água, podem estar atuando como focos de reprodução de mosquitos.

O Anexo 54.A apresenta um modelo de Ficha de Compilação das Informações que se pode adaptar, de acordo com as variáveis que são incorporadas ao estudo. A mesma Ficha serve para registrar as informações que puderem ser encontradas nos registros dos serviços de saúde, e as que forem obtidas em uma visita domiciliar e em uma entrevista com os pais. Se o estudo for feito de forma prospectiva, pode-se empregar essa ficha no momento da consulta, quando o caso for confirmado como dengue, preenchendo-a mediante perguntas feitas à mãe ou pessoa da família da criança.

Processamento da informação

O Anexo 54.B apresenta um modelo para o Quadro de Consolidação das Informações resultantes do exame dos registros dos serviços de saúde, sejam elas realizadas de forma retrospectiva ou de forma prospectiva.

Para avaliar a freqüência do aparecimento de dengue, segundo algumas características das crianças com menos de cinco anos, pode-se utilizar os Quadros de Consolidação das Informações semelhantes, de acordo com as variáveis que serão estudadas separadamente. Por exemplo, no caso de se desejar analisar a variável *sexo* separadamente deve-se confeccionar um Quadro para o sexo feminino e outro para o masculino.

Do que foi dito acima se infere que para poder proceder deste modo, a variável do estudo deve ter sido anotada no registro. Caso contrário, não se poderá, com base neste registro, obter as

informações de forma desdobrada. Normalmente, a variável sexo, bem como a variável idade, acham-se incluídas nos registros de consulta. Em alguns registros também se anota o endereço da mãe da criança, o que poderia ser utilizado como informação para determinar se a criança habita em zona *urbana ou rural*. No entanto, outras variáveis, como *estado nutricional* ou características especiais da moradia não podem, em geral, ser obtidas nos registros de consulta (alguns Antecedentes Clínicos incluem esse tipo de variáveis, porém, neste caso, deve-se utilizar o registro de consulta como primeira fonte de informação e, depois, buscar as demais informações nos Antecedentes Clínicos correspondentes).

Para o processamento e a consolidação dessas informações, pode-se utilizar um programa de computação (Epi Info ou semelhante). Uma vez que se tenha consolidado as informações de todos os serviços de saúde será possível calcular diversos indicadores sobre a proporção de casos de dengue detectados em crianças com menos de cinco anos dentre o total de casos submetidos à consulta no período selecionado para o estudo como, por exemplo, os tipos apresentados na Tabela 54.1.

TABELA 54.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Prevalência de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de dengue	Número de crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de dengue	Número total de crianças com menos de 5 anos, menos número total de crianças com menos de 5 anos sem informação sobre o diagnóstico
Prevalência de crianças com menos de 2 anos com diagnóstico de dengue	Número de crianças com menos de 2 anos com diagnóstico de dengue	Número de crianças com menos de 2 anos, menos número de crianças com menos de 2 anos sem informação sobre diagnóstico de dengue
Prevalência de crianças com menos de 5 anos do sexo masculino com diagnóstico de dengue	Número de crianças com menos de 5 anos do sexo masculino com diagnóstico de dengue	Número de crianças com menos de 5 anos do sexo masculino, menos número de crianças com menos de 5 anos do sexo masculino sem informação sobre diagnóstico de dengue

ANEXO 54.A
PREVALÊNCIA DE DENGUE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA PARA A VISITA DOMICILIAR

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [__]	Sexo: [__]	Data da consulta/hospitalização: __/__/__			
Classificação/Diagnóstico:					
Domicílio da criança:					
Características da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da moradia:					
Urbana [__] Rural [__]		Número de cômodos: [__]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso sanitário: Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [__]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Há depósitos de água que podem servir como foco de criação de mosquitos? Sim [__] Não [__]					
Condições de saneamento do peridomicílio: Boas [__] Regulares [__] Más [__]					
Algumas características da atenção à saúde familiar:					
Controle de sua última gravidez Sim [__] Não [__]			Centro de saúde [__]		Hospital [__]
Outro:					
Tem o Cartão pré-natal?	Sim [__] Não [__]	Controle precoce: Sim [__] Não [__]		Periódico: Sim [__] Não [__]	
Onde nasceu a criança?	Hospital [__]	Domicílio [__]	Outro:		
A criança esteve com você desde que nasceu?	Sim [__] Não [__]	Deu-lhe de mamar? Sim [__] Não [__]			
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?					

Deu algo à criança antes de mamar?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Que foi que lhe deu?	
Além de leite materno, dava alguma coisa mais à criança quando saiu do Hospital?				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle ?					
A quem a levou?		Serviço de saúde <input type="checkbox"/>		Curandeiro <input type="checkbox"/>	
		Outro:			
Tem o Cartão de vacinas da criança?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Vacinas em dia?	
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Tem o Cartão de controle de crescimento?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Controles em dia?	
				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Fora do lar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
	Mãe	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Fora do lar?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
					Horas
					Horas

ANEXO 54.B
PREVALÊNCIA DE DENGUE EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

QUADRO DE CONSOLIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Área: _____ Serviço de Saúde: _____ Período: _____

GRUPO ETÁRIO	TOTAL	DENGUE	SEM INFORMAÇÃO SOBRE DIAGNÓSTICO
TOTAL			
< 1 ANO			
1 ANO			
2 ANOS			
3 ANOS			
4 ANOS			

Observações:

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

1. Completar, em primeiro lugar, os dados de identificação do serviço de onde provém a informação. Se as informações estiverem sendo fornecidas por diferentes serviços de saúde, confeccionar um quadro para cada serviço e, eventualmente, um Quadro de Consolidação das Informações. Sempre anotar o período referente à informação.
2. Começar a revisão dos registros com o registro referente ao primeiro dia do período estabelecido e proceder do seguinte modo:
 - 2.1. Procurar o registro da primeira criança com menos de cinco anos registrada e selecionar a fila correspondente a sua idade.
 - 2.2. Colocar uma marca na coluna **Total**, a segunda do Quadro.
 - 2.3. A seguir, observar o diagnóstico que o pessoal de saúde anotou para a criança, utilizando para isto todas as informações disponíveis, incluindo exames de laboratório que tenham sido feitos para confirmar a suspeita de dengue.
 - 2.4. Se o diagnóstico for de que a criança está com dengue, colocar uma marca na terceira coluna da fila selecionada.
 - 2.5. Se a criança recebeu qualquer outro diagnóstico, não colocar nenhuma marca adicional, já que a anotação já foi incluída na segunda coluna, **Total**.
 - 2.6. Se não se dispuser de nenhuma informação sobre o diagnóstico devido ao fato de o pessoal de saúde não ter registrado a informação, colocar uma marca na última coluna, **Sem Informação sobre Diagnóstico**, da fila selecionada para essa criança.
3. Prosseguir examinando o registro de casos atendidos até encontrar a próxima criança com menos de cinco anos e proceder da mesma maneira.
4. Uma vez que se tenha terminado a revisão dos registros correspondentes ao período citado na parte superior do Quadro, somar todas as marcas (|) em cada quadrado e anotar o resultado no mesmo quadrado.
5. A seguir, somar todos os quadrados de uma mesma coluna e anotar o resultado desta soma no quadrado dessa coluna correspondente à primeira linha, **Total**.
6. Continuar com o mesmo procedimento para os registros de todos os serviços de saúde que forem incluídos no estudo.

PROTOCOLO 55

PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS ASSOCIADOS COM O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento intelectual e comportamental é um processo contínuo que se produz na mesma seqüência em todas as crianças, embora o ritmo do desenvolvimento varie de uma para outra. Em algumas crianças ocorrerem lapsos temporários em uma ou mais esferas (por exemplo, a fala). O desenvolvimento avança da cabeça para baixo (o desenvolvimento da função da cabeça e da mão precede ao das pernas e dos pés), e da resposta universal ou generalizada para a resposta específica (a função motora grosseira se desenvolve antes que a função motora fina). O processo depende principalmente da maturação do sistema nervoso central. O processo de desenvolvimento pode, até certo ponto, sofrer atrofia por falta de exercício (por exemplo, em uma criança cuja atividade se veja limitada por uma doença prolongada) e por nutrição deficiente. No entanto, o desenvolvimento não pode ser significativamente acelerado pelo aumento expressivo de exercícios físicos e pelo aumento da ingestão de nutrientes (por exemplo, super alimentação).

Entre os fatores que intervêm no desenvolvimento da criança incluem-se os hereditários, os do ambiente físico e os fatores do ambiente social onde a criança esteja imersa.

A identificação das realizações alcançadas pela criança em cada uma das etapas de seu desenvolvimento constitui a base para sua avaliação, o que permite a detecção precoce de alterações para que estas possam ser tratadas ou para que a criança possa ser referida para estudos adicionais ou avaliação especial.

Os programas de crescimento e desenvolvimento estão em fase de introdução ou em aplicação efetiva em quase todos os países da Região das Américas. No entanto, o progresso alcançado pelo componente de desenvolvimento é inferior ao progresso alcançado pelo componente de crescimento.

Pelo fato de a atenção às dificuldades no desenvolvimento das crianças necessitar da organização adequada dos serviços de saúde é muito importante saber quais são as conseqüências do problema, a fim de incorporar o diagnóstico e o tratamento nas atividades habituais dos serviços e do pessoal de saúde.

Para tanto, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância oferece um âmbito adequado, já que diversos problemas de saúde podem ser incorporados no programa geral da estratégia AIDPI, de acordo com sua prevalência na área de aplicação.

OBJETIVOS

- Determinar a prevalência de problemas associados com o desenvolvimento em crianças com menos de cinco anos levadas aos serviços de saúde para consulta.

- Determinar algumas características dos problemas associados ao desenvolvimento em crianças com menos de cinco anos

METODOLOGIA

Em primeiro lugar, deve-se selecionar uma ou mais áreas nas quais a população, que será objeto do estudo, habita. Deve-se garantir que essa população tenha um ou mais serviços de saúde aos quais possa recorrer, seja quando uma criança adocece, seja para controle, uma vez que a base do estudo é constituída por crianças com menos de cinco anos levadas para consulta aos serviços de saúde.

Para este estudo serão utilizados os critérios da OPAS/OMS para avaliar a evolução do desenvolvimento de crianças com menos de cinco anos nas fases psicomotora, intelectual e psicossocial.

É preciso destacar que as idades indicadas correspondem a 90% das crianças. Os comportamentos descritos podem ser alcançados antes da idade mencionada, mas é um sinal de alarme se na idade prevista certos comportamentos ainda não tiverem sido alcançados.

Serão selecionadas para esta avaliação crianças com menos de cinco anos que foram levadas aos serviços de saúde por qualquer razão. De acordo com o número de consultas, pode-se avaliar todas as crianças levadas a consulta ou delas obter uma amostra. Para a determinação do tamanho da amostra a ser estudada, deve-se fazer uma estimativa aproximada da situação do problema. Os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II.

Deve-se considerar que as crianças que necessitam de atendimento nos serviços de saúde podem ser mais suscetíveis a um problema de desenvolvimento, razão pela qual seria importante a inclusão de todas as crianças levadas aos serviços de saúde para que sejam avaliadas.

Incluir-se-á, também, uma entrevista com a mãe, ou com a pessoa encarregada do cuidado da criança, a respeito dos antecedentes desta, da família e sobre a circunvizinhança, a fim de obter informações sobre algumas características das crianças com deficiência de desenvolvimento.

Procedimentos para a execução do estudo

1. Selecionar a área em que o estudo será realizado
2. Calcular o tamanho da amostra a ser estudada. Neste estudo, baseado nos serviços de saúde, ao estabelecer o número de crianças com menos de cinco anos a serem estudadas, deve-se levar em consideração os diversos subgrupos em que se dividirá a amostra. Por exemplo, caso se deseje separar os casos por idade, sexo, etc., deve-se considerar que o número de crianças estudadas em cada um desses subgrupos seja suficientemente grande (por exemplo, não menos de 50).
3. Determinar o período de tempo em que o estudo será realizado.
4. Compilar as informações sobre o desenvolvimento da criança em um formulário que tenha

como modelo o formulário do Anexo 55.A (Ficha de Compilação das Informações sobre o Desenvolvimento da Criança com Menos de Cinco Anos).

5. O Anexo 55.B apresenta um modelo de Ficha para a Entrevista com a Mãe, ou com a pessoa encarregada do cuidado da criança, que poderá ser adaptado de acordo com as variáveis que se queira incorporar no estudo. Essa entrevista pode ter lugar na ocasião da consulta ou em uma visita domiciliar posterior.

Processamento das Informações

Para o processamento das informações pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados. Deste modo pode-se realizar a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas.

Os indicadores a serem elaborados referem-se à presença ou à ausência dos sinais de desenvolvimento da criança, segundo o grupo etário a que pertença.

Caso se queira analisar fatores associados com o desenvolvimento normal das crianças, estas poderão ser distribuídas por grupos, para que se possa comparar crianças que apresentaram um desenvolvimento normal e aquelas que têm algum tipo de atraso na avaliação do desenvolvimento.

A Tabela 55.1 apresenta, como exemplo, alguns indicadores que podem ser calculados a partir das informações do estudo. Com base nos indicadores da Tabela 55.1 pode-se elaborar outros, levando em consideração as perguntas que forem incluídas no formulário de entrevista.

TABELA 55.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com menos de 5 anos que apresentaram um atraso no desenvolvimento com relação à idade	Número de crianças com menos de 5 anos que apresentaram um atraso no desenvolvimento	Número total de crianças com menos de 5 anos avaliadas
Proporção de crianças com atraso no desenvolvimento, segundo o grupo etário	Número de crianças com atraso no desenvolvimento, segundo o grupo etário	Número total de crianças avaliadas, segundo o grupo etário
Proporção de crianças com menos de 5 anos com atraso no desenvolvimento levadas para consulta devido a uma patologia	Número de crianças com menos de 5 anos com atraso no desenvolvimento levadas para consulta devido a uma patologia	Número total de crianças com menos de 5 anos avaliadas
Proporção de crianças com menos de 5 anos com atraso no desenvolvimento levadas para consulta para controle	Número de crianças com menos de 5 anos com atraso no desenvolvimento levadas para consulta para controle	Número total de crianças com menos de 5 anos avaliadas

ANEXO 55.A
PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS ASSOCIADOS COM O DESENVOLVIMENTO
EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA DE RECOMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Serviço de Saúde: _____ Período: _____

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [____]		Sexo: [____]	
Motivo da consulta: Doença [] Controle []			
Classificação/diagnóstico principal:			
Idade	Aspectos a serem avaliados sobre o desenvolvimento	SIM	NÃO
2 meses	• Olha para o rosto com atenção		
	• Ligeiro sorriso ao estímulo		
3 meses	• Mantém a cabeça erguida		
	• Procura a fonte de som com os olhos		
	• Sorri ao estímulo		
4 meses	• Mantém a cabeça erguida		
	• Procura a fonte de som com os olhos		
	• Sorri ao estímulo		
	• Rotação decúbito lateral ou dorsal		
6 meses	• Mantém-se sentada		
	• Interessa-se por sua imagem diante do espelho		
9 meses	• Inicialmente, é tímida com um estranho		
	• Começa a responder à ordem de NÃO		
	• Balbucia “mama”, “papa”		
	• Encontra objetos escondidos sob um pano		
	• Mantém-se sentada sozinha, sem apoio		
	• Inicia pressão de pinça. Opõe o dedo indicador ao polegar		
	• Consegue ficar de pé apoiando-se nos móveis		
	• Começa a engatinhar e a andar em pé apoiada nos móveis		
12 meses	• Engatinha e caminha apoiada nos móveis e dando a mão a alguém		
	• Pressão em pinça. Opõe o dedo indicador ao polegar		
	• Pára o que estiver fazendo com a ordem de NÃO		
	• Consegue beber usando uma xícara		

18 meses	• Caminha sem ajuda. Sobe as escadas engatinhando		
	• Introduz objetos pequenos em frascos		
	• Brinca sozinha		
	• Ajuda nas tarefas simples da casa		
	• Alimenta-se com colher, derramando pouco		
24 meses	• Sobe a escada segurando o corrimão		
	• Introduz objetos pequenos em frascos		
	• Constrói torres de três cubos		
	• Ajuda nas tarefas simples de casa		
	• Veste algumas roupas		
	• Lava e seca as mãos		
	• Alimenta-se com colher derramando pouco		
36 meses	• Sobe a escada sem apoio		
	• Pula no mesmo lugar e chuta a bola		
	• Copia o desenho de um círculo		
	• Veste algumas roupas e também as tira		
	• Obedece a ordens complexas		
	• Constrói uma frase com verbos		
4 anos	• Pula em um só pé		
	• Pedala um velocípede		
	• Copia o desenho de uma cruz		
	• Compartilha brinquedos com outras crianças		
	• Tira algumas roupas		
	• Obedece ordens complexas		

ANEXO 55.B
PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS ASSOCIADOS COM O
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

FICHA PARA A ENTREVISTA COM OS PAIS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [__]		Sexo: [__]			
Classificação/diagnóstico:					
Domicílio da criança:					
Características da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [__]	Anos [__]	Secundária [__]	Anos [__]	Superior [__]
Características da moradia:					
Urbana [__] Rural [__]		Número de cômodos: [__]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso sanitário: Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [__]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [__]		
Condições de saneamento do peridomicílio: Boas [__] Regulares [__] Más [__]					
Algumas características da atenção à saúde familiar:					
Controle de sua última gravidez		Sim [__] Não [__]		Centro de Saúde [__] Hospital [__]	
Outro: _____					
Tem Cartão pré-natal?		Sim [__] Não [__]		Controle Precoce: Sim [__] Não [__] Periódico: Sim [__] Não [__]	
Onde nasceu a criança?		Hospital [__] Domicílio [__]		Outro: _____	
A criança esteve com você desde que nasceu? Sim [__] Não [__]				Deu-lhe de mamar? Sim [__] Não [__]	
Quando foi a primeira vez que lhe deu de mamar?					
Deu algo à criança antes de mamar?		Sim [__] Não [__]		Que foi que lhe deu?	
Além de leite materno, você dava alguma coisa mais à criança quando saiu do Hospital?					Sim [__] Não [__]
Quando foi a primeira vez que levou a criança para controle?					
A quem a levou?		Serviço de saúde [__] Curandeiro [__]		Outro: _____	
Tem o Cartão de vacinas da criança?		Sim [__] Não [__]		Vacinas em dia? Sim [__] Não [__]	
Tem o Cartão de controle de crescimento?		Sim [__] Não [__]		Controles em dia? Sim [__] Não [__]	
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim [__] Não [__]		Fora do lar? Sim [__] Não [__] Horas	
	Mãe	Sim [__] Não [__]		Fora do lar? Sim [__] Não [__] Horas	

PROTOCOLO 56

CARACTERÍSTICAS DE MAUS-TRATOS INFANTIS EM CRIANÇAS COM MENOS DE CINCO ANOS

INTRODUÇÃO

A síndrome da criança maltratada, segundo a OMS, *é definida a partir do reconhecimento de qualquer forma de dano ou violência física ou mental, descuido ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo o abuso sexual, imposta à criança por parte de seus pais, representantes legais ou de qualquer outra pessoa que a tenha sob sua responsabilidade.* Esta definição compreende elementos tanto das esferas biológica e física, como da esfera psicossocial. Na prática, contudo, é difícil fazer o diagnóstico correto de maus-tratos, sobretudo quando se trata de casos que não incluem lesões físicas. Os limites do que se pode considerar como maus-tratos ainda não estão bem estabelecidos, e a dificuldade para defini-los se fundamenta no grau de permissividade social determinado por padrões de natureza cultural e ideológica.

Um dos principais problemas encontrado ao abordar os maus-tratos é: o desconhecimento da verdadeira proporção do problema, uma vez que múltiplos componentes (raízes culturais e históricas profundas; diversidade de opinião quanto a sua definição e classificação) dificultam a pesquisa.

Enquanto não se dispuser de dados reais, as políticas de promoção e atenção à infância e de prevenção dos maus-tratos infantis tendem a ser inadequadas. O desconhecimento do número de casos e o fato de que os casos detectados em diferentes situações possam corresponder apenas a uma pequena parcela da realidade apontam para a dificuldade de estabelecer políticas adequadas de promoção e atenção à infância e de prevenção dos maus-tratos infantis.

A esse respeito, os profissionais de saúde ocupam uma posição privilegiada para a prevenção, detecção e intervenção de casos de maus-tratos infantis, embora, na realidade, nem todos os profissionais nem o próprio sistema de saúde estejam em condições de responder adequadamente a todos os seus aspectos. Contudo, os serviços de atenção primária à saúde devem ocupar uma posição de destaque na prevenção dos maus-tratos infantis pelo simples fato de serem eles os únicos serviços para onde as crianças são levadas, quando estão com menos de cinco anos de idade. A partir desta idade, outros dispositivos, especialmente o dispositivo escolar, começa a desempenhar um papel primordial no controle dos maus-tratos infantis.

Este estudo se limitará à pesquisa de maus-tratos físicos, por ser a forma de abuso infantil com que o pessoal de saúde se defronta com mais frequência. Além disso, muitas vezes, há mais disponibilidade de recursos para seu diagnóstico, tratamento e acompanhamento do que para as outras formas de maus-tratos. Caso se deseje ampliar o estudo para identificar outras formas de maus-tratos infantis, deve-se incluir a identificação de casos de abuso emocional, negligência, abuso sexual e exploração.

OBJETIVOS

- Determinar a proporção de consultas relacionadas com maus-tratos físicos de crianças com menos de cinco anos.
- Descrever as características dos maus-tratos físicos de crianças, que possam ser detectados nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Realizar-se-á um estudo descritivo prospectivo, fundamentado em serviços de saúde que atendem crianças com menos de cinco anos. Deve-se ter em mente a inclusão de hospitais e serviços de atenção ambulatorial, a fim de que se possa abranger os diversos graus de gravidade dos maus-tratos físicos de crianças.

Serão incluídas todas as crianças levadas a consulta com menos de cinco anos devido a lesões ou envenenamento, classificados como intencionais ou acidentais (muitas vezes as lesões intencionais estão malclassificadas), segundo os códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua 9ª Revisão ou em sua 10ª Revisão (ver Anexo 56.A), durante um período de seis meses.

Definem-se os maus-tratos físicos como o uso intencional, não acidental, de força física (por parte de um familiar ou de outras pessoas que tenham contato com uma criança ou que sejam responsáveis pelo seu cuidado, com vistas a magoar, prejudicar ou destruir a criança). Devem se incluídos:

- o uso não acidental de uma arma, objeto ou substância estranha;
- golpes, picadas ou mordidas intencionais;
- qualquer outra agressão física (imersão, queimaduras, empurrões, etc.).

Serão incluídas como suspeitas de maus-tratos físicos, todas as crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de lesões físicas, de qualquer tipo, anotadas como intencionais na história clínica, ou cujas lesões apresentadas eram típicas de maus-tratos (Anexo 56.B), embora não correspondam à versão da causa descrita pelos familiares.

Um dos maiores problemas é poder distinguir as lesões intencionais das lesões que não são intencionais. No entanto, existem fatores de confirmação ou de forte suspeita de maus-tratos entre os quais se encontram:

1. Lesões ou padrões de lesões que não são consistentes com a explicação oferecida:
 - Fraturas frequentes.
 - Hematoma subdural e hemorragia de retina (com ou sem fratura de crânio).
 - Danos circulares nos pulsos e nos tornozelos.
 - Marcas de estrangulamento.
2. História prévia de abuso documentado em relatórios médicos.
3. Lesões que indicam abuso: marcas de mordida, lacerações nos pulsos ou nos tornozelos

causados por terem sido amarrados, eritema em forma de mão aberta, queimaduras por imersão em água quente, etc.

4. Abuso admitido pelo perpetrador.

5. Relatos de testemunhas do abuso.

Em alguns casos os padrões que podem levar a um diagnóstico de maus-tratos podem ser devidos a outras desordens ou doenças, como, por exemplo, a osteogênese imperfeita em relação com as fraturas freqüentes; entretanto, estas condições são muito pouco freqüentes.

Uma vez definido um caso como suspeito de maus-tratos físicos deve-se preencher a ficha ou questionário com a informação contida na história clínica a fim de caracterizar o caso. A Ficha para a Compilação de Informações encontra-se no Anexo 56.C. Ela pode ser modificada de acordo com os objetivos propostos para o estudo, acrescentando variáveis ou aumentando o grau de detalhe daquelas já incluídas.

A Tabela 56.1 apresenta alguns indicadores que podem ser obtidos com as informações compiladas.

TABELA 56.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de crianças com forte suspeita de maus-tratos sobre o total de consultas de crianças com menos de 5 anos	Proporção de crianças com forte suspeita de maus-tratos sobre o total de consultas de crianças com menos de 5 anos	Total de consultas de crianças com menos de 5 anos
Proporção de crianças maltratadas sobre o total de hospitalizações em crianças com menos de 5 anos	Proporção de crianças maltratadas sobre o total de hospitalizações em crianças com menos de 5 anos	Total de crianças hospitalizadas com menos de 5 anos
Proporção de crianças com menos de 5 anos, segundo a pessoa que lhe causou os maus-tratos	Proporção de crianças com menos de 5 anos, segundo a pessoa que lhe causou os maus-tratos	Total de crianças com menos de 5 anos com suspeita de terem sido maltratadas
Proporção de crianças menores de 5 anos com traumatismos graves com relação ao total de crianças maltratadas	Proporção de crianças menores de 5 anos com traumatismos graves com relação ao total de crianças maltratadas	Total de crianças com menos de 5 anos com suspeita de maus-tratos

ANEXO 56.A

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE LESÕES

- **Acidentes ou traumatismos que não são intencionais**

CID 9^a E800-E869 E880-E929

CID 10^a V01-X59 Y85 Y86

- **Dano intencionalmente provocado**

CID 9^a E950-E959

CID 10^a X60-X84 Y87

- **Agressão, maus-tratos e negligência**

Agressão sexual:

CID 9^a E960.1

CID 10^a Y05

Maus-tratos por parentes

CID 9^a E967.0

CID 10^a Y07.1

- **Outras agressões não especificadas**

Inclui negligência ou abandono por parentes, cônjuge ou companheiro

CID 9^a E960.0 E961-E966, E967.1-E969

CID 10^a X85-Y04 Y06 Y07.2-Y09.9 Y87.1

Evento de intenção não determinada

CID 9^a E980-E989

CID 10^a Y10-Y34 Y87.2

ANEXO 56.B

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇA EM RISCO DE MAUS-TRATOS INFANTIS

Dados de identificação:		
Iniciais do sobrenome e nome da criança:		
Sinais físicos de maus-tratos em crianças:	SIM	NÃO
Equimoses ou pancadas em diferentes estados de cicatrização, marcas e sinais de surra no rosto, lábios, nariz, braços, pernas, tronco, ou nádegas. Golpes nos 2 olhos ou nas 2 bochechas (geralmente os golpes se apresentam em um lado do rosto)		
Hematomas subdurais		
Marcas de dedo nos braços, pernas ou bochecha		
Cicatrizes que mostram os objetos usados para golpear, como sinais de chicote, cintos, cordas, fivelas, cabos, etc.		
Marcas permanentes		
Lacerações ou abrasões no nariz, lábios, gengivas, olhos, genitais externos, braços, pernas, nádegas ou tronco		
Cicatrizes ou queimaduras com cigarro, especialmente nas plantas dos pés e nas palmas das mãos, nas costas, ou nas nádegas		
Queimaduras ou cicatrizes com objetos, como ferro elétrico, nos braços, pernas, peito ou costas		
Cicatrizes ou marcas de corda nos pulsos, tornozelos ou pescoço		
Queimaduras por imersão em líquidos ferventes, água ou outros, nos pés e nas mãos (como meia ou luva), nas nádegas ou nos órgãos genitais		
Fraturas malcicatrizadas, freqüentes e não tratadas		
Ausência de cabelo em alguma parte da cabeça, hemorragia do couro cabeludo		
Hemorragia da retina		
Olho roxo		
Fraturas do nariz ou desvio do septo		
Fraturas de dentes, inchações ou manchas rochas na cavidade bucal		
Deslocamento do cotovelo ou do ombro		
Existência de fraturas no crânio		
Fraturas de costelas no tórax		
Compressões e deformações em cunha dos corpos vertebrais		
Lesões torácicas internas, com contusão pulmonar		
Lesões intracranianas		
Lesões oculares diversas		
Traumas abdominais		

ANEXO 56.C
FICHA PARA COMPILAÇÃO DAS INFORMAÇÕES SOBRE OS
MAUS-TRATOS INFANTIS

Dados de identificação:			
Iniciais do sobrenome e nome da criança:			
Data da nascimento: ___/___/___		Sexo: [___]	
Data da entrevista: ___/___/___			
A criança vai à escola ou à creche?			
		Dia inteiro []	
		Meio dia []	
		Não vai []	
Nível socioeconômico: Baixo [___] menos que 0.75% da renda média por família na área			
Médio [___] entre 0.75% e 2 vezes a renda média		Alto [___] mais de 2 vezes a renda média	
Pobre [___]	Médio [___]	Alto [___]	Sem informação [___]
Onde a criança vive?			
Em casa com seus pais		[___]	
Em casa somente com sua mãe		[___]	
Em casa somente com seu pai		[___]	
Em casa com os patrões		[___]	
Na rua		[___]	
Em lugares de residência		[___] Especificar:	
Outro		[___] Especificar:	
Gravidade da lesão:			
Fatal		[___] resultou em morte	
Grave		[___] danos consideráveis ou lesão física permanente; usualmente requer hospitalização	
Moderada		[___] a hospitalização não é necessária para tratar as lesões da criança; os sinais y sintomas persistem por menos de 48 horas.	
Bases da suspeita de maus-tratos:			
A criança informou sobre o abuso		[___]	
O perpetrador admitiu o abuso		[___]	
Um parente ou responsável informou sobre o abuso		[___]	
O familiar não pôde explicar como se produziram as lesões		[___]	
As explicações de como ocorreram as lesões não coincidem com as conclusões clínicas		[___]	
Antecedentes de abusos prévios da criança ou irmão		[___]	
Outro [___]			
Nível de certeza que a lesão foi intencional (não acidental):			
Sem margem para dúvida		[___]	
Muito suspeito		[___]	
Com alguma suspeita		[___]	
Conhecimento ou suspeita do perpetrador:			
Mãe		[___]	
Pai		[___]	
Outro familiar direto		[___] Especificar:	
Familiares do casal ou amigos		[___]	
Outra pessoa		[___] Idade:	Sexo: Relação com a vítima:

PROTOCOLO 57

PREVALÊNCIA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS EM RECÉM-NASCIDOS

INTRODUÇÃO

As anomalias congênitas afetam de 3% a 5% de todos os nascimentos e a metade desses casos pode ser evitada. Essas anomalias, também chamadas defeitos de nascença, constituem a primeira causa de mortalidade infantil no mundo desenvolvido e a segunda em muitos países em desenvolvimento.

Embora congênito signifique presente no momento do nascimento, às vezes, a anomalia que estava presente no dia do nascimento da criança é diagnosticada dias depois ou mesmo meses depois, podendo acontecer algo ainda pior, isso é, a anomalia poderá ser diagnosticada apenas anos mais tarde. Os defeitos funcionais são tão freqüentes como os anatômicos (ou morfológicos). Uma malformação é um erro intrínseco do primórdio estrutural, o que não impede que alguma força externa prejudique uma estrutura intrinsecamente bem formada. Quando isto acontece, ocorrerá uma deformação. Se esse defeito é irreversível, existe uma disrupção.

Nenhuma criança deveria nascer com um defeito evitável. Existem métodos preventivos para 70% das anomalias que afetam a 50% dos recém-nascidos com anomalias. Para a outra metade deve-se realizar pesquisas a fim de descobrir as causas e os mecanismos do desenvolvimento pré-natal anormal.

Alguns dos fatores de risco, suscetíveis de prevenção primária, podem atuar depois da concepção (rubéola, álcool, teratógenos químicos). Seus efeitos deletérios ocorrem tão cedo quanto na embriogênese, de modo que as medidas preventivas devem ser iniciadas antes da concepção. Por esse motivo, as gestações planejadas oferecem um risco bem menor para defeitos congênitos. Ambos os extremos da distribuição da idade materna são fatores de risco para defeitos congênitos. Para as mães com menos de 20 anos, os principais riscos são o baixo peso ao nascer, a gastrosquise e defeitos por disrupção vascular. Para as mães com mais de 35 anos, os riscos são a síndrome de Down e outras anomalias cromossômicas.

Uma atenção pré-natal básica, rotineira, pode prevenir as causas de defeitos congênitos por meio do controle e tratamento adequados de doenças que afetam uma entre cada 10 mulheres grávidas. A atenção pré-natal, que inclui o controle do peso, a pressão arterial, a altura uterina e o eventual controle de açúcar e proteína na urina, são suficientes para a prevenção, diagnóstico e tratamento satisfatórios da maioria das doenças que ocorrem durante a gravidez .

As doenças, bem como sua medicação, podem causar defeitos congênitos, e suas interações costumam ser difíceis de deslindar. A manutenção de níveis baixos da glicemia nas grávidas diabéticas, e o uso de monoterapia para o tratamento das grávidas com epilepsia, podem evitar a ocorrência de defeitos congênitos.

A toxoplasmose, as infecções por citomegalovírus, a sífilis e a rubéola têm uma taxa de afecção fetal maior que outras infecções. A primoinfecção por toxoplasmose só afeta o embrião durante

o primeiro trimestre da gestação; o índice de mulheres suscetíveis (seronegativas) varia de 50% a 80% no mundo ocidental. A primoinfecção por citomegalovírus resulta em infecção fetal em 40% dos casos e a primoinfecção por sífilis em quase 100% dos casos, mas as infecções secundárias podem também afetar o feto, embora com menor frequência. A rubéola é a doença materna mais teratogênica.

Os defeitos do tubo neural são as anomalias congênitas mais freqüentes, suscetíveis de tratamento periconcepcional com ácido fólico.

As exposições ocupacionais também podem ter repercussão no aparecimento de defeitos congênitos. Em comparação com as donas de casa, as mulheres que trabalham fora, têm um risco maior de subfertilidade, aborto espontâneo e defeitos congênitos. O chumbo (usado nas indústrias de baterias e na imprensa) e o bifenilo policlorado (PCB — na indústria de plásticos) são fatores de risco de atraso mental, enquanto que as ondas curtas (fisioterapeutas) aumentam o risco de aborto.

Dado que a atenção das crianças com defeito congênito requer a organização adequada dos serviços de saúde, é muito importante conhecer a importância do problema, para avaliar as atividades de prevenção mais eficazes, de acordo com a situação e a demanda de cada região.

OBJETIVO

Determinar a prevalência de malformações congênitas nos partos atendidos nos serviços de saúde.

METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo, deve-se obter informação de malformações congênitas em nascidos vivos e mortos de 500g ou mais.

Para levar adiante o estudo deve-se seguir as seguintes etapas:

1. Selecionar os serviços de saúde que participarão do estudo. Para o estudo, é necessário que se tenha presente um serviço de saúde que realize um bom número de partos a fim de coletar a informação em um período que não deve exceder a um ano, levando em consideração que as anomalias congênitas representam somente 3% de todos os nascimentos.
2. Verificar as características e a qualidade dos registros de partos, nascimentos vivos, mortalidade, hospitalização e necropsia, de maneira a poder obter a informação sobre os casos de nascimentos com malformações. Deve-se ter em conta que muitas vezes os registros existentes nos serviços de saúde não oferecem todas as informações necessárias para o estudo e, por isso, deve-se considerar o uso de registros especiais para levá-lo adiante.
3. Considera-se malformação toda alteração morfológica, clinicamente diagnósticável com aceitável grau de certeza. A classificação das anomalias congênitas se tomará da descrição das malformações do Estudo Colaborativo Latino-Americano de Malformações Congênitas (ECLAMC) apresentada no Anexo 57.A. Todas as malformações observadas em recém-nascidos devem ser consideradas e registradas, descrevendo-se cada uma delas.

Em certos casos, pode-se expor o pessoal de saúde a uma capacitação prévia sobre a identificação clínica das malformações antes do início do estudo.

Para saber qual era a situação e qual é a sua tendência, seria de interesse poder coletar as informações referentes aos três anos anteriores.

O Anexo 57.B apresenta um modelo de Quadro de Consolidação das Informações. A partir da informação do Quadro pode-se calcular a proporção de crianças que nasceram com malformações congênitas nos serviços de saúde durante o período estudado.

A Tabela 57.1 inclui alguns exemplos de indicadores que devem ser calculados, bem como a fórmula para seu cálculo. Incluem-se os indicadores somente como exemplo, podendo-se calcular também outro tipo de relações a partir dos dados do Quadro de Consolidação das Informações.

TABELA 57.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Prevalência de nascimentos com malformações congênitas	Número de nascimentos com malformações congênitas	Número total de nascidos vivos e de natimortos de 500 gramas ou mais
Prevalência de nascimentos com malformações congênitas, segundo o sexo	Número de nascimentos com malformações congênitas, segundo o sexo	Número total de nascidos vivos e natimortos de 500 gramas ou mais, segundo sexo
Prevalência de nascimentos com malformações congênitas, segundo causa	Número de nascimentos com malformações congênitas, segundo causa	Número total de nascidos vivos e natimortos de 500 gramas ou mais

ANEXO 57.A

CLASSIFICAÇÃO DE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

- Anencefalia
- Cefalocele
- Microcefalia
- Hidrocefalia
- Espinha bífida
- Anomalias da orelha
- Anomalias da implantação da orelha
- Apêndices pré-auriculares
- Fístula pré-auricular
- Macrostomia
- Lábio leporino e/ou palato fendido
- Ânus imperfurado
- Genitais ambíguos
- Hipospadias
- Criptorquidia
- Pé torto, talipe
- Polidactilia
- Sindactilia
- Atrofia dos membros
- Luxação das cadeiras
- Onfalocele e gastrosquise
- Nevo
- Hemangioma
- Micrognatia e Retrognatia
- Facies anormais
- Gêmeos unidos
- Displacias esqueléticas
- Anomalias cromossômicas
- Cardiopatias

Instruções para o preenchimento do Quadro de Consolidação das Informações:

Pode-se utilizar o Quadro de Consolidação das Informações para sistematizar as informações coletadas dos partos atendidos nos serviços de saúde.

Para o preenchimento do quadro, proceder da seguinte maneira:

1. Completar a parte superior do quadro indicando o serviço de saúde e o período em que se levou a cabo o estudo.
2. Colocar a identificação do nascimento, obedecendo às normas do hospital (número de inscrição ou outro código de identificação).
3. Anotar o sexo.
4. Anotar o tipo de malformação encontrada. Deve-se incluir todas as malformações apresentadas pela criança, em conformidade com a classificação dada no Anexo 57.A.

PROTOCOLO 58

RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS DAS PRINCIPAIS BACTÉRIAS CAUSADORAS DAS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado na maioria dos países um aumento da resistência de certas bactérias aos antibióticos. Trata-se de bactérias que com maior frequência causam doenças nas crianças. Nos países em desenvolvimento a resistência bacteriana é comum nos grupos de pessoas sadias mantidas isoladas e nos pacientes com infecções adquiridas na comunidade. A resistência relaciona-se, em grande parte, com antibióticos de primeira linha de baixo custo e de espectro amplo. Entretanto, também se apresentam alguns casos em que à introdução de medicamentos novos seguiu-se uma rápida seleção e propagação de linhagens a eles resistentes.

O uso inapropriado de antibióticos aumenta o risco de seleção e propagação de bactérias resistentes. No entanto, a relação entre o uso de antibióticos e o aparecimento e a disseminação da resistência é complexa. O simples uso de antibióticos na prática clínica não pode explicar a alta prevalência de bactérias resistentes nos países em desenvolvimento. Não obstante, seu uso excessivo é responsável, especialmente no ambiente hospitalar, pelo menos em parte, pelas taxas do aumento da resistência. É pronunciada a receita desnecessária de antibióticos para casos de diarreia infantil aguda e para as infecções respiratórias virais.

Há ainda outras causas que podem favorecer os tratamentos inadequados e a seleção de bactérias resistentes. Estas causas estão relacionadas ao cumprimento incompleto do tratamento receitado; a não aquisição de todos os remédios receitados devido a seus custos elevados; à falta de pessoal de saúde capacitado; à venda de antibióticos sem receita médica e à baixa qualidade dos antibióticos.

As informações sobre a resistência aos medicamentos dos agentes causais mais frequentes de doença nas crianças é de suma importância para a prática clínica e para a atualização das normas sobre o uso racional e efetivo dos antibióticos.

OBJETIVOS

- Determinar a prevalência de resistência dos agentes bacterianos, causadores de pneumonia e doenças diarreicas mais frequentes, aos antibióticos.
- Descrever algumas características dos fatores associados ao aparecimento de resistência.

METODOLOGIA

Obter-se-ão os isolados microbianos a partir de amostras tiradas de crianças com menos de cinco anos, com diagnóstico de infecção respiratória aguda e de doenças diarreicas, levadas aos centros de saúde para consulta.

Os agentes objeto da pesquisa serão: para as pneumonias, o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*; para os casos de diarreias, *Shigella*, *Salmonella*, *Vibrio cholerae* e *Escherichia coli* enteropatogênica e enterotoxínica.

Seleção dos serviços

Deve-se selecionar os serviços de saúde de acordo com o número e as características da população assistida, bem como de acordo com seus recursos de laboratório de bacteriologia.

Os hospitais serão selecionados de acordo com a conveniência que oferecem quanto aos aspectos de coleta e transporte das amostras para estudos bacteriológicos. Contudo, deve-se levar em consideração a diferença entre as infecções adquiridas na comunidade e as infecções nosocomiais. Estas são causadas, com maior freqüência, por bactérias resistentes aos antibióticos.

Critérios para a inclusão

Pneumonia

Para o diagnóstico bacteriológico da etiologia de pneumonia em crianças, deve-se examinar amostras de lugares estéreis, normalmente amostras de sangue. Nos países da América Latina a sensibilidade da cultura bacteriológica de amostras de sangue (hemoculturas) de crianças hospitalizadas por pneumonia, sem tratamento prévio com antibiótico, costuma ser baixa; cerca de 3% a 6% dos casos têm hemocultura positiva para bactérias. Sendo baixa a prevalência de resultados positivos, seria necessário examinar uma amostra de mais de 4.000 casos de pneumonia para obter um número suficiente de linhagens bacterianas e medir sua suscetibilidade aos antibióticos. Essa pesquisa não seria viável, salvo em grandes metrópoles, devido a seu alto custo e ao tempo longo que implicaria.

Uma alternativa prática consiste em utilizar as secreções nasofaríngeas como amostras clínicas para os exames bacteriológicos. Já ficou bem estabelecido que as linhagens isoladas das secreções nasofaríngeas não são válidas para determinar a etiologia em um caso individual de pneumonia. No entanto, já foi demonstrado que a resistência bacteriana das linhagens isoladas das secreções nasofaríngeas, em uma amostra de crianças com pneumonia, refletem com muito boa aproximação a resistência das bactérias que causam pneumonia em crianças. Além do mais, está demonstrado que as linhagens nasofaríngeas de crianças com sinais de infecções respiratórias agudas têm, em geral, as mesmas características, no que tange o serotipo e a sensibilidade bacteriana aos antibióticos, que as cepas isoladas de crianças com pneumonia. Encontrou-se uma boa correlação de resistência bacteriana entre as linhagens de *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* isoladas do sangue e as linhagens isoladas das secreções nasofaríngeas.

Pode-se, assim, realizar o estudo escolhendo uma amostra de crianças com sinais de infecções respiratórias agudas que visitam os serviços de atenção primária à saúde. A amostra de crianças que visitam um centro de saúde tem as seguintes vantagens: é possível reunir um grande número de crianças em um período de dois ou três meses; o tamanho da mostra é relativamente pequeno porque as duas bactérias mencionadas podem ser encontradas nas secreções nasofaríngeas em

uma proporção muito alta de crianças; as equipes móveis podem ficar instaladas por um período curto em um centro de saúde para obter as amostras e levá-las a um laboratório central para seu processamento; as amostras nasofaríngeas são mais fáceis de obter do que as mostras de sangue; o estudo é muito menos dispendioso.

As crianças serão classificadas de acordo com os Quadros de Procedimentos da Estratégia AIDPI para crianças com tosse ou dificuldade de respirar (Tabela 58.1).

TABELA 58.1

Crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de pneumonia segundo os seguintes critérios		
Idade	Classificação	Sinais
2 meses a 4 anos	Pneumonia muito grave	Tosse ou dificuldade de respirar, com cianose central ou incapacidade para beber
	Pneumonia grave	Tosse ou dificuldade de respirar e tiragem subcostal, sem cianose central ou incapacidade para beber
	Pneumonia	Tosse ou dificuldade de respirar, com respiração rápida mas sem tiragem subcostal: 2 a 11 meses 50 ou mais por minuto; de 12 meses a 4 anos 40 ou mais por minuto.
	Tosse ou esfriado	Nenhum sinal de pneumonia ou doença muito grave
Menor de 2 meses	Neumonia grave ou doença muito grave	Deixou de alimentar-se bem
		Anormalmente sonolenta ou difícil de despertar
		Convulsões
		Sibilancia
		Febre (38 °C ou más) ou temperatura corporal baixa (menos de 35.5 C)
		Estridor em criança tranqüila
	Tosse ou resfriado	Nenhum sinal de pneumonia ou doença muito grave

Doenças diarréicas

As crianças serão classificadas de acordo com os Quadros de Procedimentos da Estratégia de AIDPI para crianças com diarréia (Tabela 58.2).

Crianças com menos de 5 anos com diagnóstico de diarréia segundo os seguintes critérios:		
Idade	Classificação	Sinais
2 meses a 4 anos	Diarréia Com Desidratação Grave	Pelo menos, dois dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> - Letárgica ou inconsciente - Olhos cavados - Bebe mal ou não consegue beber - Sinal de prega cutânea: pele retorna muito lentamente ao estado anterior
	Diarréia Com Algum Grau de Desidratação	Pelo menos, dois dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> - Intranqüila, irritável - Olhos cavados - Bebe avidamente, com sede - Sinal de prega cutânea: pele retorna muito lentam
	Diarréia Não Tem Desidratação	Não há suficientes sinais para classificar o caso como Algum Grau de Desidratação ou Desidratação Grave
	Diarréia Persistente Grave (diarréia por mais de 14 dias)	Há desidratação
	Diarréia Persistente (diarréia por mais de 14 dias)	Não há desidratação
	Disenteria	Sangue nas fezes
Menos de 2 meses	Diarréia Com Desidratação Grave	Pelo menos dois dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> - Letárgica ou inconsciente - Olhos cavados - Sinal de prega cutânea: pele retorna muito lentamente ao estado anterior
	Diarréia Com Algum Grau de Desidratação	Pelo menos dois dos seguintes sinais: <ul style="list-style-type: none"> - Intranqüila, irritável - Olhos cavados - Sinal de prega cutânea: pele retorna muito lentament
	Diarréia. Não tem desidratação	Não há suficientes sinais para classificar o caso como Algum Grau de Desidratação ou Desidratação Grave
	Diarréia persistente grave	Diarréia por mais de 14 dias
	Disenteria	Sangue nas fezes

Tamanho da amostra

Infecções Respiratórias Agudas

Deve-se determinar o número de crianças com diagnóstico de infecção respiratória aguda a serem incorporadas no estudo com base em uma estimativa da positividade das secreções nasofaríngeas para as duas bactérias objeto do estudo—*Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*—, e levando em consideração a prevalência esperada da resistência bacteriana. Os passos e a metodologia para o cálculo do tamanho da amostra a ser estudada acham-se descritos na seção sobre pesquisas de estimativa do Módulo de Apoio em Metodologia Estatística da Parte II. Para o cálculo, pode-se considerar uma precisão absoluta de 5% e um nível de confiança de 95%.

Diarreia

Para o estudo de diarreias, o número de crianças que devem ser incorporadas é de 3.800, levando em consideração que diversos agentes serão avaliados. Por esta razão adotar-se-á a opção mais segura de uma prevalência de resistência que é de 50%. A taxa de isolamento de germes bacterianos entre as diarreias investigadas é de 10%.

Período do estudo

A pesquisa será realizada durante o período de alta incidência para as doenças respiratórias e as doenças diarreicas, segundo as características de cada região.

Para cada criança incluída no estudo deve-se preencher os seguintes formulários:

- Consentimento do responsável pela criança
- Formulários para a coleta das informações da criança (Anexos 58.A e 58.B)
- Formulário de entrevista com a pessoa responsável, a respeito dos antecedentes da criança (Anexo 58.C)

Amostras clínicas

A coleta de amostras clínicas é uma etapa importante para o isolamento e a identificação dos agentes bacterianos responsáveis pelas pneumonias e doenças diarreicas. A coleta das amostras deve sempre ser feita antes do tratamento antimicrobiano.

As amostras para o estudo do *Streptococcus pneumoniae* e do *Haemophilus influenzae* serão as secreções nasofaríngeas das crianças com diagnóstico de infecção respiratória aguda. Para a obtenção de amostras nasofaríngeas e o isolamento e a identificação dos agentes bacterianos, obedecer-se-á à metodologia do Manual da OMS e do Centro de Controle de Doenças de Atlanta para estes estudos: "World Health Organization, Geneva and Centers for Disease Control, Atlanta. Manual for the National Surveillance of Antimicrobial Resistance of *S. pneumoniae* and *H. Influenzae*. Epidemiological and Microbiological Methods. Revised Field Test Version, August 1994".

Pode-se provar a sensibilidade aos seguintes antibióticos, de uso comum em infecções respiratórias: penicilina, cotrimoxazol, eritromicina, gentamicina e cloranfenicol. Nos lugares onde haja um laboratório de referência com capacidade para realizar Concentrações Inibitórias Mínimas, pode-se enviar ao mesmo as linhagens resistentes ao teste de Dick para sua avaliação como moderadamente resistentes ou altamente resistentes.

Para a obtenção das amostras e a identificação dos agentes causais de doenças diarréicas, seguir-se-á a metodologia do Manual da OMS para o laboratório de pesquisas das infecções gastrointestinais agudas, Documento WHO/CDD 83.3 (1987), Rev.1.

Os antibióticos a serem utilizados para as provas de resistência dos germes causadores de diarréias são: ampicilina, cotrimoxazol, ácido nalidíxico, cloranfenicol e tetraciclina. Podem-se aditar os antibióticos de uso comum na região.

Processamento das informações

Usando as informações coletadas, confeccionar-se-á um banco de dados utilizando para este fim o programa Epi Info, ou outro programa semelhante, que permita a análise das variáveis obtidas. A partir destas informações, será possível elaborar os indicadores relacionados com a proporção de linhagens resistentes aos agentes bacterianos causadores de pneumonia e de doenças diarréicas. A Tabela 58.3 apresenta alguns indicadores para servir como exemplo. Esses indicadores podem ser determinados para cada grupo etário e para outras variáveis de interesse.

TABELA 58.3

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de casos de infecções respiratórias agudas com isolamento de <i>S. pneumoniae</i> e <i>H. Influenzae</i>	Número total de linhagens de <i>S. pneumoniae</i> e <i>H. Influenzae</i> isoladas	Número total de crianças com infecções respiratórias agudas estudadas
Proporção de casos de doenças diarréicas com isolamento de <i>Shigella</i>	Número total de linhagens de <i>Shigella</i> isoladas	Número total de crianças com diarréia estudadas
Proporção de casos de doenças diarréicas com isolamento de <i>Salmonella</i>	Número total de linhagens de <i>Salmonella</i> isoladas	Número total de crianças com diarréia estudadas
Proporção de casos de doenças diarréicas com isolamento de <i>Vibrio cholerae</i>	Número total de cepas de <i>Vibrio cholerae</i> isoladas	Número total de crianças com diarréia estudadas
Proporção de linhagens de <i>S. pneumoniae</i> resistentes à penicilina	Número de linhagens de <i>S. pneumoniae</i> resistentes à penicilina	Número total de linhagens de <i>S. pneumoniae</i> isoladas
Proporção de linhagens de <i>Shigella</i> resistentes a cada antibiótico (repetir para cada uma das bactérias e para cada antibiótico)	Número de linhagens de <i>Shigella</i> resistentes a cada antibiótico	Número de cepas de <i>Shigella</i> isoladas

ANEXO 58.A
FICHA PARA A COMPILAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE CRIANÇAS
COM MENOS DE CINCO ANOS COM DIARRÉIA

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: []	Sexo: []	Data da consulta/hospitalização: ___/___/___	
Classificação/diagnóstico principal:			
Outras classificações/diagnósticos:			
Domicílio da criança:			
Quadro clínico na ocasião da consulta:			
Crianças de 2 meses a 4 anos			
Letárgica ou inconsciente	Sim []	Não []	Sem Informação []
Olhos cavados	Sim []	Não []	Sem Informação []
Bebe com dificuldade ou não consegue beber	Sim []	Não []	Sem Informação []
Sinal de prega cutânea: a pele retorna muito lentamente ao estado anterior	Sim []	Não []	Sem Informação []
Intranqüila e irritável	Sim []	Não []	Sem Informação []
Bebe avidamente, com sede	Sim []	Não []	Sem Informação []
Sangue nas fezes	Sim []	Não []	Sem Informação []
Crianças com menos de 2 meses			
Letárgica ou inconsciente	Sim []	Não []	Sem Informação []
Olhos cavados	Sim []	Não []	Sem Informação []
Sinal de prega cutânea: a pele retorna muito lentamente ao estado anterior	Sim []	Não []	Sem Informação []
Intranqüila e irritável	Sim []	Não []	Sem Informação []
Sangue nas fezes	Sim []	Não []	Sem Informação []
Outros estudos, exames, etc.			
Onde nasceu a criança?	Hospital []	Domicílio []	Outro: _____
Peso ao nascer:	Está amamentando a criança atualmente como alimentação exclusiva? Sim [] Não []		Durante quanto tempo amamentou a criança?
Com que idade a criança começou a receber outra comida além do leite materno?			
Tem o Cartão de vacinas da criança?	Sim [] Não []	Vacinas em dia?	Sim [] Não []
Tem o Cartão de controle de crescimento?	Sim [] Não []	Controles em dia?	Sim [] Não []
Quando foi a última vez que levou a criança para controle?			
A criança teve outra doença diarreica nos últimos 6 meses?			
Duração do episódio	Episódio 1 []	Episódio 2 []	Episódio 3 []
Diagnóstico			
A criança esteve hospitalizada?	Sim [] Não [] Quanto tempo?	Sim [] Não [] Quanto tempo?	Sim [] Não [] Quanto tempo?
Recebeu antibióticos como tratamento para este episódio de diarreia?	Sim [] Não [] Quais?	Sim [] Não [] Quais?	Sim [] Não [] Quais?

ANEXO 58.B
FICHA PARA A COMPILAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE CRIANÇAS
COM MENOS DE CINCO ANOS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:			
Sobrenome e nome da criança:			
Idade: [____]	Sexo: [____]	Data da consulta/hospitalização: ____/____/____	
Classificação/diagnóstico principal:			
Outras classificações/diagnósticos:			
Domicílio da criança:			
Quadro clínico na ocasião da consulta:			
Crianças de 2 meses a 4 anos:			
Tosse	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Cianose central	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Incapacidade de beber	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Tiragem subcostal	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Respiração rápida	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Crianças com menos de 2 meses:			
Deixou de alimentar-se bem	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Convulsões	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Anormalmente sonolenta ou difícil de despertar	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Estridor quando tranqüila	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Febre (38 °C ou mais) ou Temperatura corporal baixa (menos de 35,5 °C)	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Sibilância	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Estudos de diagnóstico:			
Radiografia do tórax	Sim [__]	Não [__]	Sem Informação [__]
Achados:			
Outros estudos, exames, etc.:			
Onde nasceu a criança?	Hospital [__]	Domicílio [__]	Outro: _____
Peso ao Nascer:	Atualmente está amamentando a criança como alimentação exclusiva? Sim [__] Não [__]		Durante quanto tempo amamentou a criança?
Com que idade a criança começou a receber outra comida além do leite materno?			
Tem o Cartão de vacinas da criança?	Sim [__] Não [__]	Vacinas em dia?	Sim [__] Não [__]
Tem o Cartão de controle de crescimento?	Sim [__] Não [__]	Controles em dia?	Sim [__] Não [__]
Quando foi a última vez que levou a criança para controle?			
A criança teve uma doença respiratória nos últimos 6 meses?			
Duração do episódio	Episódio 1 []	Episódio 2 []	Episódio 3 []
Diagnóstico			
A criança esteve hospitalizada?	Sim [__] Não [__] Quanto tempo?	Sim [__] Não [__] Quanto tempo?	Sim [__] Não [__] Quanto tempo?
Recebeu antibióticos para esta doença respiratória?	Sim [__] Não [__] Quais?	Sim [__] Não [__] Quais?	Sim [__] Não [__] Quais?

ANEXO 58.C
FICHA PARA A ENTREVISTA COM OS PAIS DE CRIANÇAS
COM MENOS DE CINCO ANOS

Número da ficha: _____ Lugar e data: _____

Dados de identificação da criança:					
Sobrenome e nome da criança:					
Idade: [____]	Sexo: [____]	Data da consulta/hospitalização: ____/____/____			
Classificação/diagnóstico:					
Domicílio da criança:					
Alguns dos familiares tem atualmente uma doença respiratória?		Sim [__] Não [__]		Quem diagnosticou?	
Características da família (pessoas que vivem no mesmo domicílio):					
Educação da mãe:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Educação do pai:	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Educação da pessoa que cuida da criança	Primária [__]	Anos [____]	Secundária [__]	Anos [____]	Superior [__]
Características da moradia:					
Urbana [__]	Rural [__]	Número de cômodos: [____]		Água no interior: Sim [__] Não [__]	
Banheiro: Sim [__] Não [__]		Vaso sanitário: Sim [__] Não [__]		Sala de refeições: Sim [__] Não [__]	
Nº de pessoas que dormem por quarto: [____]			Nº de pessoas que dormem com a criança: [____]		
Condições de saneamento do peridomicílio: Boas [__] Regulares [__] Más [____]					
Algumas características da atenção à saúde familiar:					
Controle de sua última gravidez		Sim [__] Não [__]		Centro de Saúde [__] Hospital [__]	
Outro: _____					
Tem o cartão pré-natal?		Sim [__] Não [__]		Controle Precoce: Sim [__] Não [__]	
Periódico: Sim [__] Não [__]					
Sobre a dinâmica da família e o cuidado da criança:					
Trabalho	Pai	Sim [__] Não [__]		Fora do lar? Sim [__] Não [__] Horas	
	Mãe	Sim [__] Não [__]		Fora do lar? Sim [__] Não [__] Horas	

Observações:

PROTOCOLO 59

AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DA ESTRATÉGIA DE AIDPI NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A principal finalidade de uma avaliação é saber se os objetivos propostos na aplicação de um plano estão sendo ou não alcançados. Ao mesmo tempo, a avaliação permite trazer à tona os problemas que tenham impedido que os resultados esperados tenham sido alcançados. Cabe também à avaliação proporcionar a base para a reprogramação das atividades futuras ou a modificação da estratégia proposta.

Entre os aspectos que uma avaliação pode abranger, incluem-se aqueles relacionados com o processo de execução das atividades do plano, os resultados obtidos a partir da execução dessas atividades e o impacto no problema. Do mesmo modo, a avaliação também terá que incluir o custo da implementação da estratégia e sua relação com os resultados conseguidos.

A estratégia AIDPI foi elaborada com base nos conhecimentos mais atualizados sobre as doenças que, com maior frequência, afetam as crianças com menos de cinco anos. Para a avaliação clínica e a classificação dos casos, utilizam-se os sinais e os sintomas de maior valor de previsão para a detecção precoce de cada doença.

A estratégia AIDPI foi considerada pelo Banco Mundial não apenas como a estratégia de maior impacto potencial para reduzir a carga de doenças, as deficiências e a morte de crianças, mas também foi considerada a melhor estratégia no que diz respeito à relação custo-benefício. Por esta razão, os países em desenvolvimento da Região das Américas e os organismos e agências internacionais decidiram fortalecer e apoiar, durante os próximos anos, o processo de implementação desta estratégia.

OBJETIVOS

- Saber quanto custará a implementação da estratégia AIDPI em um serviço de saúde de nível local.
- Avaliar os benefícios da aplicação da estratégia AIDPI visando oferecer a melhor qualidade de atenção possível às crianças nos serviços de saúde e sua relação com os custos de implementação.

METODOLOGIA

Deve-se selecionar um ou mais serviços de saúde para realizar a avaliação antes e depois da implementação da estratégia AIDPI.

Para a implementação da estratégia AIDPI é necessário que:

- O pessoal dos serviços de saúde esteja capacitado nos aspectos teóricos e práticos da aplicação da estratégia, de preferência por ter assistido a um curso clínico AIDPI.

- O serviço de saúde em que o pessoal capacitado desempenha suas funções conte com os materiais necessários para a aplicação da estratégia.
- O pessoal de saúde tenha a possibilidade de analisar os problemas, dificuldades e dúvidas com relação à aplicação correta da estratégia AIDPI, mediante visitas de acompanhamento, posteriores à capacitação, e de supervisões periódicas, tanto diretas como indiretas.
- A comunidade que procura os serviços de saúde tenha acesso a atividades educativas, tanto interpessoais, durante a consulta (ou antes ou depois da mesma), como em grupo na comunidade, mediante palestras, reuniões e outros tipos de atividades semelhantes.

O cumprimento dos requisitos mencionados é de fundamental importância para a realização do estudo, já que, do contrário, uma possível falta de impacto não estará associada aos resultados da estratégia mas sim a falhas no processo de sua implementação.

Para o primeiro objetivo, deve-se utilizar o formulário do Anexo 59.A: *Lista dos Fatores do Custo de Implantação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em um Serviço de Saúde de Nível Local*.

Descrevem-se nesse formulário o que um serviço de saúde necessita para poder oferecer acesso à estratégia AIDPI. Para completar o formulário deve-se seguir as seguintes etapas:

1. Averiguando o preço de cada item, completar a parte do formulário relativa aos custos, sejam eles custos relativos a itens que já existem nos serviços, sejam eles custos relativos a itens que não existem, mas que serão necessários. Deste modo, pode-se saber qual o capital que terá de ser investido para poder contar com todos os elementos necessários para a aplicação da estratégia AIDPI. Entre estes devem ser incluídos:
 - 1.1. Bens de capital que requeiram um único investimento ou pelo menos um investimento duradouro, levando em consideração sua amortização, por exemplo: balança, geladeira, etc.
 - 1.2. Bens de consumo que sejam necessários, por exemplo: medicamentos, materiais descartáveis para vacinas ou injeções de medicamentos, etc. Para isto, seria necessário fazer um cálculo com base no montante de crianças atendidas, por exemplo, por 100 crianças atendidas.

Este último cálculo deveria ser baseado em duas situações:

- o que ocorre atualmente, por meio da revisão de registros e a aplicação ou não de normas para patologias como IRA e diarreia e
 - o que se necessitaria para aplicar eficazmente a estratégia AIDPI.
2. Completar a parte de custos que terão de ser investidos para as demais rubricas, por exemplo, capacitação e acompanhamento.

3. Outros custos devem ser considerados, tais como gastos administrativos globais (luz, telefone, papel e salários).

Deste modo, sabendo quais são os custos para a atenção, por exemplo, de 100 crianças, poder-se-iam calcular os seguintes indicadores:

- custo da atenção atual no serviço de saúde, por criança
- investimento a ser feito para aplicar a estratégia AIDPI neste serviço de saúde
- custo da atenção, por criança, depois da aplicação da estratégia de AIDPI

Estes indicadores deverão ser analisados tanto de forma global como de forma pormenorizada, segundo o componente do gasto do serviço de saúde, uma vez que, como foi mencionado acima, haverá despesas fixas que não se modificarão com a aplicação da estratégia, outras onde o investimento não se realizará com regularidade e outras que são de consumo, como é o caso dos medicamentos.

Para o segundo objetivo deve-se avaliar os benefícios da aplicação da estratégia de AIDPI visando oferecer a melhor qualidade de atenção possível às crianças que são atendidas no serviço de saúde, utilizando os seguintes indicadores.

1. Uma diminuição na frequência de casos graves entre as crianças com menos de cinco anos levadas pelas mães ou outros responsáveis aos serviços de saúde.
2. Uma diminuição no uso dos serviços de radiologia para o diagnóstico das IRAs e uma diminuição da análise coprológica para a diarreia (bem como de outros estudos complementares para o diagnóstico) que, em muitas ocasiões, são utilizados em demasia ou os seus resultados demoram a chegar e não são analisados para o diagnóstico e tratamento.
3. Uma redução no uso desnecessário de antibióticos para o tratamento dos casos de IRA e da diarreia.
4. Uma diminuição no uso de medicamentos inúteis para o tratamento das IRAs e da diarreia, tais como, xaropes para a tosse e medicamentos antidiarréicos.
5. Uma redução das referências ao hospital, por parte do primeiro nível de atenção, de casos de IRA, diarreia e malária para seu tratamento.
6. Uma diminuição das baixas hospitalares por pneumonia, diarreia, malária e desnutrição, ao reduzir a ocorrência de casos graves e aumentar a resolução dos casos que são levados à consulta no primeiro nível de atenção.
7. Uma modificação no perfil da hospitalização de crianças com menos de cinco anos; ocasionando uma diminuição do número e da proporção daqueles casos de IRA e de diarreia que podem ser tratados ambulatorialmente e o aumento da proporção de casos graves entre o total de casos que são hospitalizados, ou seja, uma diminuição das hospitalizações que não são clinicamente justificadas.

8. Uma diminuição da taxa de letalidade hospitalar por pneumonia, diarreia e malária uma vez que os casos que requerem tratamento hospitalar são detectados mais rapidamente e são menos graves.

A metodologia para a obtenção desses indicadores será a aplicação de protocolos de estudos epidemiológicos e operacionais propostos para a sua avaliação.

É possível fazer uma aproximação da relação entre o capital investido e os resultados conseguidos a partir de indicadores como os da Tabela 59.1. Esses indicadores podem ser desdobrados por tipo de problema de saúde, idade e outras variáveis a fim de avaliar os componentes da estratégia.

TABELA 59.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Custo por caso grave evitado	Custo da aplicação da estratégia no serviço de saúde	Número estimado de casos de consultas de casos graves evitadas na população que tem acesso ao serviço de saúde
Custo por morte hospitalar evitada	Custo da aplicação da estratégia no serviço de saúde	Número estimado de casos de mortes hospitalares evitadas

ANEXO 59.A

**Lista dos Fatores do Custo de Implantação da Estratégia de
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
em um Serviço de Saúde de Nível Local**

FATOR DO CUSTO	Nº DE UNIDADES	CUSTO POR UNIDADE	TOTAL
1. Capacitação clínica do pessoal			
1.1. Diária por 14 dias (ou hospedagem e refeições por 14 dias)			
1.2. Transporte, ida e volta à sede do curso			
1.3. Substituição da pessoa em sua função habitual por 10 dias			
1.4. 1/4 do custo de 1 facilitador do curso			
1.4.1. Diária por 14 dias (ou hospedagem e refeições por 14 dias)			
1.4.2. Transporte, ida e volta à sede do curso			
1.4.3. Substituição da pessoa em sua função habitual por 10 dias			
1.5. Conjunto de módulos para o curso			
1.6. Quadros de Procedimentos AIDPI			
1.7. Álbum de fotografias			
1.8. Conjunto de artigos de papelaria (caderno, lápis, pasta, agenda, lapiseira)			
1.9. Bata/guarda-pó para a prática clínica			
1.10. Conjunto de materiais bibliográficos de referência básica			
1.11. Fração do custo de equipamentos e insumos do lugar do curso (TV, VCR, álbuns seriados, vídeos)			
2. Capacitação do pessoal em comunicação interpessoal			
2.1. Diária por 3 dias (ou hospedagem e refeições por 3 dias)			
2.2. Transporte de ida e de volta à sede do curso			
2.3. Substituição da pessoa em sua função habitual por 3 dias			
2.4. 1/4 do custo de 1 facilitador do curso			
2.4.1. Diária por 3 dias (ou hospedagem e refeições por 3 dias)			

COMPONENTE DEL COSTO	NRO DE UNIDADES	COSTO POR UNIDAD	TOTAL
2.4.2. Transporte, ida e volta à sede do curso			
2.4.3. Substituição da pessoa em sua função habitual por 3 dias			
2.5. Conjunto de módulos para o curso			
2.6. Conjunto de artigos de papelaria (caderno, lápis, pasta, agenda, lapiseira)			
2.7. Fração do custo de equipamentos e insumos do lugar do curso (TV, VCR, álbuns seriados, vídeos)			
3. Visita de acompanhamento			
3.1. Diária por 1½ dia para duas pessoas (ou refeições para duas pessoas por 1 dia e, eventualmente, hospedagem)			
3.2. Transporte, ida e volta para duas pessoas da sede até o serviço de saúde			
3.3. Manual de acompanhamento posterior à capacitação (1 por serviço)			
3.4. Fração de um conjunto de artigos de papelaria (caderno, lápis, pastas, agenda, lapiseira); 1 conjunto para cada 20 visitas			
3.5. Fração do custo das duas pessoas que realizam o acompanhamento posterior à capacitação (1½ dia de trabalho por cada pessoa capacitada)			
4. Visita de supervisão periódica			
4.1. Diária por 1 dia para uma pessoa (ou refeições para uma pessoa por 1 dia e, eventualmente, hospedagem), 2 vezes por ano			
4.2. Transporte, ida e volta para uma pessoa da sede até o serviço de saúde, 2 vezes por ano			
4.3. Manual de supervisão (1 por serviço, 2 vezes por ano)			
4.4. Fração de um conjunto de artigos de papelaria (caderno, lápis, pasta, agenda, lapiseira); 1 conjunto cada 20 visitas			
4.5. Fração do custo das duas pessoas que realizam o acompanhamento posterior à capacitação (1½ dia de trabalho por cada pessoa capacitada)			
5. Fornecimento de insumos por cada serviço de saúde			
5.1. Balança para adultos			
5.2. Balança pediátrica			

COMPONENTE DEL COSTO	NRO DE UNIDADES	COSTO POR UNIDAD	TOTAL
5.3. Pedômetro			
5.4. Medidor de altura			
5.5. Geladeira e termômetro para controle de rede de frio			
5.6. Estetoscópio (1 por consultório pediátrico)			
5.7. Otoscópio (1 por consultório pediátrico)			
5.8. Relógio com marcador de minutos (1 por consultório pediátrico)			
5.9. Lanterna (1 por consultório pediátrico)			
5.10. Termômetro para temperatura corporal (1 por consultório de pediátrico)			
5.11. Copo (1 por consultório pediátrico)			
5.12. Colher (1 por consultório pediátrico)			
5.13. Recipiente de 1 litro			
5.14. Pilhas para lanterna e otoscópio (4 cada 3 meses, por instrumento)			
5.15. Mesa de exame (1 por consultório pediátrico)			
5.16. 3 cadeiras (por consultório pediátrico)			
5.17. Fração de um conjunto de artigos de papelaria (caderno, lápis, pasta, agenda, lapiseira); 1 conjunto cada 20 visitas			
5.18. Medicamentos			
5.19. Vacinas			
5.20. Material de registro de consultas			
5.21. Blocos de receitas			
5.22. Cartões de instruções para a mãe			
5.23. Folhetos educativos			
5.24. Cartazes (por consultório que atende crianças + um conjunto para o serviço)			
6. Aspectos organizacionais, de planejamento e de avaliação			
6.1. 1/2 dia por semana dedicado a estes aspectos			
6.2. 1 dia cada 3 meses para reuniões de coordenação, avaliação, planejamento, etc.			
6.3. 1 dia de diária			
6.4. Transporte, ida e volta à sede da área			

PROTOCOLO 60

AUDITORIA DE MORTES DE CRIANÇAS DE UMA SEMANA A QUATRO ANOS PARA IDENTIFICAR FATORES DE RISCO E CAUSAS EVITÁVEIS DE MORTALIDADE

INTRODUÇÃO

A maior parte das mortes de crianças com menos de cinco anos ocorre nos países em desenvolvimento. As infecções respiratórias agudas e as diarreias são duas das principais causas. Alguns outros problemas de saúde, como as doenças preveníveis por vacinação e, em algumas áreas, a malária, contribuem para aumentar o número de mortes de crianças dessa faixa etária. Complicações frequentes das IRAs e das diarreias, tais como a septicemia e a meningite, e fatores de risco como a desnutrição e a anemia, também contribuem com um número considerável de óbitos.

Em outras palavras, os problemas de saúde mencionados causam a maioria das mortes que ocorrem em crianças com menos de cinco anos nos países em desenvolvimento e a maior parte das consultas e hospitalizações infantis nos serviços de saúde destes países. O controle desses problemas constitui, portanto, um dos principais desafios para se alcançar uma redução sustentável da mortalidade na infância.

A estratégia AIDPI visa reduzir a incidência, a gravidade e a mortalidade por doenças prevalentes na infância de crianças de uma semana até os cinco anos de idade. Em geral, quando têm menos de uma semana de vida as crianças não são levadas por seus pais aos serviços de saúde do primeiro nível de atenção e sim diretamente ao hospital. Os problemas neste grupo etário, por estarem associados, em sua grande maioria, ao parto e ao nascimento, requerem atenção especializada e não podem ser manejados pelo pessoal do primeiro nível de atenção.

Pode-se evitar muitas das hospitalizações e mortes de crianças com menos de cinco anos se as crianças forem levadas a tempo a um serviço de saúde e receberem o tratamento necessário.

Para conseguir isto, a estratégia inclui o aprimoramento do conhecimento dos pais e de outros responsáveis pelo cuidado das crianças com menos de cinco anos, no que diz respeito aos sinais de alarme, para que procurem atenção fora do lar. A estratégia também inclui o aperfeiçoamento da capacidade dos serviços de saúde do primeiro nível de atenção para a avaliação clínica, a classificação e o tratamento das crianças levadas para consulta.

A análise dos diversos níveis que intervêm no cuidado e na atenção da criança é de suma importância para a programação de ações visando o controle do problema.

OBJETIVO

Identificar fatores que têm influência na morte de crianças de uma semana a quatro anos, relacionados com os aspectos de identificação da doença, cuidados no lar e qualidade da atenção.

METODOLOGIA

População a ser estudada

A população a ser estudada é composta por mães de crianças com menos de cinco anos, que faleceram, em determinada área geográfica. Esta área geográfica deve contar com serviços de saúde que cubram o atendimento dos problemas de crianças com menos de cinco anos que habitam nesta área, particularmente com os hospitais de referência.

A informação para o estudo será obtida mediante:

- Entrevista com as mães de criança falecidas, incluindo aspectos sobre a doença da criança, sua atenção no lar e procura de atenção fora do domicílio.
- Exame de registros dos centros de saúde, onde a criança foi atendida.

Deve-se obter o número total de mortes de crianças com menos de cinco anos que ocorreram na área em um determinado período. Estas mortes podem ser desdobradas em função do lugar onde ocorreram e também em função da questão do atendimento, ou seja, se as crianças receberam ou não atendimento prévio por causa da doença, seja qual for o atendimento que ela tenha recebido: atendimento em um serviço de saúde, atendimento prestado por um trabalhador de saúde, ou atendimento prestado por pessoal não médico (por curandeiros, por exemplo).

As mortes também poderão ser separadas de acordo com o diagnóstico médico: como pneumonia, bronquite, bronquiolite, diarreia, desnutrição, malária, meningite, septicemia, etc.

Caso se possa contar com um bom registro de óbitos, com poucos sub-registros, pode-se obter tanto as informações sobre o número total de mortes de crianças com menos de cinco anos como as informações sobre a causa do falecimento e o lugar da ocorrência da morte a partir do exame dos certificados de óbitos inscritos.

Em geral, observa-se que o registro de mortalidade naquelas áreas com um elevado número e proporção de mortes domiciliares é deficiente. A metodologia para obter as informações necessárias nesse tipo de situações é a seguinte:

- Exame das mortes inscritas no Registro Civil, correspondentes a crianças com menos de cinco anos da área de estudo e pelas causas objeto do estudo.
- Exame dos registros de hospitais e centros de saúde aos quais a população da área selecionada tem acesso. Deve-se levar em especial consideração a identificação de todas as mortes relacionadas com a área de estudo, uma vez que algumas crianças podem ter morrido em outros hospitais por terem sido referidas pelos serviços de saúde da área em virtude da gravidade do quadro ou por outras razões.
- Informações de diferentes fontes da comunidade para se inteirar sobre a ocorrência de falecimentos de crianças com menos de cinco anos durante o período de estudo. Essas fontes podem incluir entrevistas com pessoas que disponham deste tipo de dados, tais

como líderes religiosos, pessoas encarregadas do atendimento de cemitérios, agentes comunitários de saúde, curandeiros tradicionais, representantes da comunidade, etc.

Uma vez identificados os domicílios das crianças com menos de cinco anos, será feita uma visita domiciliar a fim de entrevistar a mãe da criança, utilizando o questionário do Anexo 60.A. Esse questionário está baseado em questionários de necropsia verbal que são utilizados para a pesquisa e identificação de causas de mortes de crianças com menos de cinco anos do Projeto BASICS.

Esse questionário consta de várias partes que compreendem:

1. Dados de identificação
2. Necropsia verbal
3. Dados gerais sobre a família e a criança falecida
4. Processo da doença
5. Pesquisa no serviço de saúde

Com base nos registros dos questionários de entrevista, recomenda-se:

- Avaliar os conhecimentos da mãe da criança para a identificação da doença que produziu a morte desta e seus sinais de gravidade. Esse componente se avalia mediante a necropsia verbal.
- Avaliar as características do cuidado da criança no lar, tratamentos caseiros, procura de atenção fora do lar, cumprimento das recomendações do pessoal de saúde.
- Avaliar as características da atenção das crianças nos serviços de saúde, avaliação clínica dos casos, tratamento e referência dos casos graves.

Uma vez concluídas todas as entrevistas deve-se analisar as informações obtidas. Para seu processamento pode-se utilizar qualquer programa de computação que admita a confecção de um banco de dados, como por exemplo Epi Info. Deste modo se poderá efetuar a análise com base em diversas combinações das variáveis obtidas.

A partir das informações coletadas pode-se calcular os indicadores relacionados com as características das mortes de crianças de cada grupo etário, ocorridas na área do estudo. A Tabela 60.1 oferece exemplos de indicadores que podem ser estimados.

TABELA 60.1

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Proporção de mortes por qualquer causa, de crianças com menos de 5 anos, ocorridas no domicílio	Número de mortes por qualquer causa, de crianças com menos de 5 anos ocorridas no domicílio	Número total de mortes por qualquer causa, de crianças com menos de 5 anos
Proporção de mortes por patologias prevalentes, de crianças com menos de 5 anos cuja mãe não cumpriu com a referência ao hospital	Número de mortes por patologias prevalentes, de crianças com menos de 5 anos cuja mãe não cumpriu com a referência ao hospital	Número total de mortes por patologias prevalentes, de crianças de 5 anos pesquisadas
Proporção de mortes por IRA, de crianças de 2 a 11 meses cuja mãe não reconheceu os sinais de perigo	Número de mortes por IRA, de crianças de 2 a 11 meses cuja mãe não reconheceu os sinais de perigo	Número total de mortes por IRA, de crianças de 2 a 11 meses pesquisadas
Proporção de mortes por doenças prevalentes na infância, de crianças com menos de 1 ano que não tinham o esquema de vacinação completo	Número de mortes por AIDPI, de crianças com menos de 1 ano que não tinham o esquema de vacinação completo	Número total de mortes por AIDPI, de crianças com menos de 1 ano pesquisadas
Proporção de mortes por doenças prevalentes na infância, de crianças com menos de 1 ano que não foram classificadas corretamente no serviço de saúde	Número de mortes por doenças prevalentes na infância, de crianças com menos de 1 ano que não foram classificadas corretamente no serviço de saúde	Número total de mortes por AIDPI, de crianças com menos de 1 ano pesquisadas que foram atendidas em um serviço de saúde
Proporção de mortes por doenças prevalentes na infância, de crianças com menos de 1 ano em que o tratamento dado no serviço de saúde não esteve de acordo com a norma	Número de mortes por doenças prevalentes na infância, de crianças com menos de 1 ano em que o tratamento dado no serviço de saúde não esteve de acordo com a norma	Número total de mortes por AIDPI, de crianças com menos de 1 ano pesquisadas que foram atendidas em um serviço de saúde

2.1. A criança morreu por acidente?

- 1 SIM (Passe à pergunta 2.1.1) []
- 2 NÃO (Passe à pergunta 2.2 ou 2.3) []

2.1.1 Se respondeu SIM, a criança morreu por acidente ou traumatismo, pergunte:
Qual foi o tipo de acidente ou traumatismo que sofreu?

- 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO []
- 2 QUEDA []
- 3 IMERSÃO ACIDENTAL []
- 4 ENVENENAMENTO []
- 5 MORDIDA OU PICADA DE INSETO/ANIMAL VENENOSO []
- 6 QUEIMADURA []
- 7 VIOLÊNCIA []
- 8 LESÃO AUTO-INFLIGIDA []
- 9 HOMICÍDIO []
- 10 OUTRO TIPO DE LESÃO []
- ESPECIFICAR: _____

2.1.2 A criança morreu durante as primeiras 24 horas depois do acidente ou traumatismo?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

SE A CRIANÇA TINHA MAIS DE UM MÊS QUANDO MORREU, PASSE AO PONTO 2.3

2.2 Período Neonatal

2.2.1. Lembra-se da data de sua última menstruação? (desta gravidez)

[] dia [] mês [] ano

2.2.2. A criança tinha irmão gêmeo ou irmã gêmea?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []

2.2.3. A criança nasceu antes, a tempo ou tarde?

- 1 ANTES []
- 2 A TEMPO []
- 3 TARDE []
- 9 NÃO SABE []

2.2.4. Houve complicação com a gravidez ou com o parto?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.5)

Se respondeu SIM, pergunte: Que complicações teve durante a gravidez ou o parto?

- 2.2.4.1 A MÃE TEVE CONVULSÕES []
- 2.2.4.2 A CRIANÇA NASCEU COM APRESENTAÇÃO DOS PÉS []
- 2.2.4.3 A MÃE SANGROU DEMASIADO NO PARTO []
- 2.2.4.4 AMEAÇA DE ABORTO []
- 2.2.4.5 CESARIANA DE EMERGÊNCIA []
- 2.2.4.6 FOI PARTO MÚLTIPLO []
- 2.2.4.7 OUTRO, ESPECIFIQUE _____

2.2.5 Quantos meses a gravidez durou? [] Meses

2.2.6 A bolsa d'água se rompeu antes do início do parto?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.7)

2.2.6.1 Se a bolsa d'água se rompeu antes do parto, pergunte:

Quanto tempo antes do parto a bolsa se rompeu

- 1 Menos de 1 dia []
- 2 Mais de um dia []
- 9 Não sabe []

2.2.7 Quanto tempo durou o parto?

- 1 Menos de 12 horas []
- 2 Mais de 12 horas []
- 9 Não sabe []

2.2.8 A criança tinha marcas ou equimoses no corpo ou na cabeça?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.9 A criança tinha alguma malformação?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2. 10)

Se respondeu SIM para malformações, pergunte: Onde tinha a malformação?

- 2.2.9.1 CABEÇA []
 2.2.9.2 CORPO []
 2.2.9.3 BRAÇOS []
 2.2.9.4 PERNAS []
 2.2.9.5 OUTROS []

2.2.10 Quando nasceu, qual era o tamanho da cabeça da criança?

- 1 MUITO PEQUENA []
 2 MENOR QUE O NORMAL []
 3 MÉDIO []
 4 MAIOR QUE O NORMAL []

2.2.11 Quando a criança nasceu, conseguia respirar?

- 1 SIM, ESPONTANEAMENTE []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.12 A primeira mamada foi normal?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 3 NÃO SE APLICA , []
 Especifique: _____
 9 NÃO SABE []

2.2.13 Deixou de mamar em algum momento?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.14)

2.2.13.1 Se respondeu que a criança SIM, deixou de mamar em algum momento, pergunte:

Quanto tempo antes morrer, a criança deixou de mamar?

- 1 MENOS DE UM DIA []
 2 MAIS DE UM DIA []
 9 NÃO SABE []

2.2.13.2 Se respondeu que a criança SIM, deixou de mamar em algum momento, pergunte:

Quanto tempo depois do nascimento deixou de mamar?

- 1 MENOS DE UM DIA []
 2 UM OU DOIS DIAS []
 3 TRÊS A SETE DIAS []

- 4 OITO A 14 DIAS []
- 5 QUINZE A 30 DIAS []
- 9 NÃO SABE []

2.2.14 A criança chorou ao nascer?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.15 Seu choro ficou mais fraco em algum momento?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.16)

2.2.15.1 Se respondeu SIM, pergunte:

Quanto tempo antes de morrer começou a criança a chorar mais fraco?

- 1 MENOS DE UM DIA []
- 2 MAIS DE UM DIA []

2.2.16 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve ataques ou convulsões

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.17 Durante os primeiros três dias de vida, a criança não reagia ou estava flácida?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.18 Durante a doença que lhe causou a morte, a moleira da criança ficou dura ou inchada?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.19 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança ficou com o corpo rígido ou tenso?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

- 2.2.20 A mãe recebeu duas ou mais doses de toxóide tetânico?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.21 Durante a doença que lhe causou a morte, o umbigo ficou roxo ou exsudou pus?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.22 Com que lhe cortaram o cordão umbilical
- 1 INSTRUMENTO ESTERILIZADO []
- 2 INSTRUMENTO PROVAVELMENTE LIMPO []
- 3 INSTRUMENTO PROVAVELMENTE SUJO []
- 4 INSTRUMENTO SUJO []
- 5 OUTRO [] Especificque: _____
- 2.2.23 Com que foi amarrado o cordão umbilical?
- 1 TIRA ESTERIL []
- 2 TIRA PROVAVELMENTE LIMPA []
- 3 TIRA PROVAVELMENTE SUJA []
- 4 TIRA SUJA []
- 5 NÃO FOI AMARRADO []
- 2.2.24 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve tétano?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.25 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança ficou com os olhos ou a pele amarelos?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.26 Durante a doença que lhe causou a morte, a pele da criança ficou com manchas roxas ou quentes?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.27 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança apresentou bolhas com pus?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.2.28 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve febre?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.29)

2.2.28.1 Se respondeu que SIM, tinha febre, pergunte:

Quantos dias a febre durou? [] dia

2.2.29 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança ficou muito fria?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.30)

2.2.29.1 Se respondeu que SIM, a criança estava muito fria, pergunte:

Quantos dias durou a frialdade [] dias

2.2.30 Durante a doença que lhe causou a morte, suas fezes estavam mais líquidas que de costume?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.2.31 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve diarreia?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.32

2.2.31.1 Durante quantos dias teve diarreia? [] dias

2.2.31.2 Havia sangue nas fezes?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.2.31.3 Quantas vezes evacuou no pior dia? []

2.2.31.4 Em sua opinião as fezes foram mais seguidas ou freqüentes que o normal?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.5 A criança teve diarréia até a hora em que morreu?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6 A criança apresentou algum dos seguintes sinais?

2.2.31.6.2 BOCA SECA

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6.3 SEDE

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6.4 PELE SECA

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6.5 OLHOS CAVADOS

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6.6 POUCA URINA

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.2.31.6.7 Moleira afundada

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

- 2.2.31.7 Durante o tempo que a criança teve diarreia, deu-lhe algum líquido?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.32 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve tosse?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.33)
- 2.2.32.1 Se respondeu que SIM, teve tosse, pergunte:
- Quantos dias durou a tosse? [] dias
- 2.2.33 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve dificuldade de respirar?.
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.34)
- 2.2.33.1 Se respondeu que SIM, teve dificuldade de respirar, pergunte:
- Quantos dias durou? [] dias
- 2.2.34 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve respiração rápida?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.35)
- 2.2.34.1 Se respondeu que SIM, teve respiração rápida, pergunte:
- Quantos dias durou? [] dias
- 2.2.35 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança parou de respirar por períodos longos e depois voltou a respirar?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []
- 2.2.36 Durante a doença que lhe causou a morte, o peitinho da criança afundava?
- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.2.37 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve batimento das asas do nariz?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.38 Durante a doença que lhe causou a morte, seus lábios puseram-se arroxeados?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.39 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve:?(demonstre os sons)

2.2.39.1 Estridor

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.39.2 Gemidos

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.40 A criança teve pneumonia?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.2.41 Recebeu a certidão de nascimento?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.42)

2.2.41.1 Se respondeu que SIM, recebeu a certidão de nascimento, pergunte:

Quem lhe deu a certidão de nascimento? _____

2.2.42 Recebeu o atestado de óbito?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.43)

2.2.42.1 Se respondeu que SIM, recebeu o atestado de óbito pergunte:

Quem lhe deu o atestado de óbito? _____

2.2.43 Onde foi enterrada a criança?

- | | |
|-------------------------|-----|
| 1 CEMITÉRIO OFICIAL | [] |
| 2 CEMITÉRIO NÃO OFICIAL | [] |
| 3 EM CASA | [] |
| 4 NO CAMPO | [] |

2.3 Período Pós-neonatal

2.3.1 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve febre?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.4)

2.3.2 Se respondeu que SIM, teve febre, pergunte:

Quantos dias a febre durou? [] dias

2.4 Durante a doença que lhe causou a morte,

a criança teve fezes mais líquidas que de costume?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.4.1 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve diarreia?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.2.32

2.4.2 Durante quantos dias teve diarreia? [] dias

2.4.3 Havia sangue nas fezes?

- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |

2.4.4 Quantas vezes evacuou, no pior dia? []

2.4.5 A criança teve diarreia até a hora em que morreu?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

A criança apresentou algum dos seguintes sinais?

2.4.6 BOCA SECA

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.7 SEDE

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.8 PELE SECA

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.9 OLHOS CAVADOS

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.10 POUCA URINA

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.11 MOLEIRA AFUNDADA

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.4.12 Durante o tempo que a criança teve diarreia, você lhe deu algum líquido?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.5 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve tosse?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.5.17)

2.5.1 Se respondeu que SIM, teve tosse, pergunte: Quantos dias durou a tosse? [] Dias

2.5.2 A tosse era muito forte?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.5.3 Tinha ataques de tosse?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.5.4 Vomitava depois de tossir?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.5.5 Ao inspirar, a criança fazia um ruído de sufoco?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.5.6 Houve outras crianças que tiveram o mesmo tipo de tosse?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

2.5.7 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve dificuldade de respirar?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.5.9)

2.5.8 Se respondeu que SIM, teve dificuldade de respirar, pergunte:

Quantos dias durou? [] dias

2.5.9 Durante a doença que lhe causou a morte, a respiração da criança era rápida?

- 1 SIM []
- 2 NÃO []
- 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.6)

2.5.10 Se respondeu que SIM, a respiração era rápida, pergunte:
Quantos dias durou? [] dias

2.5.11 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança apresentou tiragem subcostal
(o peitinho afundava)?

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.5.12 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve batimento das asas do nariz?

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.5.13 Durante a doença que lhe causou a morte, os lábios puseram-se arroxeados?

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

Durante a doença que lhe causou a morte, a criança teve:? Demonstre os sons

2.5.14 Estridor

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.5.15 Sibilância

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.5.16 A criança teve pneumonia?

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.6 A criança teve convulsões ou ataques?

1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

- 2.6.1 Em algum momento a criança esteve inconsciente (sem reagir)?
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- 2.6.2 Durante a doença que lhe causou a morte,
em algum momento a criança deixou de comer?
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.6.4)
- 2.6.3 Se respondeu que SIM, deixou de comer, pergunte:
Quanto tempo antes de morrer a criança deixou de comer?
- | | |
|---------------------|-----|
| 1 Menos de 12 horas | [] |
| 2 12 horas ou mais | [] |
- 2.6.4 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança deixou de reagir a sua voz?
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.6.6)
- 2.6.5 Se respondeu que SIM, deixou de reagir a sua voz, pergunte:
Quanto tempo antes de morrer a criança deixou de reagir a sua voz?
- | | |
|---------------------|-----|
| 1 Menos de 12 horas | [] |
| 2 12 horas ou mais | [] |
- 2.6.6 Durante a doença que lhe causou a morte, o pescoço da criança ficou duro?
(o pesquisador: deve demonstrar)
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- 2.6.7 Durante a doença que lhe causou a morte, a moleira ficou dura ou bojudada?
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- 2.6.8 Durante o mês anterior à morte da criança, apareceram-lhe granulações no corpo?
- | | |
|------------|-----|
| 1 SIM | [] |
| 2 NÃO | [] |
| 9 NÃO SABE | [] |
- (Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.7)

- 2.6.9 As granulações cobriam-lhe todo o corpo?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.10 Também havia granulações no rosto?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.11 Quantos dias duraram as granulações [] dias
- 2.6.12 As granulações tinham bolhas cheias de líquido transparente?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.13 Depois das granulações, a pele ficou manchada ou descamada?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.14 A criança estava com os olhos avermelhados?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.15 Seu nariz estava entupido?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.16 Alguma outra pessoa na casa teve a mesma doença
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []
- 2.6.17 A doença nesse caso foi o sarampo?
1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança estava muito magrinha?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.1 Durante a doença que lhe causou a morte,
as pernas e/ou os pés da criança ficaram inchados?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.7.3)

2.7.2 Se respondeu que SIM, as pernas e/ou os pés ficaram inchados, pergunte:

Quanto tempo durou a inchação? [] dias

2.7.3 Durante a doença que lhe causou a morte, a pele ficou descamada?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.4 Durante a doença que lhe causou a morte, a pele da criança ficou avermelhada ou amarela?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.5 A criança sofreu de desnutrição com inchação (kwashiorkor) durante o mês anterior
a sua morte?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.6 A criança sofreu de desnutrição (marasmo) durante o mês anterior a sua morte

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.7 Durante a doença que lhe causou a morte, a criança estava demasiado pálida?

- 1 SIM []
2 NÃO []
9 NÃO SABE []

2.7.8 Durante a doença que lhe causou a morte, as mãos da criança estavam pálidas?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.7.9 Durante a doença que lhe causou a morte, as unhas da criança estavam pálidas?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

2.7.10 Recebeu o atestado de óbito?

- 1 SIM []
 2 NÃO []
 9 NÃO SABE []

(Se respondeu NÃO ou NÃO SABE passe à pergunta 2.7.12)

2.7.11 Se respondeu que SIM, recebeu o atestado de óbito, pergunte:

Quem lhe deu o atestado de óbito? _____

2.7.12 Onde foi enterrada a criança?

- 1 CEMITÉRIO OFICIAL []
 2 CEMITÉRIO NÃO OFICIAL []
 3 EM CASA []
 4 NO CAMPO []
 5 EM OUTRO LUGAR []

Especifique: _____

3 DADOS GERAIS DA FAMÍLIA E DA CRIANÇA FALECIDA

3.1 Entrevistado principal:

- 1 Mãe [] 2 Pai [] 3 Irmão(ã) []
 4 Avô(ó) [] 5 Tio(a) [] 6 Outro [] _____

3.2 Participaram na pesquisa:

- 1 Mãe [] 2 Pai [] 3 Irmão(ã) []
 4 Avô(ó) [] 5 Tio(a) [] 6 Outro [] _____

3.3 Pessoas que cuidavam normalmente da criança:

- 1 Mãe [] 2 Pai [] 3 Irmão(ã) []
 4 Avô(ó) [] 5 Tio(a) [] 6 Outro [] _____

3.4 Idioma da entrevista: 1 Espanhol [] 2 Outro []

3.5 Moradia

3.5.1 Posse:

1 Própria [] 2 Alugada []
3 Cedida por serviços [] 4 Cedida por familiar []

3.5.2 Água 1 Potável dentro de casa []
 2 Potável fora de casa []
 3 Não potável []

3.5.3 Luz: 1 Tem [] 2 Não tem []

3.5.4 Chão: 1 Madeira/cimento [] 2 Terra []

3.5.5 N° de cômodos: [] comod0s

3.6 Serviço de saúde pública mais próximo de casa: _____

3.7 Tempo que leva para chegar de casa ao serviço de saúde: [] minutos

3.8 Família

3.8.1 Pais: 1 União estável [] 2 Só a Mãe [] 3 Só o pai []

3.8.2 Número total de pessoas que compartilham da moradia
(incluindo os pais) [] pessoas

3.8.3 Renda: _____

3.9 Mãe

3.9.1 Idade: [] anos

3.9.2 Escolaridade: [] anos de escola

3.9.3 Gestações []

3.9.4 Partos []

3.9.5 Abortos []

3.9.6 Filhos vivos: []

3.9.7 Filhos mortos: [] (incluindo o atual)

3.9.8 Ocupação: _____

3.9.9 Tempo que permanecia com a criança: [] horas/dia

- 3.10 Pai
 3.10.1 Idade: [] anos
 3.10.2 Escolaridade: [] anos de escola
 3.10.3 Ocupação: _____

Criança Falecida

- 3.11 Data do falecimento: [] dia [] mês [] ano
 3.12 Quantas crianças nasceram antes da criança falecida: []
 3.13 Intervalo com a criança que nasceu depois: [] meses
 3.14 Lugar do parto: 1 Hospital [] 2 Domicílio [] 3 Outro []
 3.15 Tem Cartão de Saúde Infantil? 1 SIM [] 2 NÃO []
 3.16 Vacinas completas para a idade? 1 SIM [] 2 NÃO []
 3.17 Tem o peso e a altura registrados?
 3.17.1 Peso: 1 SIM [] 2 NÃO []
 3.17.2 Altura: 1 SIM [] 2 NÃO []

Data	Idade		Peso	Altura
	Anos	Meses		

- 3.17.3 Desnutrida?, segundo o registro de peso/altura 1 SIM [] 2 NÃO []
 3.18 Aleitamento materno exclusivo: [] meses
 3.19 Idade de desmame (99 continua com o peito): [] meses

Doenças que teve durante os últimos três meses:

1 DDA []

2 IRA []

3 OUTRAS: [] _____

3.21 Três meses antes da doença teve sarampo?

1 SIM [] 2 NÃO []

3.22 Hospitalização anterior?

1 SIM [] 2 NÃO []

3.23 Causa da última hospitalização: _____

3.24 Segundo a mãe, a criança estava desnutrida?

1 SIM [] 2 NÃO []

3.25 A criança pertencia a alguma associação ou instituição?

1 SIM [] 2 NÃO []

Qual? _____

4. PROCESSO DA DOENÇA

Nome da criança: _____

DIA: _____

Data do início da doença [] dia [] mês [] ano

4.1 Sinais e sintomas:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

4.2 Por que crê que ficou doente?

4.3* *Como a criança continuou?*

IGUAL [] PIOR [] MELHOR []

4.4* Por que acha que continuou _____?

4.5 Pensou que a doença era grave? 1 SIM [] 2 NÃO []

4.6 Por quê?

4.7 Que fez você? (em casa)

4.8 Por quê?

4.9 Como o fez?

4.10 Onde buscou ajuda?

- | | |
|----------------------------------|-------|
| CURANDEIRO TRADICIONAL | [] |
| HOSPITAL | [] |
| CENTRO OU POSTO DE SAÚDE | [] |
| TRABALHADOR COMUNITÁRIO DE SAÚDE | [] |
| MÉDICO PARTICULAR | [] |
| FARMÁCIA, LOJA, MERCADO | [] |
| OUTRO PROVEDOR | [] |
| PARENTE | [] |
| NÃO BUSCOU AJUDA | [] |

4.11 Por que buscou a ajuda aí?

4.12 Que foi que lhe disseram que tinha?

4.13 Que foi que lhe recomendaram que fizesse?

Recomendação	Cumpriu	Por que não
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

4.14 Foi hospitalizada?

SIM [] Por quê? _____
NÃO [] (Passe à pergunta 4.17)

4.15 Onde foi hospitalizada?

4.16 Ficou satisfeita com a atenção recebida?

4.17 Quem cuidava mais da criança? Anotar [] Horas

Pai [] Mãe [] Irmãos []
Tio (a) [] Avô (ó) [] Outros [] Especificar: _____

4.18 Em sua opinião, por que foi que a criança morreu?

4.19 Comentários

5. PESQUISA JUNTO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Nº do Registro da criança: []

Nome da criança: _____

Nome do entrevistador: _____

5.1 Tipo de estabelecimento de saúde:

- | | |
|-------------------|--------|
| 1 Centro de Saúde | [] |
| 2 Hospital | [] |
| 3 Privado | [] |
| 4 Outro: _____ | [] |

Nome e endereço do estabelecimento de saúde:

5.2 Tipo de pessoal que atendeu a criança:

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1 Médico | [] |
| 2 Enfermeira | [] |
| 3 Enfermeira auxiliar | [] |

5.3 Fonte de Informação

- | | |
|---------------------------------|--------|
| 1 Livro de registro | [] |
| 2 História clínica | [] |
| 3 Outro tipo de registro: _____ | [] |

5.4 Motivo de Consulta

- | | |
|---------------------------|--------|
| 1 Diarréia | [] |
| 2 Infecções respiratórias | [] |
| 3 Outras | [] |
| 9 Não registrado | [] |

5.5 Sinais encontrados no exame físico:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____

Não registrado []

5.6 Diagnóstico

Não Anotado []

5.7 Tratamento (incluindo tratamentos sintomáticos, referência, dose e duração indicada para os medicamentos)

Não Anotado []

5.8 Tempo de Internação [] dias [] horas

5.9 Observações

- Abate G, Kogi-Makau W, Muroki NM. Health seeking and hygiene behaviours predict nutritional status of pre-school children in a slum area of Addis Ababa, Ethiopia. (A procura da saúde e os comportamentos de higiene prognosticam a situação nutricional de crianças em idade pré-escolar em uma favela de Adis Ababa, Etiópia.) *Ethiop Med J* 2000 Oct;38(4):253-65.
- Aguilar, Ana Maria, Ruth Alvarado, Dilberth Cordero, Patrick Kelly, Adalid Zamora, and René Salgado. 1998. Mortality Survey in Bolivia: The Final Report. Investigating and Identifying the Causes of Death for Children Under Five. Published for the USAID by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project. (Levantamento sobre mortalidade na Bolívia: Relatório final. Pesquisando e identificando as causas de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. Publicado para a USAID pelo Projeto BASICS, — Basic Support for Institutionalizing Child Survival.) Arlington, Va.
- Ahmedm M., Billoo, A.G. and Murtaza, G. Risk factors of persistent diarrhoea in children below five years of age. (Fatores de risco da diarreia persistente em crianças com menos de cinco anos de idade.) *JPMA J Pak Med Assoc* 1995 Nov;45(11):290-2.
- Akram DS, Agboatwalla M, Bharmal FY. Community growth monitoring. (Monitorização do crescimento comunitário.) *JPMA J Pak Med Assoc* 2000 Jun;50(6):188-91.
- Akram DS, Igarashi A, Takasu T. Dengue virus infection among children with undifferentiated fever in Karachi. (Infecções pelo vírus do dengue entre crianças, em Karachi, com febre não diferenciada.) *Indian J Pediatr* 1998 Set-Oct;65(5):735-40.
- Allen, L. H., Howson, C. P., Editors. Consideration of the Nutrition Components of The Sick Child Initiative. (Consideração dos componentes nutricionais da Iniciativa da Criança Doente.) National Academy Press. 1995.
- Amofah GK, Essegbey IT, Opoku SA, Oduro J. Perceptions of caretakers of pre-school children on acute respiratory infection (ARI) in a rural district in Ghana. (Percepções dos que cuidam de crianças em idade pré-escolar sobre infecções respiratórias agudas (IRA), em um distrito rural de Gana.) *West Afr J Med* 1998 Abr-Jun;17(2):64-9.
- Asindi AA, Efem SE, Asuquo ME. Clinical and bacteriological study on childhood empyema in south eastern Nigeria. (Estudo clínico e bacteriológico sobre emfisema infantil no sudeste da Nigéria.) *East Afr Med J* 1992 Fev;69(2):78-82.
- Bahl, R., Bhandari, N., Taneja, S. and Bhan, M.K. The impact of vitamin A supplementation on physical growth of children is dependent on season. (O impacto da suplementação com vitamina A no crescimento físico de crianças depende da estação do ano.) *Eur J Clin Nutr* 1997 Jan;51(1):26-9.
- Banajeh SM. Outcome for children under 5 years hospitalized with severe acute lower respiratory tract infections in Yemen: a 5 year experience. (Os resultados para crianças com menos de cinco anos hospitalizadas com infecção aguda do aparelho respiratório inferior no Iêmen: uma experiência de cinco anos). *J Trop Pediatr* 1998 Dez;44(6):343-6.
- Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. (Manejo de febre sem causa em lactentes e crianças.) *Ann Emerg Med* 2000 Dez;36(6):602-14.
- Barreto IC, Kerr Pontes L, Correa L. Surveillance of infant deaths in local health systems: assessment of verbal autopsy reports and of information gathered from health agents. (Vigilância de morte de lactentes em sistemas de saúde locais: avaliação de relatórios de necropsias verbais e de informações obtidas de agentes de saúde.) *Rev Panam Salud Publica* 2000 Mai;7(5):303-12.
- Barreto, M.L., Santos, L.M., Assis, A.M., Araujo, M.P., Farenzena, G.G., Santos, P.A. and Fiaccone, R.L. Effect of vitamin A supplementation on diarrhoea and acute lower-respiratory-tract infections in young children in Brazil. (Efeito da suplementação com vitamina A para a diarreia e para as infecções agudas do aparelho respiratório inferior em crianças de pouca idade no Brasil.) *Lancet* 1994 Jul 23;344(8917):228-31.
- Benguigui, Y. Editor. Infecciones respiratórias agudas: fundamentos técnicos de las estrategias de control. (Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle). Série HCT/AIDPI-8. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 1997.

- Benguigui, Y. Investigaiones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA). (Pesquisas operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas — IRA). Série HCT/AIDPI-2.E. Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.
- Benguigui, Y., Land, S., Paganini, J. M., Yunes, J. Editores. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia. (Ações de saúde materno-infantil a nível local: em conformidade com as metas da Cúpula Mundial em Prol da Infância.) Organização Pan-Americana da Saúde, 1996.
- Benguigui, Y., López Antuñano, F. J., Schmunis, G., Yunes, João; Editores. Infecciones respiratorias en niños. (Infecções respiratórias em crianças.) Série HCT/AIDPI-1. Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.
- Benguigui, Y., Valenzuela, C.; Editores. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América Latina y el Caribe. (Pesquisas operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas — IRA — em crianças na América Latina e no Caribe.) Série HCT/AIDPI-3.E. Organização Pan-Americana da Saúde, 1998.
- Beria JU, Damiani MF, dos Santos IS, Lombardi C. Physicians' prescribing behaviour for diarrhoea in children: an ethnoepidemiological study in Southern Brazil. (Médicos receitando comportamentos para a diarreia em crianças: um estudo etnoepidemiológico no sul do Brasil.) Soc Sci Med 1998 Ago;47(3):341-6.
- Bhan MK. Current and future management of childhood diarrhoea. (Gestão atual e futura da diarreia infantil.) Int J Antimicrob Agents 2000 Fev;14(1):71-3.
- Biswas, R., Biswas, A.B., Manna, B., Bhattacharya, S.K., Dey, R. and Sarkar, S. Effect of vitamin A supplementation on diarrhoea and acute respiratory tract infection in children. A double blind placebo controlled trial in a Calcutta slum community. (Efeitos da suplementação com vitamina A para diarreia e para a infecção aguda do aparelho respiratório em crianças. Ensaio duplamente cego, controlado com placebo, realizado em uma comunidade de favela em Calcutá.) Eur J Epidemiol 1994 Fev;10(1):57-61.
- Bordley WC, Chelminski A, Margolis PA, Kraus R, Szilagyi PG, Vann JJ. The effect of audit and feedback on immunization delivery: a systematic review. (O efeito da auditoria e da informação de retorno sobre a distribuição de vacinas: um exame sistemático.) Am J Prev Med 2000 Mai;18(4):343-50.
- Boulanger LL, Lee LA, Odhacha A. Treatment in Kenyan rural health facilities: projected drug costs using the WHO-UNICEF integrated management of childhood illness (IMCI) guidelines. (Tratamento em instituições de saúde rurais no Quênia: custos projetados para medicamentos utilizando as diretrizes para o controle integrado de doenças infantis —AIDPI— da OMS-UNICEF.) Bull World Health Organ 1999;77(10):852-8.
- Bradford Hill, A. Principles of medical statistics. (Princípios de estatísticas médicas.) The Lancet Limited. London, 1961.
- Brito A, Wurm G, Delamater AM, Grus CL, Lopez-Hernandez C, Applegate EB, Wanner A. School-based identification of asthma in a low-income population. (Identificação da asma em escolas de uma população de baixa renda.) Pediatr Pulmonol 2000 Out;30(4):297-301.
- Brown, K. H. et al. Effects of dietary energy density and feeding frequency on total daily energy intakes of recovering malnourished children. (Efeitos da densidade de energia dietética e da frequência da alimentação no consumo total de energia de crianças desnutridas.) Am J Clin Nutr 1995;62:13-8.
- Brown, K. H. et al. Optimal complementary feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries. Paper prepared for UNICEF/Cornell Colloquium on Care and Nutrition of Young Children. (Práticas ótimas de alimentação complementar para evitar a desnutrição infantil nos países em desenvolvimento. Trabalho preparado para o Colóquio UNICEF/Cornell sobre a Atenção e a Nutrição de Crianças de Pouca Idade.) Ithaca, N. Y., Outubro 12-15, 1994.
- Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. (Poluição no interior dos ambientes nos países em desenvolvimento: um importante desafio ambiental e de saúde pública.) Bull World Health Organ 2000;78(9):1078-92.

- Brussow, H., Rahim, H., Barclay, D., Freire, W.B. and Dirren, H. Nutritional and environmental risk factors for diarrhoeal diseases in Ecuadorian children. (Fatores de risco nutricional e ambiental para as doenças diarreicas em crianças equatorianas.) *J Diarrhoeal Dis Res* 1993 Set;11(3):137-42.
- Bunuel Alvarez JC, Vila Pablos C, Tresserras Gonzalez E, Vinas Cespedes A, Gelado Ferrero MJ, Rubio Montanes ML, Besalu Costa C. A descriptive study of community-acquired pneumonia in childhood. A primary care perspective. (Um estudo descritivo de pneumonia adquirida na comunidade durante a infância.) *Aten Primaria* 1999 Abr 30;23(7):397-402.
- Burkhardt DM. Management of acute gastroenteritis in children. (Gestão da gastroenterite aguda em crianças.) *Am Fam Physician* 1999 Dez;60(9):2555-63, 2565-6.
- Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Ramos FA, Albernaz EP, Oliveira LM, Halpern R, Breitenbach A, Stone MH, Fracalossi V. Hospitalization during infancy in two population-based studies in Southern Brazil: patterns and changes from 1982 to 1993. (Hospitalização durante a infância em dois estudos de âmbito populacional no sul do Brasil: padrões e mudanças de 1982 a 1993.) *Cad Saude Publica* 1996;12 Suppl 1:67-71.
- Chan PW, DeBruyne JA. Parental concern towards the use of inhaled therapy in children with chronic asthma. (Preocupação dos pais quanto ao uso de terapia de inalação para crianças com asma crônica.) *Pediatr Int* 2000 Out;42(5):547-51.
- Coello MP, Perez-Gil SE, Batrouni Kerkebe L. Relation between food habits and nutritional status of preschool children in a rural community. (Relação entre os hábitos alimentares e a situação nutricional de crianças em idade pré-escolar em uma comunidade rural.) *Arch Latinoam Nutr* 1986 Dez;36(4):587-98.
- Collett CA, Pappas DE, Evans BA, Hayden GF. Parental knowledge about common respiratory infections and antibiotic therapy in children. (Conhecimento dos pais sobre infecções respiratórias comuns e terapia com antibióticos para crianças.) *South Med J* 1999 Out;92(10):971-6.
- Cook DG, Strachan DP. Health effects of passive smoking. 3. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. (Efeitos do fumo passivo para a saúde. 3. O hábito de fumar dos pais e a prevalência de sintomas respiratórios e de asma em crianças em idade pré-escolar.) *Thorax* 1997 Dez;52(12):1081-94.
- Cough medications in children. (Medicamentos para a tosse em crianças.) *Drug Ther Bull* 1999 Mar;37(3):19-21.
- Cousens, S. N. et al. Case control studies of common childhood diseases. (Estudos controlados de casos de doenças comuns na infância.) MacMillan Education Ltd. Hong Kong, 1995.
- David Hide Asthma and Allergy Research Centre, St Mary's Hospital, Newport, Isle of Wight PO30 5TG, UK.. Influence of smoking on asthmatic symptoms and allergen sensitisation in early childhood. (Influência do hábito de fumar nos sintomas asmáticos e na sensibilização a alérgenos na primeira infância.) *Postgrad Med J* 2000 Nov;76(901):694-9.
- Davy T, Dick PT, Munk P. Self-reported prescribing of antibiotics for children with undifferentiated acute respiratory tract infections with cough. (Auto-notificação de receitas para antibióticos para crianças com tosse, com infecções agudas do aparelho respiratório.) *Pediatr Infect Dis J* 1998 Jun;17(6):457-62.
- de Andrade AL, Zicker F, de Oliveira RM, Almeida Silva S, Luquetti A, Travassos LR, Almeida IC, de Andrade SS, de Andrade JG, Martelli CM. Randomised trial of efficacy of benzimidazole in treatment of early Trypanosoma cruzi infection. (Ensaio aleatório sobre a eficácia do benzimidazole no tratamento de infecção precoce por Trypanosoma cruzi.) *Lancet* 1996 Nov 23;348(9039):1407-13.
- de Oliveira JE, Ventura S, Souza AM, Marchini JS. Iron deficiency anemia in children: prevalence and prevention studies in Ribeirão Preto, Brazil. (Anemia ferropriva em crianças: estudos sobre prevalência e prevenção em Ribeirão Preto, Brasil.) *Arch Latinoam Nutr* 1997 Jun;47(2 Suppl 1):41-3.
- DeClerque J, Bailey P, Janowitz B, Dominik R, Fiallos C. Management and treatment of diarrhea in Honduran children: factors associated with mothers' health care behaviors. (Manejo e tratamento da diarreia em crianças hondurenhas: fatores associados com os comportamentos da mãe quanto à atenção à saúde.) *Soc Sci Med* 1992 Mar;34(6):687-95.

Demers, A.M. et al. Risk factors for mortality among children hospitalized because of acute respiratory infections in Bangui, Central African Republic. (Fatores de risco de morte entre crianças hospitalizadas por infecções respiratórias agudas em Bangui, República Centro Africana.) *Pediatr Infect Dis J* 2000 Mai;19(5):424-32.

Dewan, V., Patwari, A.K., Jain, M. and Dewan, N. A randomized controlled trial of vitamin A supplementation in acute diarrhoea. (Ensaio aleatório controlado sobre a suplementação de vitamina A na diarreia aguda.) *Indian Pediatr* 1995 Jan;32(1):21-5.

Donnen, P. et al. Randomized placebo-controlled clinical trial of the effect of a single high dose or daily low doses of vitamin A on the morbidity of hospitalized, malnourished children. (Ensaio clínico aleatório controlado com placebo sobre o efeito de uma única dose, ou de doses diárias de baixa concentração, de vitamina A sobre a morbidade de crianças desnutridas hospitalizadas.) *Am J Clin Nutr* 1998 Dez;68(6):1254-60.

English M, Punt J, Mwangi I, McHugh K, Marsh K. Clinical overlap between malaria and severe pneumonia in Africa children in hospital. (Superposição clínica entre a malária e a pneumonia grave em crianças africanas hospitalizadas.) *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1996 Nov-Dez;90(6):658-62.

Esrey, S. A., Feachem, R. G. and Hughes, J. M. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: improving water supplies and excreta disposal facilities. (Intervenções para o controle de doenças diarreicas em crianças de pouca idade: melhorando o abastecimento de água e as instalações para a eliminação das dejeções.) *Bulletin of the World Health Organization*, 63:757-772, 1985.

Everett GD. Impact of supervision by medical teachers and in-patient test control programmes on the out-patient test utilization of residents. (Impacto da supervisão por professores de medicina e programas de controle dos testes de pacientes hospitalizados sobre a utilização de estagiários em testes com pacientes ambulatoriais.) *Med Educ* 1985 Mar;19(2):138-42.

Fabre Gonzalez, E. et al. Investigación clínica en perinatología. (Pesquisa clínica em perinatologia.) Ed. Masson, S. A. Barcelona, 1998.

Facts for Life. A Communication Challenge. (Os fatos para a vida. Um desafio para a comunicação.) UNICEF, OMS, UNESCO, Nações Unidas, 1993.

Faelker T, Pickett W, Brison RJ. Socioeconomic differences in childhood injury: a population based epidemiologic study in Ontario, Canada. (Diferenças socioeconômicas em lesões na infância: um estudo epidemiológico em Ontário, Canadá.) *Inj Prev* 2000 Set;6(3):203-8.

Falade AG, Tschappeler H, Greenwood BM, Mulholland EK. Use of simple clinical signs to predict pneumonia in young Gambian children: the influence of malnutrition. (O emprego de sinais clínicos simples para prognosticar a pneumonia em crianças gambianas de pouca idade: a influência da desnutrição.) *Bull World Health Organ* 1995;73(3):299-304.

Fantahun M. Patterns of childhood mortality in three districts of north Gondar Administrative Zone. A community based study using the verbal autopsy method. (Padrões da mortalidade infantil em três distritos da Zona Administrativa de Gondar setentrional. Estudo comunitário utilizando o método de necropsia verbal.) *Ethiop Med J* 1998 Abr;36(2):71-81.

Feachem, R. G. and Koblinsky, M. A. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. (Intervenções para o controle de doenças diarreicas entre crianças de pouca idade: promoção do aleitamento materno.) *Bulletin of the World Health Organization*, 62:271-291, 1984.

Feachem, R. G. and Koblinsky, M. A. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of personal and domestic hygiene. (Intervenções para o controle de doenças diarreicas entre crianças de pouca idade: promoção da higiene pessoal e doméstica.) *Bulletin of the World Health Organization*, 62:467-476, 1984.

Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. (A febre no atendimento primário pediátrico: ocorrência, gestão e resultados.) *Pediatrics* 2000 Jan;105(1 Pt 3):260-6.

- Finkelstein JA, Lozano P, Shulruff R, Inui TS, Soumerai SB, Ng M, Weiss KB. Self-reported physician practices for children with asthma: are national guidelines followed? (Práticas auto-notificadas adotadas por médicos para crianças com asma: as diretrizes nacionais são seguidas?) *Pediatrics* 2000 Oct;106(4 Suppl):886-96.
- Fowkes FG, Hall R, Jones JH, Scanlon MF, Elder GH, Hobbs DR, Jacobs A, Cavill IA, Kay S. Trial of strategy for reducing the use of laboratory tests. (Ensaio de estratégia para reduzir o uso de testes laboratoriais.) *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Mar 29;292(6524):883-5.
- Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. (A monitorização rotineira do crescimento, é ela eficaz?) *Arch Dis Child* 2000 Mar;82(3):197-201.
- George KA, Kumar NS, Lal JJ, Sreedevi R. Anemia and nutritional status of pre-school children in Kerala. (A anemia e a situação nutricional de crianças em idade pré-escolar, em Kerala.) *Indian J Pediatr* 2000 Ago;67(8):575-8.
- Getaneh T, Girma T, Belachew T, Teklemariam S. The utility of pallor detecting anemia in under five years old children. (A importância da palidez para a detecção de anemia em crianças com menos de cinco anos.) *Ethiop Med J* 2000 Abr;38(2):77-84.
- Glascoe FP, Martin ED, Humphrey S. A comparative review of developmental screening tests. (Exame comparativo de provas de triagem do desenvolvimento.) *Pediatrics* 1990 Oct;86(4):547-54.
- Guerrant RL, Shields DS, Thorson SM, Schorling JB, Groschel DH. Evaluation and diagnosis of acute infectious diarrhea. (Avaliação e diagnóstico de diarreia infecciosa aguda.) *Am J Med* 1985 Jun 28;78(6B):91-8.
- Guldan GS, Fan HC, Ma X, Ni ZZ, Xiang X, Tang MZ. Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. (A educação nutricional culturalmente apropriada melhora a amamentação e o crescimento dos lactentes da área rural de Sichuan, China.) *J Nutr* 2000 Mai;130(5):1204-11.
- Gupta S, Venkateswaran R, Gorenflo DW, Eyer AE. Childhood iron deficiency anemia, maternal nutritional knowledge, and maternal feeding practices in a high-risk population. (Anemia ferropriva na infância, conhecimento da mãe sobre nutrição e práticas de amamentação usadas pela mãe em uma população de alto risco.) *Prev Med* 1999 Set;29(3):152-6.
- Hafeez A, Ahmad P. Iron deficiency anaemia: continuous versus intermittent treatment in anaemic children. (Anemia ferropriva: tratamento contínuo em contraposição ao tratamento intermitente em crianças anêmicas.) *JPMA J Pak Med Assoc* 1998 Set;48(9):269-72.
- Hallberg L. Combating iron deficiency: daily administration of iron is far superior to weekly administration. (Combate à deficiência de ferro: a administração diária de ferro é muito superior à administração semanal.) *Am J Clin Nutr* 1998 Ago;68(2):213-7.
- Harari, M., et al. Clinical signs of pneumonia in children. (Sinais clínicos de anemia em crianças.) *The Lancet*, Vol 338:Oct12, 1991.
- Hassan I, Mabogunje O. Paediatric empyema thoracis in Zaria, Nigeria. (Empisema torácica pediátrica em Zaria, Nigéria.) *Ann Trop Paediatr* 1992;12(3):265-71.
- Hauser GJ, Pollack MM, Sivit CJ, Taylor GA, Bulas DI, Guion CJ. Routine chest radiographs in pediatric intensive care: a prospective study. (Radiografias rotineiras do tórax no tratamento pediátrico intensivo: um estudo prospectivo.) *Pediatrics* 1989 Abr;83(4):465-70.
- Herrera-Basto E. Indicators for the detection of child abuse. (Indicadores para a detecção de sevícia contra a criança.) *Salud Publica Mex* 1999 Set;41(5):420-5.
- Hudelson P, Huanca T, Charaly D, Cirpa V. Ethnographic studies of ARI in Bolivia and their use by the national ARI programme. (Estudos etnográficos da IRA na Bolívia e seu uso pelo programa nacional de IRA.) *Soc Sci Med* 1995 Dez;41(12):1677-83.
- Huilan, S. et al. Etiology of acute diarrhoea among children in developing countries: a multicentre study in five countries. (A etiologia da diarreia aguda em crianças nos países em desenvolvimento: Um estudo multicêntrico realizado em cinco países.) *Bulletin of the World Health Organization*, 69:549-555, 1991.

- Hulley, S. y Cumming, S. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. (Desenho da pesquisa clínica. Um enfoque epidemiológico). Ed. Doyma, Barcelona, 1993.
- Ines Gamboa M, Basualdo Farjat JA, Kozubsky L, Costas ME, Cueto Rua E, Lahitte HB. Intestinal parasites in two periurban populations in La Plata, Argentina. (Parasitas intestinais em duas populações periurbanas em La Plata, Argentina.) *Bol Chil Parasitol* 1996 Jan-Jun;51(1-2):37-41.
- Irigoyen MM, Findley S, Earle B, Stambaugh K, Vaughan R. Impact of appointment reminders on vaccination coverage at an urban clinic. (O impacto de lembretes de aprazamento na cobertura vacinal em uma clínica urbana.) *Pediatrics* 2000 Oct;106(4 Suppl):919-23.
- Jain S, Chopra H, Garg SK, Bhatnagar M, Singh JV. Anemia in children: early iron supplementation. (Anemia em crianças: suplementação precoce com ferro.) *Indian J Pediatr* 2000 Jan;67(1):19-21.
- Jáuregui R., C. A., Suarez C., P. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Enfoque en salud familiar. (Promoção da saúde e prevenção da doença. Enfoque na saúde familiar.) Editorial Médica Panamericana, 1998.
- Jin R, Choi BC, Chan BT, McRae L, Li F, Cicutto L, Boulet LP, Mitchell I, Beveridge R, Leith E. Physician asthma management practices in Canada. (Práticas adotadas por médicos para a gestão da asma no Canadá.) *Can Respir J* 2000 Nov;7(6):456-465.
- Kalter HD, Schillinger JA, Hossain M, Burnham G, Saha S, de Wit V, Khan NZ, Schwartz B, Black RE. Identifying sick children requiring referral to hospital in Bangladesh. (Identificação de crianças doentes necessitando de refêrencia ao hospital em Bangladesh.) *Bull World Health Organ* 1997;75 Suppl 1:65-75.
- Kilkenny M, Riley M, Lumley J. Follow-up validation study of the Victorian Congenital Malformations Register. (Estudo de validação do acompanhamento do Registro Victoriano de Malformações Congênitas.) *J Paediatr Child Health* 1995 Ago;31(4):323-5.
- Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. (Intervenções comunitárias para a prevenção de lesões). *Future Child* 2000 Spring-Summer;10(1):83-110.
- Kruske SG, Ruben AR, Brewster DR. An iron treatment trial in an aboriginal community: improving non-adherence. (Ensaio sobre o tratamento com ferro em uma comunidade aborígine: melhorando a não observância.) *J Paediatr Child Health* 1999 Abr;35(2):153-8.
- Law KW, Ng KK, Yuen KN, Ho CS. Detecting asthma and bronchial hyperresponsiveness in children. (Detecção da asma e da hiperreação bronquial em crianças.) *Hong Kong Med J* 2000 Mar;6(1):99-104.
- Legorreta AP, Leung KM, Berkbigler D, Evans R, Liu X. Outcomes of a population-based asthma management program: quality of life, absenteeism, and utilization. (Resultados de um programa de gestão da asma centrado na população: qualidade de vida, absenteísmo e utilização.) *Ann Allergy Asthma Immunol* 2000 Jul;85(1):28-34.
- Lewis S, Richards D, Bynner J, Butler N, Britton J. Prospective study of risk factors for early and persistent wheezing in childhood. (Estudo prospectivo sobre fatores de risco para a sibilância precoce e persistente na infância.) *Eur Respir J* 1995 Mar;8(3):349-56.
- Lima, A.A. et al. Persistent diarrhea signals a critical period of increased diarrhea burdens and nutritional shortfalls: a prospective cohort study among children in northeastern Brazil. (Sinais de diarreia persistente, um período crítico de aumento do ônus da diarreia e deficiências nutricionais: estudo de um coorte prospectivo de crianças no nordeste do Brasil.) *J Infect Dis* 2000 Mai;181(5):1643-51.
- Lison, L. Estadística aplicada a la biología experimental. Planificación de experiencias y análisis de resultados. (Estatística aplicada à biologia experimental. Planejamento de experiências e análise dos resultados.) EUDEBA Manuales, Buenos Aires, Argentina, 1976.
- Lobato MN, Mohle-Boetani JC, Royce SE. Missed opportunities for preventing tuberculosis among children younger than five years of age. (Oportunidades perdidas para a prevenção da tuberculose em crianças com menos de cinco anos de idade.) *Pediatrics* 2000 Dez;106(6):E75.

- Lodha R, Kabra SK, Seth V. Diagnosis of tuberculosis. (Diagnóstico de tuberculose.) *Indian J Pediatr* 2000 Feb;67(2 Suppl):S3-8.
- Luby SP, Kazembe PN, Redd SC, Ziba C, Nwanyanwu OC, Hightower AW, Franco C, Chitsulo L, Wirima JJ, Olivar MA. Using clinical signs to diagnose anaemia in African children. (Emprego de sinais clínicos para diagnosticar a anemia em crianças africanas.) *Bull World Health Organ* 1995;73(4):477-82.
- Ludwig KM, Frei F, Alvares Filho F, Ribeiro-Paes JT. Correlation between sanitation conditions and intestinal parasitosis in the population of Assis, State of Sao Paulo. (Correlação entre as condições de saneamento e as parasitoses intestinais na população de Assis, Estado de São Paulo.) *Rev Soc Bras Med Trop* 1999 Set-Out;32(5):547-55.
- MacMillan HL. Child maltreatment: what we know in the year 2000. (Maus-tratos infantis: o que sabemos no ano 2000.) *Can J Psychiatry* 2000 Out;45(8):702-9.
- Mainous AG 3d, Zoorob RJ, Hueston WJ. Current management of acute bronchitis in ambulatory care: The use of antibiotics and bronchodilators. (Gestão atual da bronquite aguda no atendimento ambulatorial: Uso de antibióticos e de broncodilatadores.) *Arch Fam Med* 1996 Fev;5(2):79-83.
- Mallol J, Sole D, Asher I, Clayton T, Stein R, Soto-Quiroz M. Prevalence of asthma symptoms in Latin America: the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). (Prevalência de sintomas da asma na América Latina: o estudo internacional sobre asma e alergias na infância —ISAAC.) *Pediatr Pulmonol* 2000 Dez;30(6):439-44.
- Manning ML, Bell LM. The judicious use of antibiotic agents in common childhood respiratory illness. (O emprego sensato de agentes antibióticos em doenças respiratórias comuns na infância.) *Nurs Clin North Am* 2000 Mar;35(1):87-94.
- Margolis P, Gadomski A. Does this infant have pneumonia? (Esta criança está com pneumonia?) *JAMA* 1998 Jan 28;279(4):308-13.
- Martin AR, Wolf MA, Thibodeau LA, Dzau V, Braunwald E. A trial of two strategies to modify the test-ordering behavior of medical residents. (Ensaio de duas estratégias para modificar o comportamento de pedidos de testes por parte de médicos estagiários.) *N Engl J Med* 1980 Dez 4;303(23):1330-6.
- Martinez E, Guzman MG, Valdes M, Soler M, Kouri G. Dengue fever and hemorrhagic dengue in infants with a primary infection. (O dengue e o dengue hemorrágico em bebês com uma infecção primária.) *Rev Cubana Med Trop* 1993;45(2):97-101.
- McGuigan WM, Vuchinich S, Pratt CC. Domestic violence, parents' view of their infant, and risk for child abuse.. (A violência doméstica, a opinião dos pais sobre seus filhos e o risco de abuso infantil.) *J Fam Psychol* 2000 Dez;14(4):613-24.
- Mirza, N.M., Caulfield, L.E., Black, R.E. and Macharia, W.M. Risk factors for diarrheal duration. (Fatores de risco para a duração da diarreia.) *Am J Epidemiol* 1997 Nov 1;146(9):776-85.
- Mishra PC, Baveja R. Congenital malformations in the newborn: a prospective study. (Malformação congênita em recém-nascidos — um estudo prospectivo.) *Indian Pediatr* 1989 Jan;26(1):32-5.
- Muhe L, Oljira B, Degefu H, Jaffar S, Weber MW. Evaluation of clinical pallor in the identification and treatment of children with moderate and severe anaemia. (Avaliação da palidez clínica para a identificação e o tratamento de crianças com anemia moderada e grave.) *Trop Med Int Health* 2000 Nov;5(11):805-10.
- Muhe L. Mothers' perceptions of signs and symptoms of acute respiratory infections in their children and their assessment of severity in an urban community of Ethiopia. (As percepções das mães sobre os sinais e sintomas de infecções respiratórias agudas em seus filhos e sua avaliação da gravidade, em uma comunidade da Etiópia.) *Ann Trop Paediatr* 1996 Jun;16(2):129-35.
- Mull DS, Mull JD, Kundi MZ, Anjum M. Mothers' perceptions of severe pneumonia in their own children: a controlled study in Pakistan. (As percepções das mães sobre a pneumonia grave em seus filhos: um estudo controlado, no Paquistão.) *Soc Sci Med* 1994 Abr;38(7):973-87.

- Neumonía en los niños: estrategias para hacer frente al desafío. Informe de la primera reunión consultiva internacional sobre el control de las infecciones respiratorias agudas. (Pneumonia em crianças: estratégias para enfrentar o desafio. Relatório da primeira reunião internacional de consulta sobre o controle das infecções respiratórias agudas.) AHRTAG, 1992.
- Nizami SQ, Khan IA, Bhutta ZA. Self-reported concepts about oral rehydration solution, drug prescribing and reasons for prescribing anti-diarrhoeals for acute watery diarrhea in children. (Conceitos auto-notificados sobre a solução de reidratação oral, receita de medicamento e razões para receitar anti-diarréicos para a diarreia aquosa em crianças.) Trop Doct 1996 Oct;26(4):180-3.
- Nordberg E, Holmberg S, Kiugu S. Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa. (Explorando a interface entre o primeiro e o segundo nível de atenção: referências na África rural.) Trop Med Int Health 1996 Feb;1(1):107-11.
- Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. (Receita de antibióticos para crianças com resfriados, infecções do aparelho respiratório superior e bronquite.) JAMA 1998 Mar 18;279(11):875-7.
- O'Donnell, A., et al, Editores. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Programa ampliado de libros de texto (PALTEX). (Nutrição e alimentação da criança nos primeiros anos de vida. Programa Ampliado de Livros Didáticos — PALTEX.) Organização Pan-Americana da Saúde, 1997.
- O'Connor TG, Davies L, Dunn J, Golding J. Distribution of accidents, injuries, and illnesses by family type. (Distribuição de acidentes, lesões e doenças por tipo de família.) Pediatrics 2000 Nov;106(5):E68.
- Ohara K, Melendez V, Uehara N, Ohi G. Study of a patient referral system in the Republic of Honduras. (Estudo de um sistema de referência de pacientes na República de Honduras.) Health Policy Plan 1998 Dez;13(4):433-45.
- Olaleye BO, Williams LA, D'Alessandro U, Weber MM, Mulholland K, Okorie C, Langerock P, Bennett S, Greenwood BM. Clinical predictors of malaria in Gambian children with fever or a history of fever. (Prognosticadores clínicos de malária em crianças gambianas com febre ou com antecedentes de febre.) Trans R Soc Trop Med Hyg 1998 Mai-Jun;92(3):300-4.
- Olivares, M., Walter, T., Hertrampf, E. and Pizarro, F. Anaemia and iron deficiency disease in children. (Anemia e doença ferropriva em crianças.) Br Med Bull 1999;55(3):534-43.
- Omar KO. Meal planning and its relation to the nutritional status of pre-school children (2-4 years old) in Egypt. (Planejamento das refeições e sua relação com a situação nutricional de crianças em idade pré-escolar — 2-4 anos —, no Egito.) Rocznik Panstw Zakl Hig 2000;51(2):163-6.
- Organización Mundial da Saúde. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. (Relatório sobre a saúde no mundo 2000. Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.) Organización Mundial da Saúde 2000.
- Organización Pan-Americana da Saúde. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Módulos del curso clínico de capacitación. (Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Módulos do curso clínico de capacitação.) OPAS/OMS, 1995.
- Organización Pan-Americana da Saúde. Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia. Propuesta regional para su implementación. (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Proposta regional para sua implementação.) OPAS/HCP/HCT/ARI/95.24. OPAS/OMS, 1995.
- Organización Pan-Americana da Saúde. Calidad del aire de espacios interiores. Contaminantes y efectos en la salud humana. (Qualidade do ar em ambientes internos. Contaminantes e seus efeitos para a saúde humana.) Série HCT/AIDPI-7.E. OPAS/OMS, 1997.
- Organización Pan-Americana da Saúde. Consideraciones sobre la estrategia AIEPI. (Considerações sobre a estratégia de AIDPI.) OPAS/HCP/HCT/AIDPI/00.12. OPAS/OMS, 2000.

- Organização Pan-Americana da Saúde. Enfermedades diarreicas. Prevención y tratamiento. (Doenças diarreicas. Prevenção e tratamento.) OPAS/OMS, 1995.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Estadísticas de Salud de las Américas. Edición de 1998. (Estatísticas de Saúde nas Américas.) Publicação Científica Nº 567, OPAS/OMS, 1998.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Informe de una reunión de consulta de la OPS/OMS sobre el complejo Teniasis/Cisticercosis, 23 al 25 de agosto de 1995, Brasília, Brasil. (Relatório de uma reunião de consulta da OPAS/OMS sobre o complexo Teníase/Cisticercose, 23 a 25 de agosto de 1995, Brasília, Brasil.) Série HCT/AIDPI-5.E. OPAS/OMS, 1995.
- Organização Pan-Americana da Saúde. La salud en las Américas. Edición de 1998. (A saúde nas Américas.) Volumes I e II. Publicação Científica Nº 569. OPAS/OMS, 1998.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Lanzamiento de la iniciativa niños sanos: la meta de 2002. (Lançamento da iniciativa crianças saudáveis.) Série HCT/AIDPI 33.E. OPAS/OMS, 2000.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Lineamientos para la evaluación de las geohelminthiasis y la esquistosomiasis a nivel de la comunidad. (Delineamentos para a avaliação das geohelmintíases e a esquistossomíase.) Série HCT/AIDPI-16.E, OPAS/OMS, 1998.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Manifiesto de Santa Cruz. Encuentro regional de coordinadores de acciones de control de las infecciones respiratorias (IRA) y de las enfermedades diarreicas (CED). (Manifesto de Santa Cruz. Encontro regional de coordenadores de ações de controle das infecções respiratórias — IRA — e das doenças diarreicas (CDD).) OPAS/HCP/HCT/AIDPI/97.5. OPAS/OMS, 1997.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Niños sanos: la meta de 2002. Meta regional para el año 2002: reducción de 100.000 muertes de niños menores de 5 años. Fundamentos y justificación. (Crianças saudáveis: a meta para 2002. Meta regional para o ano 2002: redução de 100.000 mortes de crianças com menos de cinco anos. Fundamentos e justificativa.) OPAS/HCP/HCT/AIDPI/00.1 (E). OPAS/OMS, 2000.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Promoción del crecimiento y desarrollo integral de niños y adolescentes. Módulos de aprendizaje. (Promoção do crescimento e do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes. Módulos de aprendizagem.) OPAS/OMS.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Reunión sobre el control de las helmintiasis intestinales en el contexto de AIEPI. (Reunião sobre o controle das helmintíases intestinais no contexto de AIDPI). Rio de Janeiro, 19-21 outubro 1998. OPAS/OMS, 1999.
- Organização Pan-Americana da Saúde. The Santo Domingo Call for Action on Integrated Management of Childhood Illness. (O Mandato de Ação de Santo Domingo sobre a Gestão Integrada das Doenças da Infância.) OPAS/HCP/HCT/AIDPI/97.9. OPAS/OMS, 1997.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Vigilancia alimentaria y nutricional en las Américas. (Vigilância alimentar e nutricional nas Américas.) Publicação Científica Nº 516. OPAS, 1989.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Foro regional sobre el control del asma. Porlamar, Estado Nueva Esparta, Venezuela, Junio 24-26 de 1999. (Fórum regional sobre o controle da asma. Porlamar, Estado de Nova Esparta, Venezuela, 24-26 de junho de 1999.) OPAS/OMS, 2000.
- Palmieri M, Longobardi G, Napolitano G, Simonetti DM. Parental smoking and asthma in childhood. (O hábito de fumar dos pais e a asma na infância.) Eur J Pediatr 1990 Jul;149(10):738-40.
- Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. (Monitorização do crescimento em crianças.) Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD001443.
- Patterson MM. Prevention: the only cure for pediatric trauma. (Prevenção: a única cura para o trauma pediátrico.) Orthop Nurs 1999 Jul;18(4):16-20.

- Patwari, A.K. Diarrhoea and malnutrition interaction. (Interação entre a diarreia e a desnutrição.) *Indian J Pediatr* 1999;66(1 Suppl):S124-34.
- Perez-Gil SE, Cifuentes E. Relation of socioeconomic and environmental indicators to the nutritional status of preschool children in a community of Sierra Norte de Puebla, Mexico. (Relação entre os indicadores socioeconômicos e ambientais e a situação nutricional das crianças em idade pré-escolar em uma comunidade de Sierra Norte de Puebla, México.) *Arch Latinoam Nutr* 1986 Mar;36(1):35-44.
- Picciotto A, Hubbard M, Sturdy P, Naish J, McKenzie SA. Prescribing for persistent cough in children. (Receitando para a tosse persistente em crianças.) *Respir Med* 1998 Abr;92(4):638-41.
- Pollitt E. Early iron deficiency anemia and later mental retardation. (Anemia ferropriva precoce e retardo mental posterior.) *Am J Clin Nutr* 1999 Jan;69(1):4-5.
- Ponsonby AL, Couper D, Dwyer T, Carmichael A, Kemp A, Cochrane J. The relation between infant indoor environment and subsequent asthma. (A relação entre o ambiente no interior da moradia da criança e a asma subsequente.) *Epidemiology* 2000 Mar;11(2):128-35.
- Prentice, A.M., Paul, A.A. Fat and energy needs of children in developing countries. (Necessidades de gordura e energia das crianças nos países em desenvolvimento.) *Am J Clin Nutr* 2000 Nov;72(5 Suppl):1253S-65S.
- Price MB, Grant MJ, Welkie K. Financial impact of elimination of routine chest radiographs in a pediatric intensive care unit. (Impacto financeiro da eliminação de radiografias rotineiras do tórax na unidade de tratamento intensivo pediátrica.) *Crit Care Med* 1999 Ago;27(8):1588-93.
- Ramadour M, Burel C, Lanteaume A, Vervloet D, Charpin D, Brisse F, Dutau H, Charpin D. Prevalence of asthma and rhinitis in relation to long-term exposure to gaseous air pollutants. (Prevalência de asma e de rinite em relação à exposição por longo prazo a poluentes gasosos no ar.) *Allergy* 2000 Dez;55(12):1163-9.
- Rasmussen Z, Pio A, Enarson P. Case management of childhood pneumonia in developing countries: recent relevant research and current initiatives. (Manejo de caso de pneumonia infantil em países em desenvolvimento: pesquisa relevante recente e iniciativas atuais.) *Int J Tuberc Lung Dis* 2000 Set;4(9):807-26.
- Reyes H, Tome P, Guiscafne H, Martinez H, Romero G, Portillo E, Rodriguez R, Gutierrez G. The verbal autopsy on children with a respiratory infection and acute diarrhea. An analysis of the disease-care-death process. (A necropsia verbal de crianças com infecção respiratória e diarreia aguda. Uma análise do processo doença-tratamento-morte.) *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993 Jan;50(1):7-16.
- Reyes H, Tome P, Gutierrez G, Rodriguez L, Orozco M, Guiscafne H. Mortality for diarrheic disease in Mexico: problem of accessibility or quality of care? (Mortalidade por doença diarreica no México: problema de acesso ou qualidade do tratamento?) *Salud Publica Mex* 1998 Jul-Ago;40(4):316-23.
- Richardson BD, Bac M. Mortality rates among infants and young children born at home or in hospitals or clinics in rural Bophuthatswana. (Índices de mortalidade entre lactentes e crianças de pouca idade nascidas em casa, em hospitais ou em clínicas em área rural de Bophuthatswana.) *S Afr Med J* 1987 Jun 6;71(11):709-11.
- Riegelman, R. D. y Hirsch, R. P. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba. (Como estudar um estudo e provar uma prova.) *Publicación Científica N° 531. OPAS/OMS, Washington DC, 1992.*
- Rivera-Matos IR, Cleary TG. Foodborne and waterborne illness in children. (Doenças infantis propagadas pela alimentação e pela água.) *Adv Pediatr Infect Dis* 1996;11:101-34.
- Rodríguez-García, R., Schaefer, L. A., Yunes, J. Educación en lactancia para los profesionales de la salud. (Educação em aleitamento para os profissionais de saúde.) *Organización Pan-Americana da Saúde, 1990.*
- Roth MP, Dott B, Alembik Y, Stoll C. Congenital malformations in a series of 66,068 consecutive births. (Malformações congênitas em uma série de 66.068 nascimentos consecutivos. *Arch Fr Pediatr* 1987 Mar;44(3):173-6.
- Rozendaal, J. A. Vector control. Methods for use by individuals and communities. (Controle de vetores. Métodos a serem utilizados por indivíduos e comunidades.) *Organização Mundial da Saúde, 1997.*

- Saha DR, Gupta DN, Sengupta PG, Mondal SK, Ghosh S, Saha NC, Sikder SN, Sircar BK. Intestinal parasitism: a childhood problem in rural Bengal. (Parasitismo intestinal: um problema infantil na área rural da região de Bengala.) *J Commun Dis* 1995 Set;27(3):170-4.
- Salvatierra-González, R. Benguigui, Y.; Editores. Resistencia antimicrobiana en las Américas: magnitud del problema y su contención. (Resistência antimicrobiana nas Américas; magnitude do problema e sua repressão.) Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.
- Sanders D, Kravitz J, Lewin S, McKee M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? (Sistema de encaminhamento hospitalar na Nigéria: funciona?) *Plano de Política Sanitária* 1998 Dez;13(4):359-70.
- Santosham, M, Brown, K. H. and Sack, R. B. Oral rehydration therapy and dietary therapy for acute childhood diarrhoea. (Terapia de reidratação oral e terapia dietética para diarreia aguda na infância.) *Pediatrics in Review*, 8:273-278, 1987.
- Schorling, J.B., De Souza, M.A. and Guerrant, R.L. Patterns of antibiotic use among children in an urban Brazilian slum. (Padrões do uso de antibióticos entre as crianças em uma favela urbana brasileira.) *Int J Epidemiol* 1991 Mar;20(1):293-9.
- Schorling, J.B., McAuliffe, J.F., de Souza, M.A. and Guerrant, R.L. Malnutrition is associated with increased diarrhoea incidence and duration among children in an urban Brazilian slum. (A desnutrição está associada com a maior incidência e duração da diarreia entre crianças de uma favela urbana brasileira.) *Int J Epidemiol* 1990 Set;19(3):728-35.
- Schultink W, Gross R. Use of daily compared with weekly iron supplementation: apples and pears. (Uso diário, em comparação com o semanal, de suplemento de ferro: maçãs e pêras.) *Am J Clin Nutr* 1999 Abr;69(4):739-42.
- Sdepanian VL, Silvestrini WS, de Moraes MB. Diagnostic limitations of the physical examination in the identification of children with anemia. (Limitações diagnósticas do exame físico na identificação de crianças com anemia.) *Rev Assoc Med Bras* 1996 Jul-Set;42(3):169-74.
- Sempertegui, F. et al. The beneficial effects of weekly low-dose vitamin A supplementation on acute lower respiratory infections and diarrhea in Ecuadorian children. (Os efeitos benéficos da suplementação semanal com vitamina A, em dose baixa, nas infecções do aparelho respiratório inferior e na diarreia, em crianças equatorianas.) *Pediatrics* 1999 Jul;104(1):e1.
- Shah D, Sachdev HP. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for integrated management of childhood illness between the age of two months to five years. (Avaliações do algoritmo da OMS/UNICEF para a gestão integrada das doenças infantis entre as idades de dois meses a cinco anos.) *Indian Pediatr* 1999 Ago;36(8):767-77.
- Shann, F., Hart, K., Thomas, D. Acute lower respiratory tract infections in children: possible criteria for selection of patients for antibiotic therapy and hospital admission. (Infecções do aparelho respiratório inferior em crianças: possível critério para a seleção de pacientes para a terapia com antibióticos e para internamento hospitalar.) *Bulletin of World Health Organization*. 62(5):749-753 (1984).
- Siegel, S. Non parametric statistics for the behavioral sciences. (Estatísticas não paramétricas para as ciências comportamentais. McGraw-Hill Book Company, Inc. Nova Iorque, 1956.
- Slutsker L, Bloland P, Steketee RW, Wirima JJ, Heymann DL, Breman JG. Infant and second-year mortality in rural Malawi: causes and descriptive epidemiology. (Mortalidade de lactentes e de crianças no segundo ano de vida em área rural de Maláui: causas e epidemiologia descritiva.) *Am J Trop Med Hyg* 1996;55(1 Suppl):77-81.
- Solberg LI, Braun BL, Fowles JB, Kind EA, Anderson RS, Healey ML. Care-seeking behavior for upper respiratory infections. J (Comportamento de procura de atenção para infecções do aparelho respiratório superior.) *Fam Pract* 2000 Out;49(10):915-20.
- Sonnander K. Early identification of children with developmental disabilities. (Identificação precoce de crianças com deficiências de desenvolvimento.) *Acta Paediatr Suppl* 2000 Set;89(434 Suppl):17-23.

Sosa Estani S, Segura EL, Ruiz AM, Velazquez E, Porcel BM, Yampotis C. Efficacy of chemotherapy with benzimidazol in children in the indeterminate phase of Chagas' disease. (Eficácia da quimioterapia com benzimidazol em crianças na fase indeterminada da doença de Chagas.) *Am J Trop Med Hyg* 1998 Out;59(4):526-9.

Stewart MK, Parker B, Chakraborty J, Begum H. Acute respiratory infections (ARI) in rural Bangladesh: perceptions and practices. (Infecções respiratórias agudas —IRA — em área rural de Bangladesh: percepções e práticas.) *Med Anthropol* 1994 Mai;15(4):377-94.

Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking .5. Parental smoking and allergic sensitisation in children. (Efeitos para a saúde do fumo passivo: Hábito de fumar dos pais e sensibilização alérgica nas crianças.) *Thorax* 1998 Fev;53(2):117-23.

Teklemariam, S., Getaneh, T. and Bekele, F. Environmental determinants of diarrheal morbidity in under-five children, Keffa-Sheka zone, south west Ethiopia. (Determinantes ambientais da morbidade diarreica em crianças com menos de cinco anos, zona de Keffa-Sheka, sudeste da Etiópia.) *Ethiop Med J* 2000 Jan;38(1):27-34.

Terra de Souza AC, Peterson KE, Andrade FM, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness (Circunstâncias de mortes pós-neonatal no Ceará, nordeste do Brasil.) *Soc Sci Med* 2000 Dez;51(11):1675-93.

Banco Mundial. World Development Report 1993. Investing in Health. World Development Indicators. (Relatório do Desenvolvimento Mundial, 1993. Investindo na Saúde. Indicadores do Desenvolvimento Mundial.) Oxford University Press, 1993.

Trepka MJ, Belongia EA, Chyou PH, Davis JP, Schwartz B. The effect of a community intervention trial on parental knowledge and awareness of antibiotic resistance and appropriate antibiotic use in children. (O efeito de um ensaio de intervenção comunitária no conhecimento e conscientização dos pais sobre a resistência aos antibióticos e o uso correto de antibióticos em crianças.) *Pediatrics* 2001 Jan;107(1):E6.

Ughade SN, Zodpey SP, Deshpande SG, Jain D. Factors responsible for delayed immunisation among children under 5 years of age. (Fatores responsáveis pelo atraso na vacinação de crianças com menos de cinco anos de idade.) *J Indian Med Assoc* 2000 Jan;98(1):4-5, 14.

Urrestarazu, M.I., Liprandi, F., Perez de Suarez, E., Gonzalez, R. and Perez-Schael, I. Etiologic, clinical and socio-democratic characteristics of acute diarrhea in Venezuela. (Características etiológicas, clínicas e sociodemográficas da diarreia aguda na Venezuela.) *Rev Panam Salud Publica* 1999 Set;6(3):149-56.

Uysal G, Sokmen A, Vidinlisan S. Clinical risk factors for fatal diarrhea in hospitalized children. (Fatores de risco clínico para a diarreia fatal em crianças hospitalizadas.) *Indian J Pediatr* 2000 Mai;67(5):329-33.

Van der Stuyf P, Sorensen SC, Delgado E, Bocaletti E. Health seeking behaviour for child illness in rural Guatemala. (Comportamento de procura de atendimento sanitário para doenças infantis em área rural da Guatemala.) *Trop Med Int Health* 1996 Abr;1(2):161-70.

van der Waaij D, Nord CE. Development and persistence of multi-resistance to antibiotics in bacteria; an analysis and a new approach to this urgent problem. (Desenvolvimento e persistência de resistência de bactérias a antibióticos: uma análise e um novo enfoque para este problema urgente.) *Int J Antimicrob Agents* 2000 Nov;16(3):191-7.

van Ginneken JK, Lob-Levyt J, Gove S. Potential interventions for preventing pneumonia among young children in developing countries: promoting maternal education. (Intervenções em potencial para a prevenção da pneumonia em crianças de pouca idade nos países em desenvolvimento: promoção da educação materna.) *Trop Med Int Health* 1996 Jun;1(3):283-94.

Vazquez Calzada JL, Rivera Acevedo S. Prenatal care, infant birthweight and infant mortality in Puerto Rico. (Atenção pré-natal, peso de recém-nascidos e mortalidade infantil em Porto Rico.) *P R Health Sci J* 1989 Dez;8(3):283-8.

Vejar L et al. Risk factors for home deaths due to pneumonia among low socioeconomic level Chilean children, Santiago de Chile. (Fatores de risco para mortes em casa, em virtude da pneumonia, entre crianças chilenas de baixo nível socioeconômico, Santiago, Chile.) *Rev Med Chil* 2000 Jun;128(6):627-32.

- Venables KM, Farrer N, Sharp L, Graneek BJ, Newman Taylor AJ. Respiratory symptoms questionnaire for asthma epidemiology: validity and reproducibility. (Questionário sobre sintomas respiratórios para a epidemiologia da asma: validade e reprodutibilidade.) *Thorax* 1993 Mar;48(3):214-9.
- Vesikari, T., Isolauri, E. and Baer, M. A comparative trial of rapid oral and intravenous rehydration in acute diarrhoea. (Ensaio comparativo de reidratação rápida oral e intravenosa na diarreia aguda.) *Paediatrica Scandinavica*, 76:300-305, 1987.
- Victora, C.G. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: improving nutrition. (Intervenções em potencial para a prevenção de pneumonia infantil nos países em desenvolvimento: melhorando a nutrição.) *Am J Clin Nutr* 1999 Set;70(3):309-20.
- Victora, C.G., Olinto, M.T., Barros, F.C. and Nobre, L.C. Falling diarrhoea mortality in Northeastern Brazil: did ORT play a role? (Diminuição da mortalidade por diarreia no nordeste do Brasil: será que a TRO teve algo a ver com isso?) *Health Policy Plan* 1996 Jun;11(2):132-41.
- Victoria, C. G., et al. Is it possible to predict which diarrhoea episodes will lead to life-threatening dehydration? (Será que é possível prever que tipos de episódios diarreicos resultarão em desidratação que ameace a vida?) *International Journal of Epidemiology*, 19:736-743, 1990.
- Viteri FE. Weekly compared with daily iron supplementation. (Comparação da suplementação de ferro semanal com a diária.) *Am J Clin Nutr* 1996 Abr;63(4):610-2.
- Viteri, F.E. Iron supplementation as a strategy for the control of iron deficiency and ferropenic anemia. (Suplementação de ferro como uma estratégia para o controle da anemia por deficiência de ferro ou ferropriva.) *Arch Latinoam Nutr* 1999 Set;49(3 Suppl 2):15S-22S.
- Voss LM. Management of tuberculosis in children. Australasian Subgroup in Paediatric Infectious Disease of the Australasian Society for Infectious Diseases and The Australasian Paediatric Respiratory Group. (Gestão da tuberculose em crianças. Subgrupo Australásio em Doenças Infecciosas Pediátricas da Sociedade Australásia de Doenças Infecciosas e o Grupo Respiratório Pediatra Australásio.) *J Paediatr Child Health* 2000 Dez;36(6):530-6.
- Weber MW, Kellingray SD, Palmer A, Jaffar S, Mulholland EK, Greenwood BM. Pallor as a clinical sign of severe anaemia in children: an investigation in the Gambia. (A palidez como sinal clínico de anemia grave em crianças: uma pesquisa na Gâmbia.) *Bull World Health Organ* 1997;75 Suppl 1:113-8.
- Werk LN, Steinbach S, Adams WG, Bauchner H. Beliefs about diagnosing asthma in young children. (Crenças sobre o diagnóstico de asma em crianças de pouca idade.) *Pediatrics* 2000 Mar;105(3 Pt 1):585-90.
- WHO guidelines on detecting pneumonia in children. Letters to the editor. (Diretrizes da OMS sobre a detecção de pneumonia em crianças. Carta ao editor.) *The Lancet*, Vol 338:Dez 7, 1991.
- Organização Mundial da Saúde. A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review. (Um elo crucial. Intervenções para o crescimento físico e o desenvolvimento psicossocial. Um exame.) OMS/CHS/CAH/99.3. OMS, 1999.
- Organização Mundial da Saúde. CHD 1996-1997 Report. (Relatório CHD 1996-1997) OMS/CHD/98.5. OMS, 1998.
- Organização Mundial da Saúde. Diarrhoeal dehydration easy to treat but best prevented. (Desidratação diarreica, fácil de tratar mas melhor quando evitada.) *World Health Forum*, 10:110-115, 1989.
- Organização Mundial da Saúde. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. (Provas para as 10 etapas para a amamentação ao peito bem-sucedida.) OMS/CHD/98.9, OMS, 1998.
- Organização Mundial da Saúde. Integrated Management of Childhood Illness: a WHO/UNICEF Initiative. (Manejo integrado de doenças infantis: uma iniciativa OMS/UNICEF.) *Bulletin of the World Health Organization*. Suplemento Nº 1 ao Volume 75, 1997.
- Organização Mundial da Saúde. Progress in child and adolescent health and development. (Progresso na saúde e no desenvolvimento da criança e do adolescente.) OMS/CHS/CAH/99.4. OMS, 1999.

Organização Mundial da Saúde. Relactation. Review of experience and recommendations for practice. (Sobre o aleitamento. Estudo da experiência e recomendações para a prática.) OMS/CHS/CAH/98.14.OMS, 1998.

Organização Mundial da Saúde. Technical basis for the WHO recommendations on the management of pneumonia in children at first-level health facilities. (Fundamento técnico para as recomendações da OMS sobre o manejo da pneumonia em crianças em instituições de saúde de primeiro nível de atendimento.) OMS/IRA/9L.20. OMS.

Organização Mundial da Saúde. The rational use of drugs in the management of acute diarrhoea in children. (O uso racional de medicamentos no manejo da diarreia aguda em crianças.) OMS.

Organização Mundial da Saúde. The selection of fluids and food for home therapy to prevent dehydration from diarrhoea. Guidelines for developing a national policy. (A seleção de fluidos e alimentos para a terapia caseira para evitar a desidratação por causa da diarreia.) OMS/CDD/93.44.

Organização Mundial da Saúde. The worldwide magnitude of protein-energy malnutrition: an overview from the WHO global database on child growth. (A magnitude mundial da desnutrição de energia protéica: uma resenha do banco de dados mundial da OMS sobre o crescimento infantil.) Conferência Internacional sobre Nutrição da Organização de Alimentos e Agricultura das Nações Unidas/Organização Mundial da Saúde.

Ya-Lun Chou. Análisis estadístico. (Análise Estatística.) Interamericana, México. 1977.

Yurdakok, K., Ozmert, E., Yalcin, S.S. and Laleli, Y. Vitamin A supplementation in acute diarrhea. (Suplementação com vitamina A na diarreia aguda.) J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000 Set;31(3):234-7.

Zaidi AK, Macone A, Goldmann AD. Impact of simple screening criteria on utilization of low-yield bacterial stool cultures in a Children's Hospital. (Impacto de critérios simples de triagem na utilização de culturas de fezes de baixo rendimento bacteriano em um hospital infantil.) Pediatrics 1999 Jun;103(6 Pt 1):1189-92.

Zucker JR, Perkins BA, Jafari H, Otieno J, Obonyo C, Campbell CC. Clinical signs for the recognition of children with moderate or severe anaemia in western Kenya. (Sinais clínicos para o reconhecimento de crianças com anemia moderada ou grave no oeste do Quênia.) Bull World Health Organ 1997;75 Suppl 1:97-102.