



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

ANA RITA RIBEIRO DA CUNHA

**PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA
ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA**

JOÃO PESSOA – PB

2012

ANA RITA RIBEIRO DA CUNHA

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS
DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem como quesito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert

João Pessoa - PB

2012

C972p *Cunha, Ana Rita Ribeiro da.*
Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção
integrada às doenças prevalentes na infância / Ana Rita
Ribeiro da Cunha.-- João Pessoa, 2012.

70f. : il.

Orientadora: Altamira Pereira da Silva Reichert
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem pediátrica. 2. AIDPI - propostas. 3. Criança.
4. Mortalidade infantil. 4. Profissionais de saúde –desempenho.
5. Saúde da família.

UFPB/BC

CDU: 616-083-053.2(043)

ANA RITA RIBEIRO DA CUNHA

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS
DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Aprovado em: ___/___/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Altamira Pereira da Silva Reichert
Orientadora – Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dra. Luciana Pedrosa Leal
Membro – Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª.Dra. Neusa Collet
Membro – Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª. Dra. Maria Djair Dias
Membro Suplente – Universidade Federal da Paraíba

Prof^ª Dra. Inácia Sátiro Xavier de França
Membro Suplente – Universidade Federal da Paraíba -

João Pessoa - PB

2012

**“ENTREGA TEU CAMINHO AO SENHOR, CONFLA N’ELE E O MAIS
ELE FARÁ”. SALMOS 3**

AGRADECIMENTOS

Á DEUS, MINHA FONTE DE VIDA, FÉ E SUPERAÇÃO, SEM ELE NÃO SOU NADA.

Á MINHA FAMÍLIA: OTÁVIO E SALETE, MEUS PAIS, QUE PROPORCIONARAM MEUS ESTUDOS MESMO DIANTE DE SUAS DIFICULDADES, A ANTONIO RIBEIRO, MEU TIO, QUE ACOMPANHOU MINHA TRAJETÓRIA DESDE INFÂNCIA, A ADRIANA E ALESSANDRA, MINHAS IRMÃS, QUE PELA FORÇA E INCENTIVO ME FIZERAM CHEGAR AO FINAL DESSA TRAJETÓRIA.

AO MEU AMOR CESÁRIO, PORTO SEGURO, ONDE ENCONTRO AMOR, CARINHO, INCENTIVO, PRINCIPALMENTE NOS DIAS MAIS DIFÍCEIS E AS MINHAS FILHAS GABRIELA E CAROLINE PELA COMPREENSÃO, PACIÊNCIA NO PERCURSO DESTA TRAJETÓRIA.

A ALEKSSANDRA, MARIA CIDNEY, JANKLANDY, AMIGOS DE IDÉIAS, LUTAS, PALAVRAS, SORRISOS. AMIGOS PARA SEMPRE É O QUE VAMOS SER.

AO AMIGO SALES POR SUAS CONTRIBUIÇÕES E INCENTIVO.

A DIREÇÃO DO CESED, POR AUTORIZAR AS MINHAS AUSÊNCIAS E COMPREENDER QUE ESSE PROCESSO REPRESENTARIA MUITO PARA MINHA VIDA PROFISSIONAL.

A ADEMILDA E RICARDO PELA AMIZADE, COMPREENSÃO E FORÇA DURANTE ESSE PERÍODO.

EM ESPECIAL A PROFESSORA DR^a ALTAMIRA REICHERT, POR TER ME ACOLHIDO COM MUITA MAESTRIA, DETERMINAÇÃO, ALEGRIA, PRESTEZA, COLOCANDO EM PRÁTICA SEUS CONHECIMENTOS EM BUSCA DE ENCONTRAR O MELHOR CAMINHO.

OBRIGADA PROFESSORA NÃO PELA INTRODUÇÃO, REFERENCIAL, METODOLOGIA, ANÁLISE, CONSIDERAÇÕES FINAIS, MAS, SOBRETUDO POR CONFIAR QUE CONSEGUIRIA ENCONTRAR O CAMINHO ALMEJADO. MEU MUITO OBRIGADO.

AS PROFESSORAS DR^a NEUSA COLLET, DR^a LUCIANA LEAL E DR^a ROSANE ARRUDA, PELOS ENSINAMENTOS OFERTADOS, APOIO E CONSIDERAÇÕES FEITAS PARA O ENGRANDECIMENTO DESTES TRABALHOS.

A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE POR PERMITIR A REALIZAÇÃO DESTES ESTUDOS.

ENFIM A TODOS QUE ESTIVERAM AO MEU LADO APOIANDO DE ALGUMA FORMA.

RESUMO

A estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, pretende reduzir a mortalidade infantil por meio de ações que visam melhorar o desempenho dos profissionais de saúde, a organização do sistema de saúde e as práticas da família e da comunidade. Partindo desse pressuposto, o presente estudo teve como objetivo identificar as dificuldades e facilidades das práticas dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família, relacionadas à aplicabilidade da AIDPI. Utilizou-se o método exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizada com oito enfermeiros da zona urbana da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, no período de agosto a outubro de 2011. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado. Para análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo do tipo categorial temática, proposto por Bardin. Este estudo atendeu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento aprovado sob o protocolo de nº 00810.405.000.11. Os resultados foram dispostos em duas categorias analíticas: Aplicabilidade da Estratégia AIDPI pelos enfermeiros e Dificuldades para execução da AIDPI. Os resultados assinalam a importância da AIDPI por ser um instrumento sistematizado, que facilita a abordagem e gera mais segurança na condução da consulta do enfermeiro. Quanto às dificuldades, os sujeitos enfatizam a não disponibilização de um roteiro específico para ser utilizado na consulta e a falta de apoio para prescreverem medicamentos, gerando insegurança no atendimento. Os resultados nos levam a concluir que é necessário um trabalho de educação permanente para a aplicação das ações propostas pela AIDPI, de forma a promover uma atenção integral na assistência à saúde da criança, baseada em conhecimentos científicos.

PALAVRAS-CHAVE: AIDPI; Enfermagem pediátrica; Saúde da Família; Criança.

ABSTRACT

The strategy of Integrated Management of Childhood Illness, developed by the World Health Organization and United Nations Children's Fund, aims at reducing infant mortality through actions to improve the performance of health professionals, the organization of the health system and the family and community practices. This study aimed to evaluate the practices of nurses working on the Family Health Strategy related to the applicability of IMCI. It was used the exploratory descriptive method with a qualitative approach, carried out with nurses in the urban area of the Family Health Program in Campina Grande, from August to October 2011. The sample consisted of eight subjects. The data were collected through a structured interview. For the data analysis, the content analysis method of categorical theme proposed by Bardin was used. This study complied with Resolution 196/96 of the National Health Council in which the project was submitted to the ethics committee and research of the Center for Superior Teaching Development. It was carried out only after approval under protocol n. 00810.405.000.11. The qualitative results were arranged in two analytical categories: Applicability of IMCI by the nurses and difficulties to implement the IMCI. The results highlight the importance of IMCI as an instrument that facilitates the systematic approach and generates more driving safety consulting the nurse. As for the difficulties, the subjects emphasize the availability of a specific script to be used in consultation and lack of support for prescription drugs, generating uncertainty in attendance. The results lead us to conclude that a continuous education work is necessary to further the actions proposed by IMCI in such a way that it promotes a more comprehensive focus on health care to the child, based on scientific knowledge.

KEYWORDS: IMCI; Pediatric Nursing; Family Health; Child.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Mapa da cidade de Campina Grande – PB, de acordo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Saúde.....	34
Figura 02 - Organização da Gestão de Saúde na Atenção Básica.	35
Figura 03 - Representação gráfica das categorias empíricas, Campina Grande, 2012.....	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas participantes do estudo, Campina Grande, 2012.	42
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretriz Colegiado
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	APRESENTANDO A TEMÁTICA	12
2	REVISÃO TEÓRICA	16
2.1	Considerações Históricas Sobre a Atenção à Saúde da Criança	17
2.2	Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde Infantil.....	21
2.3	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).....	23
2.3.1	Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância no contexto da Estratégia Saúde da Família.....	27
3	DELINEAMENTO METODOLÓGICO	32
3.1	Tipo de Estudo	33
3.2	Cenário e Período da Pesquisa	33
3.3	Instrumento e Coleta de Dados	38
3.4	Sujeitos da Pesquisa	38
3.5	Análise dos Dados.....	39
3.6	Posicionamentos Éticos da Pesquisa.....	40
4	RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS	41
4.1	Caracterizações dos Sujeitos	42
4.2	Aplicabilidade da AIDPI pelos Enfermeiros.....	44
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	64
	APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados.....	65
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
	APÊNDICE C – Termo de Compromisso dos Pesquisadores.....	68
	ANEXOS	69
	ANEXO A - Termo de Aprovação do Comitê de Ética.....	70



1. APRESENTANDO A TEMÁTICA

O presente estudo, apresentado ao Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), insere-se na linha de pesquisa "Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem" e situa-se no debate sobre a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, a partir da Estratégia de Saúde da Família, que tem como porta de entrada a Atenção Básica.

O acompanhamento da saúde da criança menor de cinco anos, de maneira geral, é organizado de acordo com os problemas existentes em cada região, sendo observados através dos indicadores epidemiológicos de morbidade e mortalidade infantil e, a partir desses, são elaboradas as ações de saúde.

Esse aspecto é de fundamental importância, já que as principais causas de mortalidade infantil estão ligadas diretamente às condições socioeconômicas e culturais, e à falta de acesso e de resolutividade no processo de trabalho, onde, muitas vezes, a equipe de saúde da família está incompleta em muitos casos ocorre pela ausência do médico, fazendo com que o enfermeiro tenha que estar instrumentalizado e respaldado legalmente para atender às crianças com processo patológico.

No intuito de capacitar, buscar resolutividade, em 1995 o Ministério da Saúde adota a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propondo um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas, com medidas preventivas e de promoção da saúde, além de introduzir o conceito de integralidade a essas ações (VIDAL, 2003).

Esta estratégia surge como uma alternativa para aplicar os programas de controle específicos já existentes (infecções respiratórias agudas, diarreia, controle do crescimento e desenvolvimento, imunização) englobando os principais problemas de saúde que afetam as crianças menores de cinco anos de idade, geralmente preveníveis ou facilmente tratáveis, mediante a aplicação de tecnologias apropriadas e de baixo custo (VIDAL, 2003).

Segundo dados do IBGE de 2009, os municípios do Nordeste apresentam taxas, de 34,4%, sendo um dos piores índices no Brasil. No Estado da Paraíba, no ano de 2007, este índice foi de 38%, e em Campina Grande a taxa foi 19,64%, embora a equipe de saúde da família esteja localizada em sua maioria em áreas periféricas desde o ano 1994, normalizada com base em ações para a redução da mortalidade infantil. Esses dados sugerem que existe uma lacuna na assistência à criança, a qual precisa ser avaliada de maneira mais criteriosa (FRANÇA et al., 2009).

Os perfis de morbimortalidade infantil ainda são resistentes às ações realizadas, visto que as condições de saúde não estão dissociadas das condições socioeconômica, ambiental, cultural, desta forma, muitas vezes, o princípio da integralidade da assistência não é cumprido

A melhoria da qualidade de vida e de atenção à saúde da população infantil está pautada como meta prioritária em todo o mundo. Para isso, foram idealizadas ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na redução da morbimortalidade infantil, tais como: atenção ao recém-nascido, promoção do aleitamento materno, imunizações, prevenção e controle de doenças diarreicas, infecções

respiratórias, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2002).

No Brasil, a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, elaborada pelo Ministério da Saúde em 2004, destaca que a promoção da saúde integral e o desenvolvimento das ações de assistência e prevenção de agravos são objetivos que apontam para o compromisso de prover qualidade de vida à criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo seu potencial, reduzindo assim, a mortalidade infanto-juvenil (BRASIL, 2005).

Esse documento enfatiza a importância do cuidado integral e multiprofissional, no sentido de contemplar as necessidades e direitos da população infantil. Defende o cuidado como sendo responsabilidade em disponibilizar a atenção em todos os níveis, a partir das linhas de cuidado da assistência à saúde da criança. Ou seja, do aspecto mais complexo da assistência, aos demais setores que têm interface estreita com esta, como moradia, saneamento básico, educação e lazer (BRASIL, 2005).

Apesar de as ações da AIDPI já se constituírem fato concreto nos sistemas locais de saúde, em nossa prática identificamos problemas associados à ocorrência de morbidade por doenças prevalentes da infância entre as crianças inseridas em camadas sociais menos favorecidas, com altas taxas de hospitalizações, em consequência de seu agravamento. Pesquisa realizada por Oliveira et al. (2010), cujos dados foram colhidos do site do DATASUS, verificou-se que, no período de 1998 a 2007, a maioria das internações hospitalares de crianças de 0 a 4 anos de idade no País esteve relacionada ao grupo de doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias. Tal situação remete condições de fragilidades na implementação das ações de saúde proposta pelo SUS e no reconhecimento das ações básicas enfatizadas pela política de atenção a saúde da criança.

Frente aos desafios postos pela estratégia AIDPI nos sistemas municipais de saúde, esta proposta apresenta como objeto de estudo a aplicabilidade do AIDPI como instrumento relevante para repensar e refazer o processo de trabalho do enfermeiro nas equipes da Saúde da Família, no Município de Campina Grande-PB no que concerne a promoção da saúde da criança, relacionada aos limites encontrados pelo enfermeiro e ao apoio político à sustentabilidade da AIDPI por parte dos gestores envolvidos.

Partindo desta perspectiva, definimos as seguintes questões de pesquisa: Qual a visão dos enfermeiros acerca da estratégia AIDPI? Quais as potencialidades e dificuldades identificadas pelos enfermeiros na operacionalização da AIDPI? Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para o enfrentamento das dificuldades?

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo identificar as dificuldades e facilidades das práticas dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família relacionada à AIDPI.

Ressalta-se a relevância e o pioneirismo histórico de Campina Grande no que diz respeito aos princípios da Reforma Sanitária, sendo um dos primeiros municípios do Brasil a implantar a ESF em

1994. Além disso, considera-se que o estudo seja de relevância para o controle das doenças preveníveis na infância, pois no Brasil, a morbimortalidade na faixa etária de 0 a 5 permanece alta, considerando este um problema de saúde pública, afetando as populações mais pobres.

O interesse por este tema surgiu a partir da participação da autora deste estudo em uma Capacitação realizada no IMIP – Instituto Materno Infantil de Pernambuco, quando despertou o interesse para avaliação da aplicabilidade da AIDPI para o fortalecimento da Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. Acrescenta-se, ainda, a minha atuação na docência do ensino superior do Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB.

Ressalta-se, também, sua contribuição para a ciência da enfermagem no sentido de subsidiar a elaboração de aspectos avaliativos relevantes para o aprofundamento da temática e autocrítica sobre a assistência da enfermagem na atenção a saúde da criança e o seu grupo familiar.



2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 Considerações Históricas Sobre a Atenção à Saúde da Criança

A assistência à saúde da criança sofre transformações significativas desde o século passado. Essas alterações acompanharam a modificação dos conceitos sociais e sempre estiveram diretamente relacionadas com o valor e o significado que a sociedade dá à criança, com o modo de produção e com o desenvolvimento da prática médica (GAÍVA, 2006).

Essas transformações no assistir pediátrico e o advento de novas tecnologias trouxeram um universo mais amplo a assistência à criança, atingindo também a finalidade do trabalho nas unidades de saúde, tanto na perspectiva da sua racionalidade e recuperação do corpo anatomo-fisiológico, como também na preocupação com a família e a qualidade de vida (CORREA, 2005; GAÍVA, 2006).

As bases da atenção à saúde da criança têm se transformado nas últimas décadas em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais. A partir dessas contribuições desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir / cuidar a criança no processo saúde–doença e que, em alguma medida, vêm orientando a prática pediátrica. Essas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, assim como, tipos de problemas a serem identificados, objetivos, a abrangência da assistência, a composição e inter-relacionamento da equipe de saúde.

No Sistema de Saúde Brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve ligada à saúde materna, definida como Política de Saúde Materno-Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em permanente desenvolvimento foi resultado de um longo processo que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias, até alcançar as políticas públicas (MENDONÇA, 2002).

Historicamente, as crianças foram galgando importância e passando a ser vistas como prioridade nas Políticas Públicas de Saúde, tendo, portanto, seus espaços assegurados. Entretanto, os perfis de morbimortalidade infantil resistiam às ações realizadas. As condições de saúde estão intimamente ligadas às condições de vida da população infantil, porém, algumas ações foram sendo decisivas na mudança do perfil de morbimortalidade, como, por exemplo, o aumento da cobertura vacinal, a introdução da terapia de reidratação oral, dentre outras (PRADO, 2005).

Movimentos mundiais pela infância vêm lutando para que a criança seja reconhecida como pessoa e cidadã. Em um desses movimentos, ocorrido na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1959, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos da Criança. Nela,

enumeraram-se os direitos e liberdades a que, segundo o consenso da comunidade internacional, faz jus a toda e qualquer criança. O documento expressa que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, requer proteção e cuidados especiais, antes e depois do nascimento (NOBREGA et al., 2009).

Na década de 70, nos países em desenvolvimento, os programas de assistência à saúde foram quase sempre orientados sob a forma de cuidados médico-hospitalares, onde eram priorizados esforços para otimização do tratamento das doenças. Nesta mesma ótica, os programas de atenção à saúde infantil se caracterizaram principalmente por apresentarem ações e atividades também marcadamente hospitalocêntricas (FELISBERTO, 2001).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, denominada Conferência de Alma Ata, promovida pela OMS e UNICEF, em 1978, representou um marco de influência nos debates sobre o rumo das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental (OMS, 1979). Essa conferência tinha como estratégia, o alcance de um alto nível de saúde no ano 2000 por parte de todos os cidadãos do mundo, e ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Na década de 80, no Brasil, em uma ação coordenada entre o governo Federal, Estadual e Municipal de Saúde, baseada na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população, elaborou-se o "Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a fim de possibilitar a criação de elos entre a população e os serviços de saúde, através do acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 5 anos de idade. Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, cinco ações básicas surgiram como respostas do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior influência na morbimortalidade de crianças menores de 5 anos de idade: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame, Controle da Diarreia, Controle das Doenças Respiratórias na Infância, Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (FIGUEIREDO, 2003).

A Constituição Federal do Brasil, de 1988, garantiu a atenção à saúde como um direito universal e dever do Estado e, para isso, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegurou legalmente a cidadania como um direito da criança e, a sua promoção, como um dever do Estado e da sociedade. No âmbito da saúde, ficou acordado que, além de se oferecer um atendimento igualitário, a pessoa deve ser tratada em sua individualidade. Neste contexto, muitas ações vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de aumentar o acesso, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada à criança, dentre as quais se destacam a AIDPI e a ESF, com o objetivo

de mudança do modelo de atenção, até então de caráter eminentemente assistencialista, curativo, médico-centrado, medicalizante e hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Em Nova Iorque, no ano de 1990, durante a reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, houve uma revisão crítica das metas não atingidas da Declaração de Alma-Ata, marcando o reconhecimento e a preocupação de governos de países de todo o mundo em estabelecer prioridades concretas para a redução da morbimortalidade da população materna e infantil. Entendia-se, então, como necessidade imediata, investimentos na melhoria do acesso das populações, com medidas de prevenção e promoção da saúde, a fim de se obter maior qualidade na atenção prestada por intermédio da rede de serviços. Um dos aspectos reiteradamente proposto, foi a necessidade de se avançar para uma maior integração das estratégias e ações (FELISBERTO, 2001).

Como signatário da Declaração do Milênio e do documento *Um mundo para as crianças*, o Brasil se comprometeu a melhorar significativamente seus indicadores em relação à infância. No período de 1994 a 2004, houve uma queda de 32,6% na mortalidade infantil, chegando a 26,6 por mil nascidos vivos. No entanto, o Brasil tem a terceira maior taxa de mortalidade infantil por doenças preveníveis da América do Sul. Para 2015, o objetivo estabelecido pelo governo é chegar a um índice de 16 por mil nascidos vivos (UNICEF, 2006).

Os índices de mortalidade infantil, embora tenham reduzido nas últimas décadas, ainda são altos, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. As principais causas da mortalidade infantil estão ligadas diretamente às condições socioeconômicas, culturais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ou seja, a maioria dessas mortes precoces poderia ser evitada (SILVEIRA et al., 2008).

Segundo Erdmann et al. (2009), esses problemas precisam de ações efetivas, no sentido de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar às equipes multiprofissionais a identificação de ações prioritárias para o cuidado integral à criança.

De acordo com a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, fazendo com que a mesma possa crescer e desenvolver todo seu potencial (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, a Atenção Integral à Saúde da Criança organiza-se em três principais eixos, que compreendem as ações de nascimento saudável (anticoncepção e

concepção, prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/AIDS, saúde dos adolescentes, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, urgência, emergência materna e neonatal), atenção ao menor de 1 ano (cuidados com o recém-nascido, acompanhamento do recém-nascido de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde coletiva em instituições de educação infantil, atenção às doenças prevalentes, anemias carenciais e doenças respiratórias) e ao menor com faixa etária de 1 a 6 anos, 7 e 10 anos (saúde coletiva em instituições de educação, atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carenciais, doenças respiratórias). Essas ações são organizadas em linhas estratégicas de intervenção para a Saúde da Criança, tendo a integralidade como eixo estruturante para as ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde (BRASIL, 2005).

Vale ressaltar que alguns agravos como os problemas perinatais, a pneumonia e a diarreia, associadas à desnutrição, fazem parte do elenco das principais causas de morte no primeiro ano de vida e, por isso, merecem destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de serem realizadas e devem ter como foco o processo de educação em saúde, visando ao benefício e manutenção da saúde da criança (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, como forma de planejar uma assistência integral e de qualidade, todos os profissionais devem atuar em uma perspectiva que contemple a abordagem global da criança, com ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na promoção do cuidado e que não se limitem apenas às demandas apresentadas. O desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde, estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, tornando o ambiente e os hábitos de vida saudáveis, devem ser realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando-se melhor qualidade de vida (BRASIL, 2004).

O UNICEF, em sua publicação “*Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil*” reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo Brasil, sendo a responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos (BRASIL, 2009).

Diante do exposto, percebe-se que em cada período histórico houve inúmeras transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil, as quais enfocam a mortalidade infantil como importante indicador, não apenas do nível de saúde, mas da qualidade de vida da população (UNICEF, 2008).

Na perspectiva de buscar uma abordagem mais direcionada a doenças preveníveis na infância foi que em meados da década de 90, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, AIDPI, revelou-se uma estratégia adequada para pôr à disposição das famílias um conjunto básico de intervenções baseadas na evidência científica disponível e que permitem prevenir e tratar eficazmente as principais doenças e problemas que afetam a saúde nos primeiros anos de vida. A AIDPI também contribuiu para fomentar a aplicação de medidas de promoção da saúde que dão aos pais os conhecimentos e práticas para o cuidado adequado da saúde de seus filhos (SAMICO, 2005).

2.2 Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde Infantil

A promoção da saúde é um processo continuado e intersetorial, que exige a participação da sociedade e pelo qual a comunidade atua na melhoria de suas condições e, conseqüentemente, da qualidade de vida e saúde, na perspectiva de buscar um bem-estar físico, mental e social. Assim sendo, todos os esforços deverão ser no sentido de permitir que os indivíduos e grupos adquiram competências para identificar os problemas e as necessidades para a saúde, e modificar favoravelmente o seu meio de vida (GRISI, 2008 apud BRITO, 2008).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia de promoção da saúde é vista como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde e adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada, potencializando, assim, formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, [200?]).

Diante disso, a atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população, na qual, os cuidados básicos em saúde apresentam relevância, como possibilidade para o enfrentamento dos problemas de morbidade, mortalidade e qualidade de vida da população infantil (ERDMANN, 2009). Para que isso aconteça de forma efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre os determinantes biológicos, demográficos e socioeconômicos, se faz necessário salientar o importante papel que cumprem os serviços e o sistema de saúde (SAMICO, 2005).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), representa um campo fértil para a promoção da saúde infantil, por desenvolver ações de promoção da saúde que visam manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem

influências desfavoráveis, uma vez que suas ações priorizam a saúde em vez da doença. A promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e a educação da criança e de seus familiares, são ações realizadas por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve-se conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e a interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida (CIAMPO, 2006).

Para tanto, o MS definiu a Estratégia Saúde da Família como um dos principais eixos integradores das práticas assistenciais à criança, por meio da sistematização do acompanhamento infantil nas Unidades de Saúde da Família (USF). Uma das ações sistematizadas diz respeito à vigilância da saúde infantil, realizada com a utilização da caderneta da criança como instrumento de monitoramento do crescimento e desenvolvimento. Também existem políticas que vêm sendo desenvolvidas ao longo dos anos, as quais asseguram atendimento mais qualitativo às crianças menores de cinco anos na tentativa de reverter ou melhorar os resultados dos dados epidemiológicos (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Dessa forma, se faz necessário considerar o cuidado à criança na perspectiva da integralidade, com ações voltadas para o acompanhamento de sua saúde dentro de um processo amplo e complexo, envolvendo medidas promocionais, preventivas e terapêuticas; as interações com a criança, a família, os serviços de saúde e outros setores sociais. Deve-se também incluir a formação de equipes de saúde, a estruturação do sistema de saúde e a valorização da família e da comunidade (PARANHOS, 2011).

Tal aspecto atribui-se ao fato de que as linhas estratégicas de intervenção da Atenção à Saúde da Criança explicitam o conceito de integralidade, por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde. É, portanto, uma importante contribuição, como política pública inovadora e abrangente, tanto em suas concepções, como nas ações propostas, em virtude da defesa da integralidade com grande mobilização social de agentes e de instituições diversas (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, muitas ações vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de aumentar o acesso, melhorar a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde, e o desempenho dos profissionais, visando à recuperação, manutenção e proteção à saúde da criança.

De acordo, com Paranhos (2011), há necessidade de compromissos profissionais com a saúde integral da criança, para garantia dos seus direitos e de sua família, com ênfase na responsabilização de cuidados qualificados e humanizados, estimulando discussões e

experiências que envolvam a família no cuidado, ampliando, assim, a compreensão, comunicação e intervenção no processo saúde-doença e cuidado.

Diante dessa perspectiva de atuação profissional destacamos a relevância da estratégia AIDPI, compreendendo que os sujeitos envolvidos nessa abordagem têm a oportunidade de desenvolver práticas que facilitam a receptividade das famílias para dialogar a respeito da saúde da criança e receber as orientações previstas no protocolo de atendimento.

2.3 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

Melhorar as condições de saúde da Infância é uma prioridade em todos os países. Nos últimos anos, tem-se trabalhado ativamente na busca de estratégias simples e práticas que permitam sintetizar os conhecimentos e tecnologias disponíveis para o controle das doenças, especialmente daquelas que comprometem a infância, no sentido de minimizar os agravos que afetam a saúde de milhões de crianças.

Com o objetivo de aperfeiçoar a assistência à criança como compromisso internacional adotado na Cúpula Mundial em favor da Infância, a OMS, em parceria com o UNICEF, julgou necessário dispor de uma estratégia para prevenção e tratamento das principais doenças que afetam a infância, incluindo aspectos de prevenção e promoção à saúde (GRISI, 2008 apud BRITO, 2008). Para tanto, elaboraram novos enfoques e intervenções visando melhorar os indicadores da saúde infantil. O resultado disto foi a implantação da AIDPI, adotada oficialmente no Brasil em 1995, como Estratégia de Redução da Mortalidade Infantil (ERMI), objetivando reduzir as taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarreias, pneumonias, malária e sarampo (AMARAL, 2007).

Tal estratégia consiste em um conjunto de critérios simplificados para avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes nas crianças menores de cinco anos, permitindo ao profissional, adotar técnicas de comunicação que fortaleçam a relação com o cuidador, orientando ao serviço de saúde que reveja a criança em retorno agendado, de acordo com a classificação feita no atendimento. A AIDPI não visualiza apenas o motivo da consulta, mas propõe avaliar a criança de forma integral. Assim, o profissional não perde de vista outros problemas, além da queixa principal (HIGUCHI, 2011).

O objetivo final da proposta não é estabelecer um diagnóstico específico das doenças, mas reconhecer os sinais clínicos preditivos de patologias, potencialmente graves e/ou situações de risco à saúde da criança e, a partir daí, decidir por um conjunto de condutas que

vão desde o encaminhamento imediato ao hospital até o agendamento das consultas (ALVES, 2006).

Vale salientar que a AIDPI foi concebida com a finalidade de abordar a criança de maneira integral, avaliando os principais fatores que afetam sua saúde de forma sistemática, para detectar e tratar qualquer sinal de perigo ou doença específica. Além disso, tinha como finalidade integrar ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde, de forma a reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para que a criança venha a atingir seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes (FELISBERTO, 2001).

A estratégia define três componentes: primeiramente, o reforço da organização dos serviços que visa à racionalização, aproveitando todo o contato com as crianças e suas famílias para realizar ações de promoção da saúde e prevenção das doenças; em segundo lugar, a melhoria da família e comunidade, com práticas de cuidado e proteção, que visam o desenvolvimento de competências sociais, necessárias para tomar decisões que favorecem o cuidado e a proteção das crianças e, em terceiro lugar, a melhoria das competências do profissional de saúde, com o desenvolvimento de várias habilidades que contribuem para a atenção no cuidado e proteção de crianças (LEMUS, et al., 2007).

O Manual de condutas da AIDPI estabelece os procedimentos que a estratégia organiza, para garantir que o profissional de saúde, obtenha uma qualidade na sua avaliação, classificação, tratamento e acompanhamento das doenças e dos problemas que afetam a saúde dos menores de cinco anos de idade (BENGUIGUI et al., 2007; OPAS, 2007).

Referendando-se o autor acima citado o manual orienta o profissional a utilizar o processo da AIDPI que consiste em: entrevistar a mãe ou o responsável pela criança, reconhecer os sinais clínicos, eleger os tratamentos apropriados e proporcionar orientação associada à prevenção.

A AIDPI pode ser utilizada por médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde que trabalham com crianças doentes, desde o nascimento até cinco anos de idade. Trata-se de um processo de manejo de casos, devendo ser utilizado em um estabelecimento de primeiro nível, como um consultório, um centro de saúde ou um departamento ambulatorial de um hospital. A estratégia apresenta-se em uma série de quadros de procedimentos, estando organizados por faixa etária da seguinte forma: Avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a menores de 5 anos de idade ou a criança de 1 semana a menores 2 meses de idade, identificar o tratamento, tratar a criança, aconselhar a mãe ou o acompanhante, e agendar consulta de retorno, bem como uma sequência de passos que incluem elementos no processo

de informação sendo eles: Avaliar uma criança detectando em primeiro lugar os sinais de risco; Classificar as doenças por meio de um sistema codificado por cores; Identificar tratamentos específicos; Dar instruções práticas para o tratamento; Avaliar a alimentação; Proporcionar atenção de seguimento (BENGUIGUI et al., 2007; OPAS, 2007).

A Atenção à Criança de uma semana a dois meses de idade é um pouco diferente daquela que é dada a crianças de mais idade e é descrita em um quadro intitulado *Avaliar, classificar e tratar a criança de uma semana a dois meses de idade*. Ao concluir, os quadros ajudarão a recordar e pôr em prática o que foi aprendido quando tiver que atender crianças doentes em seu serviço de saúde (BRASIL, 2002).

Convém destacar que a estratégia AIDPI traz uma importante contribuição na política de saúde, uma vez que reforça o conceito de integralidade da assistência, aumenta a resolutividade no primeiro nível de atenção, busca alcançar a equidade, oferecendo mais a quem precisa. Além disso, promove participação popular através do estabelecimento de corresponsabilidades entre a equipe de saúde e a família (COSTA, 2006).

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

No Brasil, essa proposta sofreu adaptações às características epidemiológicas regionais e as normas nacionais. Foi inicialmente implantada em alguns estados do Norte e Nordeste, onde as taxas de mortalidade infantil eram mais altas, e nos municípios que tinham implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia Saúde da Família (ALVES; VIANA, 2006).

O gráfico a seguir, nos mostra como se deu a implantação da Estratégia AIDPI, que inicialmente foi implantada no Ceará, Pará, Pernambuco e Sergipe, a partir de 1997, com adesão gradativa dos outros estados brasileiros. Em 2002, todos os Estados contavam com multiplicadores capacitados.

Figura 1 - Fases da Implantação de AIDPI no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2002.

Em 2005, devido à mudança no perfil epidemiológico da saúde da criança, o conteúdo da AIDPI foi reformulado, com o intuito de incluir temas que passaram a ser prevalentes na infância, como, por exemplo, o aumento da mortalidade neonatal e do atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (SCHRADER, 2007).

A partir disso, a AIDPI contemplou a vigilância do desenvolvimento infantil, com temas referentes à importância da identificação de fatores de risco para o atraso do desenvolvimento infantil, definição de marcos para avaliação do desenvolvimento da criança menor de dois meses, dividido em faixa etária, ou seja, menores de um mês e de um mês a menor de dois meses de idade, critérios para classificação do desenvolvimento e condutas a serem adotadas, dentre essas, as que orientam as mães para a promoção do desenvolvimento infantil saudável no domicílio (FIGUEIRAS et al., 2005; OPAS, 2005).

Dessa forma, a incorporação da vigilância do desenvolvimento infantil como parte da AIDPI vem corresponder ao compromisso ético de trabalhar simultaneamente pela sobrevivência infantil, visando permitir a todas as crianças sobreviventes as melhores oportunidades para alcançar seu máximo potencial, crescer e desenvolver-se como adolescentes, jovens e adultos sadios e socialmente produtivos (FIGUEIRAS et al., 2005; OPAS, 2005).

A atenção à saúde da criança menor de dois meses de idade pode ser eficaz se a assistência logo após o parto for adequada. O efeito que as doenças produzem sobre a infância representa uma preocupação crescente para a saúde pública, uma vez que, no atual cenário, as crianças menores de 2 meses de idade morrem principalmente de infecção (32%), asfixia

(29%), baixo peso e prematuridade (24%); mortes estas que podem ser evitadas com políticas simples de promoção e atenção integral à saúde (BENIGUI, 2007).

A criança é vista em sua totalidade e não apenas pela queixa/doença que a levou à consulta. Também é considerado o seu contexto social e familiar, permitindo ao enfermeiro atuar na atenção básica de forma resolutiva e embasada. A proposta da AIDPI é organizada de modo que se apresenta com uma forma de conjunto de critérios simplificados para avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes nas crianças menores de cinco anos (HIGUCHI et al., 2011).

2.3.1 Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância no contexto da Estratégia Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde, por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, promovendo o acesso da população às ações de saúde. Nesse contexto, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica, dentre outros programas, vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

Falar na Estratégia de Saúde da Família é considerar a importância da articulação dos diversos saberes dos atores que fazem parte deste modelo de atenção, na busca de uma melhor qualidade de assistência.

Enquanto estratégia de reversão do modelo assistencial, a ESF representa uma proposta de reorientação do processo de trabalho, tendo em vista que busca neutralizar a estratificação que comumente existe nos serviços de saúde. Tal fato tem gerado profundas mudanças na atuação do enfermeiro, bem como no seu processo de trabalho dentro da equipe que atua nesta estratégia (MORAIS, 2005).

Na Paraíba, a ESF foi criada em 1994, iniciando com cinco equipes em Campina Grande. Em 1998, esse número sobe para 44 equipes, chegando ao ano de 2000 a abranger 118 municípios e, em 2005, todos os 223 municípios paraibanos foram cobertos por essa estratégia (GUIMARÃES, 2006).

Com a implantação da ESF, a implementação da AIDPI avançou rapidamente por todo o território nacional, sendo o Nordeste escolhido como área prioritária, pelo fato dessa região apresentar os piores indicadores socioeconômicos e de saúde entre a população infantil brasileira (SANTOS, 2010).

Em termos mundiais, os documentos atuais mostram que, anualmente, ocorrem quase 11 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos. Dessas, cerca de 4 milhões ocorrem no primeiro mês de vida e grande parte dessas mortes poderiam ser evitadas, se todas as crianças tivessem cobertura de intervenções que já existem, porém, muitas vezes não estão a disposição das crianças (PARANHOS, 2011).

Como a AIDPI utiliza instrumentos que fornecem triagem eficaz, torna-se imperativo que os profissionais de saúde possuam conhecimentos básicos sobre essa estratégia, para que possam fazer o acompanhamento de forma sistemática em todas as crianças sob sua responsabilidade, a fim de decidir se há um problema para ser investigado e qual é o tratamento adequado (SANTOS, 2010).

Apesar da estratégia AIDPI oferecer suporte à construção de processos que geram maior abrangência e equidade na atenção à saúde, a implementação dessa estratégia tem sido responsabilidade apenas do setor da saúde, com baixa participação e compromisso de outros atores e setores sociais, conjuntamente responsáveis em nível local da saúde e bem-estar das crianças (LEMUS, et.al., 2007).

De acordo com Higuchi (2011), a realização da AIDPI tem sido limitada devido às dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na prática, tais como desconhecimento dos demais profissionais acerca da AIDPI, não incorporação de todos os tratamentos previstos na estratégia ao protocolo de enfermagem do município, como também, restrições explícitas a sua aplicação, a exemplo da prescrição medicamentosa de antibióticos preconizados pelo AIDPI.

Estudos mostram que o treinamento em AIDPI melhora o desempenho das equipes de saúde, o entendimento e práticas dos cuidadores, especialmente em relação ao conselho para o cuidador, avaliação dos sinais de risco de crianças doentes, avaliação da prescrição adequada de medicamentos e tratamento precoce na unidade local de saúde (CHOPRA, 2005).

Conforme preconizado pela estratégia, é fundamental fazer várias perguntas para a mãe/cuidador, visando ouvir atentamente suas respostas, a fim de fornecer recomendações pertinentes, oferecendo elogios pelas práticas apropriadas e orientando quanto às práticas que precisam ser melhoradas, empregar uma linguagem simples para que possam compreender e elaborar perguntas de verificação, a fim de garantir o cuidado de qualidade à criança no domicílio (PARANHOS, 2011).

No Brasil, foram treinados, médicos e enfermeiros para operacionalização da AIDPI. Contudo, para a efetiva implantação da estratégia, fez-se necessário também uma capacitação para os agentes comunitários de saúde a fim de que os mesmos possam se instrumentalizar na

detecção dos sinais gerais de perigo, tais como: não consegue beber ou mamar, vomita tudo que ingere estar letárgica inconsciente e apresenta convulsões e assim referenciar ao serviço básico de saúde as crianças doentes. Nesse novo modelo assistencial, onde a ESF é a porta de entrada para o sistema, a capacitação dos agentes de saúde amplia o acesso da população infantil (VIDAL, 2003).

A literatura destaca como ponto dificultador a atuação do enfermeiro na AIDPI o fato que, por ser uma estratégia que utiliza tecnologia simples, e por ser majoritariamente aplicada em serviços de saúde com recursos materiais e suporte diagnóstico escassos, dá margem para que alguns profissionais, principalmente médicos, não valorizem o trabalho de enfermeiros que atendem as crianças. Em várias situações, esses profissionais desacreditam o trabalho dos enfermeiros, afirmando que esses não sabem referir as crianças com problemas, e que podem ocorrer iatrogenias, como, por exemplo, o uso abusivo de antibióticos e a realização de diagnósticos equivocados (SILVA, 2009).

Porém, os protocolos clínicos da AIDPI proporcionam abordagem e manejo de casos baseados em evidências clínicas, os quais sustentam o uso racional e efetivo de medicamentos e ferramentas diagnósticas (BENIGUI; STEIN, 2006). Segundo boletim da OMS, a AIDPI é um instrumento simples, porém, baseado em evidências científicas, que visam facilitar a abordagem e o manejo de casos, ao mesmo tempo em que consideram a criança como um todo (WHO, 2006 apud PINA, 2006).

Cabe destacar que a atuação do enfermeiro não se restringe ao emprego do instrumental clínico, mas envolve a dimensão dos demais componentes que integram a Estratégia, tais como a vigilância em saúde, entendida como monitoramento dos principais problemas e necessidades das crianças, bem como a organização dos processos de trabalho, com ênfase à melhoria dos cuidados prestados na unidade de saúde (VERÍSSIMO et al., 2003).

De acordo com Novaczy (2008), o enfermeiro se integra às práticas de outros trabalhadores de saúde, compondo a equipe multiprofissional, que responde pela produção de serviços em saúde. Dessa forma, sua prática é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade, produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe, na construção dos objetos comuns de trabalho no setor saúde, o que não difere de sua atuação dentro dos princípios da AIDPI.

Desde Florence, a autonomia do profissional enfermeiro no processo de cuidar torna-se a cada dia mais importante, uma vez que proporciona a possibilidade de rever a

enfermagem enquanto profissão, a partir de sua própria tradição histórica, bem como, articulando com outras áreas científicas, em um exercício moderno de interdisciplinaridade (BUENO; QUEIROZ, 2006).

Além de utilizar todo o seu conhecimento técnico e científico, o enfermeiro, inserido nesse novo processo de trabalho, vê-se dotado de maior autonomia na função que exerce. No entanto, essa autonomia deve ser entendida como a condição que o profissional tem de decidir sobre seu trabalho, no momento em que realiza o procedimento assistencial (MORAIS, 2005).

No tocante à AIDPI, a atuação do enfermeiro se dá por meio da consulta à criança, identificando os sinais característicos dentro do quadro apresentado, avaliando, classificando e tomando a conduta necessária, desta forma a consulta de enfermagem representa uma importante ação no contexto da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (XIMENES NETO et al., 2011).

De acordo com Margarido e Castilho (2006), a consulta de enfermagem, para ter validade prática, deve proporcionar mudanças favoráveis na saúde do indivíduo. Estudos demonstram que a atuação do enfermeiro, por meio da consulta, melhora a adesão ao tratamento, acelera o restabelecimento do paciente e, conseqüentemente, poderá diminuir o custo final da assistência.

Um estudo realizado por Santos et al. (2009), concluiu que nas consultas realizadas por enfermeiros treinados na estratégia AIDPI, houve melhora significativa na avaliação dos sinais de perigo de crianças doentes, a avaliação da morbidade a prescrição racional e início do tratamento na unidade de saúde local. Houve também redução significativa no uso inadequado de antibióticos, especialmente na doença do trato respiratório.

A implementação da prescrição de medicamentos por enfermeiros vem sendo implementada em muitos países e tem sido um desafio no seu processo de trabalho. Desde o início da década de 1990, esta ação vem sendo largamente utilizada conforme levantamento realizado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE). Os países pioneiros na implantação da prescrição de medicamentos por enfermeiros foram a Suécia, Austrália, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Nova Zelândia, seguidos da África do Sul, Botsuana, Irlanda e Quênia (OGUISSO, 2007).

Partindo do princípio que a prescrição de medicamento faz parte da aplicação da estratégia da AIDPI, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reconhece a atribuição do enfermeiro sobre a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde. Conforme a Lei nº 7498/86, o enfermeiro está acobertado através da resolução que dispõe no seu art. 4º da Resolução da

Diretoria Colegiada - RDC n° 20/2011, no qual fica claro que a prescrição medicamentosa é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado, não se tratando, portanto, de ato exclusivamente médico. Dessa forma, ficou estabelecido que o enfermeiro pode prescrever medicamentos pertencentes ao programa de Saúde Pública, desde que atente para a relação de medicamentos certos e previstos no programa ou rotina da instituição (COFEN, 2011).

Diante do exposto, constata-se que o enfermeiro, ao atuar na perspectiva da AIDPI, utiliza ações fundamentais, capazes de melhorar indicadores de saúde e inovar as práticas desse setor. Todas essas ações estão fundamentadas nas linhas de cuidados à criança, destacadas pelo Ministério da Saúde (MELLO et al., 2009; SLOMP, et al., 2007; BRASIL, 2005a apud REICHERT, 2011).



3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

O estudo proposto foi desenvolvido através do método exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipótese, enquanto que a pesquisa descritiva aponta como finalidade a descrição das características de determinada população, fenômeno ou estabelecimento entre variáveis. A modalidade descritiva tem como foco “o desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas [...]”, almeja descrever “com exatidão” os fenômenos e fatos de determinada realidade ou estabelecer relações entre as variáveis (TRIVIÑOS, 1987, p. 110). No nosso contexto, nos possibilita compreender melhor a aplicação do modelo de atendimento da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância.

A pesquisa qualitativa foi escolhida por abordar as questões sociais, além de ser responsável pelo espaço mais amplo das relações como os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2007). Outra característica da pesquisa qualitativa é que seu delineamento flexível pode articular várias estratégias de coleta de dados na busca da compreensão do todo, o que exige do pesquisador um envolvimento intenso com o estudo e análise contínua dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

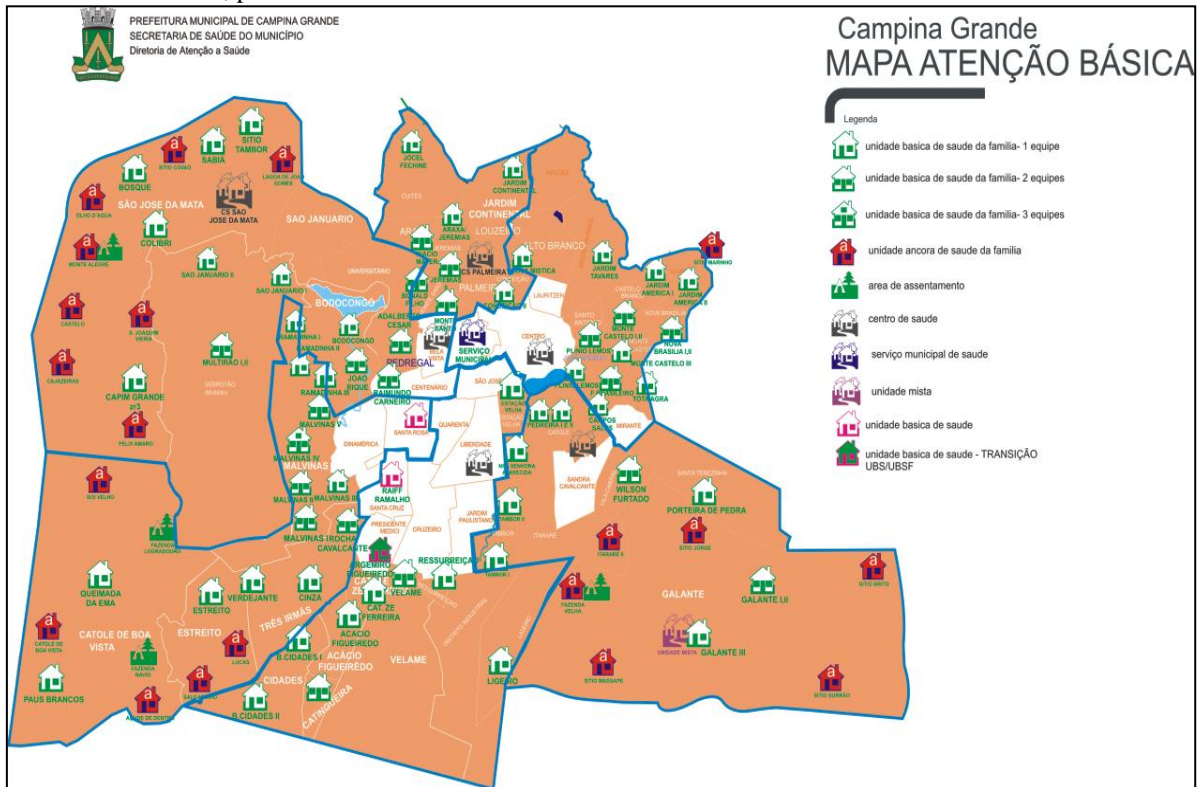
3.2 Cenário e Período da Pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Campina Grande, que corresponde à segunda cidade mais populosa e desenvolvida do estado da Paraíba, abrangendo, segundo dados do IBGE, 383.767 habitantes no ano de 2009, destes, 24.314 estão na faixa etária menor de 5 anos (BRASIL, 2009). Situa-se ao oriente do planalto da Borborema, no agreste paraibano, e fica a 120 km da capital.

A população do município está distribuída em 641.000 m² e três distritos: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Campina Grande é sede do Terceiro Núcleo Regional de Saúde (NRS), unidade da divisão geopolítica administrativa estadual, constituindo-se numa macrorregional de saúde que congrega 70 municípios, sendo referência para seus serviços de saúde; ainda, para os estados de Pernambuco e Rio Grande do Norte, seguindo as normas emanadas do Pacto pela Saúde 2006, portaria nº. 399/GM, do MS, de 22 de fevereiro de 2006, atualmente, o município de Campina Grande encontra-se com um percentual de cobertura de

83% da população pela ESF, dividindo-se em 92 unidades e seis distritos sanitários, faz parte da 3ª Regional de Saúde, está habilitada na Gestão Plena de Sistema Municipal desde 1998, sendo um dos oitos municípios habilitados no Estado nesta modalidade de gestão (IPARAIBA, 2010).

Figura 01 - Mapa da cidade de Campina Grande – PB, de acordo com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, por Distrito Sanitário de Saúde

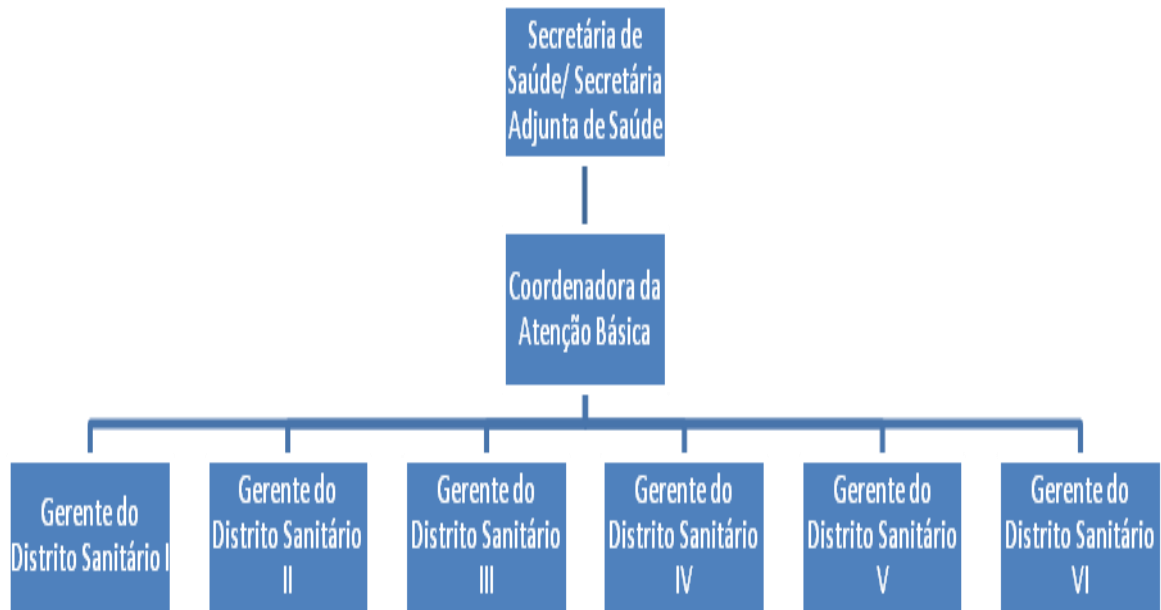


Fonte: Secretaria de Saúde, 2011.

A compreensão do Distrito Sanitário pode abranger duas dimensões, sendo a primeira, enquanto estratégia de construção do SUS num município e/ou conjunto de municípios, envolvendo alguns elementos conceitual e operacionalmente importantes; e a segunda dimensão se refere à menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998).

A figura 2 representa a organização hierárquica da gestão da saúde no tocante à Atenção Básica:

Figura 02 - Organização da Gestão de Saúde na Atenção Básica



Fonte: ALMEIDA, (2011).

As Unidades de Saúde da Família trabalham com uma demanda organizada para os diversos programas propostos pelo Ministério da Saúde, a exemplo da Saúde da criança, Saúde da mulher, Saúde do idoso e Saúde do adulto, além de realizarem atividades educativas com grupos específicos e visitas domiciliares.

Tivemos como local para desenvolvimento da pesquisa as Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Campina Grande, no período de agosto a outubro de 2011.

Tabela 01 permite visualizar cada Distrito Sanitário com as Unidades de Saúde da Família a fim de obter uma compreensão das áreas do município que estão assistidas pela Estratégia Saúde da Família. Será descrito o nome da unidade, a área de abrangência e a localização das UBSF.

Tabela 01 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) por Distrito Sanitário, área de abrangência e localização.

UNIDADE	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	LOCALIZAÇÃO
DISTRITO SANITÁRIO I		
UBSF Jardim Tavares	Urbana	Alto Branco
UBSF Jardim América I	Urbana	Jardim América

UBSF Jardim América II	Mista	Glória
UBSF Nova Brasília I e II	Urbana	Nova Brasília
UBSF Monte Castelo I e II	Urbana	Monte Castelo
UBSF Monte Castelo III	Urbana	Monte Castelo
UBSF José Pinheiro I e II	Urbana	José Pinheiro
UBSF Hênio Azevedo	Urbana	José Pinheiro
UBSF Francisco Brasileiro I e II	Urbana	José Pinheiro
UBSF Campos Sales	Urbana	José Pinheiro
UBSF Tota Agra	Urbana	José Pinheiro
DISTRITO SANITÁRIO II		
UBSF Adalberto César I e II	Urbana	Pedregal
UBSF Raimundo Carneiro I e II	Urbana	Pedregal
UBSF João Rique I e II	Urbana	Bodocongó
UBSF São Januário I	Urbana	Bodocongó
UBSF Bodocongó	Urbana	Bodocongó
UBSF Mutirão I e II	Urbana	Mutirão
UBSF São Januário I	Urbana	Sítio São Januário
UBSF São José da Mata – Zona Urbana I	Urbana	São José da Mata
UBSF São José da Mata – Zona Urbana II	Urbana	São José da Mata
UBSF São José da Mata – Zona Rural I	Rural	Sítio Tambor
UBSF São José da Mata – Zona Rural II	Rural	Sítio Bosque
UBSF São José da Mata – Zona Rural III	Rural	Sítio Capim Grande
DISTRITO SANITÁRIO III		
UBSF Inácio Mayer I e II	Urbana	Jeremias
UBSF Bonald Filho I e II	Urbana	Monte Santo
UBSF Cuités	Urbana	Cuités
UBSF Conceição I	Urbana	Alto Branco
UBSF Conceição II	Urbana	Conceição
UBSF Jardim Continental	Urbana	Jardim Continental
UBSF Jeremias I e II	Urbana	Jeremias
UBSF Araxá	Urbana	Jeremias
UBSF Monte Santo I e II	Urbana	Monte Santo
DISTRITO SANITÁRIO IV		
UBSF Tambor I	Urbana	Tambor
UBSF Tambor II	Urbana	Tambor
UBSF Nossa Senhora Aparecida	Urbana	Catolé
UBSF Vila Cabral I e II	Urbana	Catolé
UBSF Catolé I	Urbana	Catolé
UBSF Catolé II	Urbana	Catolé
UBSF Porteira de Pedra	Urbana	Santa Terezinha
UBSF Estação Velha	Urbana	Estação Velha
UBSF Galante I e II	Rural	Galante
UBSF Galante III	Rural	Galante
DISTRITO SANITÁRIO V		
UBSF Catingueira I e II	Urbana	Catingueira
UBSF Catolé de Zé Ferreira	Urbana	Catolé de Zé Ferreira
UBSF Bairro das Cidades I	Urbana	Bairro das Cidades
UBSF Bairro das Cidades II	Urbana	Bairro das Cidades
UBSF Serra da Borborema	Urbana	Ligeiro
UBSF Velame I e II	Urbana	Velame

UBSF Acácio Figueiredo	Urbana	Acácio Figueiredo
UBSF Argemiro de Figueiredo	Urbana	Rosa Cruz
UBSF Ressurreição	Urbana	Ressurreição
UBSF Jardim Paulistano	Urbana	Jardim Paulistano
UBSF Novo Cruzeiro	Urbana	Novo Cruzeiro
UBSF Raif Ramalho	Urbana	Santa Cruz
DISTRITO SANITÁRIO VI		
UBSF Ramadinha I	Urbana	Ramadinha
UBSF Ramadinha II	Urbana	Malvinas
UBSF Ramadinha III	Urbana	Malvinas
UBSF Jardim Verdejante	Urbana	Verdejante
UBSF Cinza	Urbana	Cinza
UBSF Rocha Cavalcante I e II	Urbana	Rocha Cavalcante
UBSF Malvinas I	Urbana	Malvinas
UBSF Malvinas II	Urbana	Malvinas
UBSF Malvinas III	Urbana	Malvinas
UBSF Malvinas IV	Urbana	Malvinas
UBSF Malvinas V	Urbana	Malvinas
UBSF Estreito/Lucas	Rural	Sítio Estreito
UBSF Catolé de Boa Vista	Rural	Católé de Boa Vista
UBSF Paus Brancos	Rural	Sítio Paus Brancos

Fonte: Secretaria de Saúde de Campina Grande, 2011.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A população correspondeu aos enfermeiros que atuavam na equipe da Estratégia Saúde da Família distribuídos em 92 equipes no município de Campina Grande. A amostra foi selecionada respeitando os seguintes critérios: ser enfermeiro, ter recebido treinamento completo do curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, não importando se este aconteceu no curso de graduação ou em treinamento de capacitação profissional; seguir o protocolo orientado pelo modelo de atendimento, proposto na estratégia AIDPI.

Seguindo estes critérios, foram identificados 33 enfermeiros que tinham recebido o treinamento de AIDPI, entretanto, 02 se recusaram e 23 não estavam contemplados no segundo critério de inclusão que era seguir o protocolo orientado pelo modelo de atendimento, proposto na estratégia AIDPI, ou seja, não aplicavam os princípios da AIDPI em nenhum momento do atendimento à criança. Com isso, a amostra final foi constituída por 8 enfermeiros que seguiam o protocolo proposto pela estratégia AIDPI.

3.4 Instrumento e Coleta de Dados

Inicialmente foi realizado um mapeamento dos enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande que possuíam capacitação em AIDPI. Para isso, foi aplicado um roteiro contendo questões relacionadas à faixa etária, sexo, especialidade, tempo de graduação e tempo de atuação profissional na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família que ora atuam. De posse dessas informações, a pesquisadora retornou ao local da pesquisa para realizar uma entrevista seguindo um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A). Para nortearmos o estudo tivemos os seguintes questionamentos: Como você aplica a AIDPI na sua prática profissional? Relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar a AIDPI; Quais as facilidades? Fale sobre elas; Como você avalia a aplicabilidade da AIDPI na sua unidade de saúde da família?

Conforme agendamento prévio por telefone com os enfermeiros integrantes da ESF de Campina Grande, objetivando buscar informações sobre os critérios estabelecidos para inclusão dos sujeitos na pesquisa e anuência para participação da pesquisa, foi marcado dia e horário para um encontro com esses profissionais. Em seguimento das questões éticas, as entrevistas foram realizadas após atendimento ao usuário, e gravadas em mp4 player, com posterior transcrição das falas na íntegra.

Segundo Triviños (1987) e Manzini (1990; 1991), a entrevista semiestruturada é focalizada em um tema, em que, a partir dele, criamos um guia de perguntas principais com base em teorias e hipóteses que estão diretamente ligadas ao tema. Para os autores, na entrevista semiestruturada, as informações coletadas se dão de forma mais livre e as respostas não estão reguladas a uma padronização de alternativas. A questão aberta representa o pensamento dos indivíduos, uma vez que é um procedimento de pesquisa que proporciona maiores possibilidades de o indivíduo se expressar em um discurso (LEFÉVRE; LEFÈVRE, 2005).

3.4 Sujeitos da Pesquisa

A população correspondeu aos enfermeiros que atuavam na equipe da Estratégia Saúde distribuídos em 92 equipes de Saúde da Família do município de Campina Grande. A amostra foi selecionada respeitando os seguintes critérios: ser enfermeiro ter recebido

treinamento completo do curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, não importando se este aconteceu no curso de graduação ou em treinamento de capacitação profissional; seguir o protocolo orientado pelo modelo de atendimento, proposto na estratégia AIDPI.

Seguindo estes critérios, foram identificados 33 enfermeiros que tinham recebido o treinamento de AIDPI, entretanto, 02 se recusaram e 23 não estavam contemplados no segundo critério de inclusão que era seguir o protocolo orientado pelo modelo de atendimento, proposto na estratégia AIDPI, ou seja, não aplicavam os princípios da AIDPI em nenhum momento do atendimento à criança. Com isso, a amostra final foi constituída por 8 enfermeiros que seguiam o protocolo proposto pela estratégia AIDPI.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada pelo método análise de conteúdo, proposto por Bardin (2009), que permite ao pesquisador compreender além dos significados imediatos das comunicações.

A Análise de Conteúdo é definida por Bardin (2009), como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 44).

A Análise Temática Categorial é a mais antiga e a mais utilizada, propõe o “desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos” (BARDIN, 2009, p. 199). Apresentando-se com diferentes possibilidades de categorização, essa análise, ou investigação dos temas, é eficaz e rápida quando aplicada a discursos diretos e simples.

A técnica da análise categorial temática é composta por três grandes etapas: A primeira, denominada pré-análise, corresponde à organização do material, que pode usar procedimentos como leitura flutuante, hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação; a segunda etapa consiste na exploração do material, no qual os dados são codificados a partir de unidades de registro; e a terceira etapa consiste na interpretação e tratamento dos dados, sendo nesse momento que é formulada a categorização com agrupamentos. Foi realizada uma leitura individualizada dos discursos com a finalidade de se familiarizar com as respostas obtidas, buscando, desta forma, uma visão geral de cada

um, objetivando uma melhor compreensão destes e atentando para pontos de convergência que se denunciavam na leitura dos mesmos.

Ao final, foi feita uma síntese do tema Aplicabilidade da AIDPI, de onde emergiram as seguintes categorias: Facilidade no atendimento e Dificuldade para execução do protocolo. Da subcategoria dificuldade para execução surgiram os seguintes pontos: falta de um protocolo de atendimento, falta de apoio para prescrever medicamentos, fragilidade no conhecimento sobre a AIDPI.

3.6 Posicionamentos Éticos da Pesquisa

Para realização do estudo nas Unidades de Saúde da Família foi solicitada autorização prévia à Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande-PB. Em seguida, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e aprovação do comitê de ética do Centro de Desenvolvimento e Ensino Superior na cidade de Campina Grande – PB, protocolado sob o nº 0081.0.405.000-11, tendo recebido parecer favorável.

O desenvolvimento da pesquisa seguiu as diretrizes emanadas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as normas aplicadas a pesquisas que envolvem direta ou indiretamente seres humanos, como também, seguimos as observâncias éticas que se referem à garantia da privacidade, do anonimato e do sigilo dos colaboradores (BRASIL, 1996).

As informações sobre a Pesquisa (identificação da pesquisadora, objetivo da pesquisa, relevância, metodologia) foram repassadas aos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Nessa ocasião, os enfermeiros atestaram a voluntariedade de participação na pesquisa, podendo se retirar do estudo antes, durante ou depois da finalização do processo de coleta de dados, caso desejassem, sem risco de qualquer penalização ou de quaisquer prejuízos pessoais, profissionais ou financeiros. Foi assegurado aos participantes, o anonimato, quando da publicação dos resultados, bem como o sigilo de dados confidenciais. Por ser uma pesquisa de caráter qualitativa, a privacidade e o anonimato dos depoimentos prestados foi garantida. Os participantes foram identificados com a letra “E” em referência à palavra enfermeiro, seguindo do número, conforme a sequência no momento da coleta de dados.



4. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

No primeiro momento, são apresentadas as características dos entrevistados, que têm como variáveis: faixa etária, sexo, especialidade, tempo de graduação e tempo de atuação profissional na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família que ora atuam, estando representados no quadro 1. No segundo momento na figura 1 tem-se uma representação gráfica, na qual são distribuídas as categorias empíricas, de forma a possibilitar uma melhor compreensão dos dados.

4.1 Caracterizações dos Sujeitos

Quadro 1 – Perfil das entrevistadas participantes do estudo, Campina Grande, 2012.

PARTICIPANTE	DESCRIÇÃO
E 01	45 anos, feminino, especialista em saúde da família, exerce a profissão há vinte e dois anos; atua nesta comunidade há quatro anos.
E 02	40 anos, feminino, especialista em saúde do trabalhador, exerce a profissão há doze anos, atuando nesta comunidade há dez anos.
E 03	49 anos, feminino, especialista em saúde da família, exerce a profissão há dezessete anos, atuando nesta comunidade há doze anos.
E 04	34 anos, feminino, especialista em saúde da família, exerce a profissão há oito anos, atua nesta comunidade há cinco anos.
E 05	30 anos, feminino, especialista em saúde coletiva e saúde do trabalhador, exerce a profissão há seis anos, atua nesta comunidade há cinco anos.
E 06	30 anos, feminino, especialista em saúde pública, exerce a profissão há sete anos, atuando nesta comunidade há seis anos.
E 07	32 anos, feminino, especialista em saúde da família, exerce a profissão há cinco anos, atuando nesta comunidade cinco anos.
E 08	32 anos, feminino, especialista em auditoria dos serviços de enfermagem e obstetrícia, exerce a profissão há cinco anos, atuando nesta comunidade há dois anos.

Fonte: Dados do Pesquisador/2011

Como pode ser observado nos dados acima, a amostra FOI exclusivamente feminina, com faixa etária entre 30 e 49 anos. O tempo de formação profissional, variaM de 5 a 22 anos,

com tempo de atuação na comunidade ultrapassando cinco anos para a grande maioria. Pelo fato da amostra ser feminina, utilizaremos o termo enfermeira, ao nos referir às participantes do estudo.

Observa-se que a maioria das entrevistadas atua na Estratégia de Saúde da Família por mais de cinco anos na mesma USF, o que favorece a formação de vínculo com a comunidade. Esse é um fator positivo para a qualidade da assistência, porque um dos êxitos da ESF está relacionado à territorialização e ao vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e a comunidade, permitindo que haja uma relação construtiva no sentido de detectar os problemas decorrentes do processo saúde doença em busca de uma melhoria nas condições de vida.

De acordo com Sant'Anna (2011), o estreitamento de vínculos entre os sujeitos, estabelece um elo de confiança, que é um fator de relevância para o sucesso de relações sociais, como para o êxito e a consolidação do trabalho na Saúde da Família. Desta forma, estabelece-se também a formação de vínculos de co-responsabilidade que possibilita o desenvolvimento de práticas sanitárias, democráticas e participativas, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, para direcionar a atenção à promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças/agravos mais frequentes.

Para melhor compreensão das categorias que surgiram, procurou-se organizar um fluxograma, onde foram analisados os discursos e estabelecido como tema central a aplicabilidade do AIDPI como palavra norteadora (FIGURA 1).

Figura 3 - Representação gráfica das categorias empíricas, Campina Grande, 2012.



Fonte: Dados da Pesquisa/2012.

4.2 Aplicabilidade da AIDPI pelos Enfermeiros

4.2.1 Facilidade no atendimento

De acordo com os relatos de algumas enfermeiras, é consenso a importância da utilização de um instrumento sistematizado no cotidiano do trabalho, por ser um facilitador no atendimento e proporcionar segurança na condução da consulta.

“[...] é um instrumento de importância pelo qual a gente encontra o diagnóstico e aplica o tratamento adequado” (E1).

“quando eu utilizo o AIDPI para atender, me sinto mais segura, pela maneira como é [...] é como eu digo (pausa) sistematizado; ele facilita o atendimento. Tá tudo ali, é só seguir e fazer uma boa aplicação do material” (E2).

“eu avalio como sendo um processo que apresenta bons resultados e que nos norteia como profissionais a avaliarmos e trabalharmos com mais segurança e responsabilidade a criança que procura o atendimento junto com sua genitora”(E4).

“como profissional, seguindo o fluxograma disposto no manual e entrevistando e intervindo, né, precocemente no cuidado a criança” (E5).

Como aspectos favoráveis os profissionais responderam às questões inseridas nessa categoria de análise, descrevendo de forma positiva a aplicação da AIDPI nas suas rotinas e afirmando que o mesmo garante mais segurança e responsabilidade no processo de trabalho.

Para tanto, se faz necessário estar atento à utilização e aplicação do manual de conduta para que a ação saúde objetivada pela aplicação do AIDPI, não se resuma a uma forma mecanicista, restrita apenas à intervenção técnica, mas que os aspectos observados sigam um sentido de responsabilidade na perspectiva do cuidar, de forma a assumir a prática ao acolhimento como compromisso.

Por ser direcionada por meio da utilização do quadro de condutas, esta estratégia encontra grande receptividade entre por parte de alguns profissionais, pois além da facilidade constatada no manuseio do "Manual de condutas", atende e responde às queixas mais frequentes das mães/responsáveis pelas crianças (VIDAL, 2003).

Estudo realizado em Pernambuco evidenciou a receptividade e a adesão dos profissionais de nível superior da ESF à estratégia a partir do relato de todos os entrevistados,

os quais foram unânimes ao referirem que a AIDPI oferece maior segurança e qualidade no atendimento às crianças (FELISBERTO, 2003). Para Silva et al (2009), há um reconhecimento da AIDPI por ser um instrumento facilitador e por possibilitar tratamentos quando não se dispõem de recursos .

Alves (2009) afirma que essa estratégia inclui também uma importante técnica de comunicação, que visa melhorar os cuidados da criança na comunidade, de forma a detectar sinais de perigo que exigem referência imediata e que, além dessas habilidades, os profissionais sistematizam o atendimento, integrando a clínica à prevenção, para uma melhor resolutividade nas unidades básicas de saúde.

Uma das formas que permeiam o atendimento utilizado na estratégia da AIDPI, diz respeito aos passos indicados pelo protocolo de atendimento para serem seguidos pelos profissionais de saúde que tiverem contato com as crianças menores de cinco anos. Esses procedimentos permitem a detecção de sinais de doenças e oportunizam a realização de uma intervenção mais precoce.

A avaliação sistemática e cuidadosa dos sinais clínicos e sintomas recomendados garantem informação suficiente para guiar a intervenção efetiva (BENGUIGUI, STEIN, 2006). Os materiais e protocolos utilizados na AIDPI são adaptados de acordo com o contexto epidemiológico de cada país, respondendo às necessidades específicas em termos de maior prevalência de doenças (WHO, 2006).

Conforme apresentado abaixo, a utilização da AIDPI traz resolutividade, objetividade, segurança e integralidade, de forma a fortalecer o cuidado de enfermagem às crianças.

“útil, pertinente e resolutivo, pois contribui de forma integral no cuidado à criança, articula o trabalho interdisciplinar na equipe de saúde da família e fortalece o cuidado de enfermagem”. (E3).

“ferramenta de grande relevância pela praticidade, objetividade e segurança observada no tratamento e evolução clínica”. (E7).

“bastante útil na instrumentalização do trabalho de enfermeiro; imprescindível”. (E8).

De acordo com algumas participantes do estudo, a AIDPI contribui para que o processo de trabalho do enfermeiro seja baseado em princípios do SUS, dentre eles a resolutividade e integralidade como propriedades para o atendimento à criança. Entretanto, a integralidade do cuidado na promoção de saúde requer um aprofundamento de conhecimento

e valorização do trabalho, com articulação das práticas e consensos acerca do trabalho de si mesmo e do outro (SILVA, 2008).

Isso porque, como princípio da política de saúde, a integralidade remete à compreensão de que os fatores que interferem na saúde da criança são amplos e perpassam por outros setores que não só a saúde. Assim, ela é sustentada e defendida como valor nas práticas dos profissionais de saúde, que se expressam na forma como estes respondem às necessidades das pessoas atendidas. Portanto, a concretização de um sistema integral de saúde não passa pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares, mas é entendida como “inter-relações de pessoas, com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições traduzidas em tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (SOUZA, 2010).

O princípio da integralidade protagonizado pela saúde da criança nos remete a pensar nas condições de saúde em que as mesmas vivem, e para que essa integralidade seja realmente efetivada não se pode dissociar o trabalho interdisciplinar, uma vez que, a articulação entre saberes constrói o almejado, que é a promoção de saúde (PRADO, 2007).

Portanto, traçar a promoção de saúde no sentido multiprofissional e integral das práticas assistenciais na atenção primária pode colaborar para a melhoria dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na situação de saúde da criança.

A promoção da saúde deve ser capaz de oferecer condições para uma ação integrada e interdisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana- a subjetiva, a social, a política, a econômica, a cultural. Em outras palavras, as ações intersetoriais e o compromisso em compartilhar os saberes produzidos nos diferentes campos do conhecimento, conduzem a um novo paradigma de assistência em saúde (OLIVEIRA, 2006).

A promoção da saúde é descrita como novo e promissor paradigma na saúde. Seus principais constituintes são a ênfase na integralidade do cuidado, o compromisso com a qualidade de vida e a adoção da participação comunitária, como peça fundamental do planejamento e da avaliação das ações e dos serviços de saúde (FRACOLLI; CHIESA, 2010).

A partir da captação das crianças para o atendimento preventivo na perspectiva da vigilância do crescimento e desenvolvimento, amplia-se a possibilidade de identificação de agravos evitáveis que podem, se não identificados, levar ao aumento da mortalidade infantil.

“[...] avaliando o crescimento e desenvolvimento e quando doente, eu aplico o AIDPI. É importante para mim, me ajuda muito, acho que é a melhor forma de atender”. (E3).

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível estabelecer condutas curativas dirigidas às doenças detectadas e traçar as preventivas para cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais, em um processo contínuo de educação para a saúde. Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo central da atenção à criança (BRASIL, 2002).

Vale salientar que as participantes do estudo pertencem à equipe da Estratégia Saúde da Família, por isso, devem ser responsáveis pelo atendimento integral da sua comunidade, sendo um facilitador na determinação do comportamento e aquisição de práticas saudáveis para obtenção de uma saúde de qualidade.

4.2.2 Dificuldades para execução da AIDPI

4.2.2.1 Falta do formulário de registro da Estratégia da AIDPI para o atendimento

Nos relatos abaixo um aspecto observado está relacionado ao processo de trabalho dos enfermeiros para aplicação da estratégia do AIDPI, relação essa que, possivelmente, influencia na assistência dispensada à saúde das crianças.

“a dificuldade é porque na unidade não tem o impresso” [...] (E1).

“a falta de organização do protocolo de atendimento eu digo, falta do guia de registro, porque se tivesse ficaria melhor da gente seguir [...]” (E3).

De acordo com os discursos acima, a falta de um impresso contendo os passos a serem seguidos na consulta funciona como um dificultador para a aplicabilidade da AIDPI na consulta à criança. Entretanto, sabe-se que, como estas enfermeiras fizeram capacitação na Estratégia, certamente possuem seus manuais, os quais contêm essas informações, o que não se torna um impeditivo para atender a criança conforme protocolo da AIDPI.

Por outro lado, as questões referentes aos enfoques organizacionais, fundamentados em protocolos técnicos e limites para atendimento dificultam a aplicabilidade do AIDPI, pois, para ser efetivado, se faz necessário o cumprimento das etapas de atendimento. Isso porque, uma atenção humanizada e de qualidade depende também do fornecimento de recursos. Nessa circunstância, todas as questões referentes aos aspectos organizacionais levam a um questionamento sobre como se sentem os profissionais que, para atuarem de forma mais organizada, precisam usar da provisão de seus próprios recursos? Contudo, observa-se que na

cidade de Campina Grande não há protocolo de assistência enfermagem direcionada a consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos, solicitação de exames, dentre outros.

A inexistência do protocolo de assistência de enfermagem poderá resultar em uma atenção menos satisfatória. Entretanto, é necessária a participação ativa dos gestores de forma decisória para efetivação deste instrumento, pois o mesmo garante um maior respaldo na assistência prestada. Frente a isso, às mudanças do modelo de atenção propostas pela Estratégia Saúde da Família, tornou-se necessária a elaboração desse documento, que visa apoiar, qualificar a assistência e garantir a segurança e os direitos dos usuários e profissionais de enfermagem (HONORIO; CAETANO, 2009). Entretanto, o excesso de burocracia dos serviços e o pouco entendimento dos gestores quanto à importância deste documento, para a qualidade do atendimento, acabam por prejudicar o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Segundo Higuch (2011), o desenvolvimento de um protocolo de atendimento faz parte de uma proposta mais ampla de educação permanente destinada às equipes de saúde, visando oferecer aos profissionais que trabalham com atenção básica instrumentos que possam orientar o seu desempenho.

Um estudo realizado pelo autor acima citado sobre a AIDPI na prática de enfermeiros egressos da USP observou que o uso da estratégia tem sido limitado por dificuldades como: desconhecimento dos demais profissionais acerca da AIDPI, não incorporação de todos os tratamentos previstos na estratégia ao protocolo de enfermagem do município, e até mesmo restrições explícitas para sua adoção. A principal dificuldade apontada para a baixa frequência de uso da AIDPI é que o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo o desaconselha, de forma que os enfermeiros não têm respaldo institucional.

Isso é reflexo da postura que o Ministério da Saúde vem assumindo em relação à AIDPI, tendo em vista, pouco incentivo deste Órgão, frente à implantação da AIDPI, divulgando-se que associações médicas conseguiram suspender cursos de capacitação para enfermeiros, alegando que a legislação proibiria a prescrição de qualquer droga por esse profissional (AMARAL, 2004).

Outro aspecto dificultador da aplicabilidade da AIDPI é o desconhecimento de alguns profissionais sobre essa estratégia, apesar dela existir desde a década de 1990. Este aspecto é corroborado por Margarido (2006) quando afirma que um estudo desenvolvido na África do Sul mostrou que a maior barreira para implantação da AIDPI era a falta de suporte dos colegas no trabalho, principalmente daqueles que não conheciam a estratégia.

Ao analisar os processos e estratégias de trabalho destinadas a aplicação da AIDPI por parte das enfermeiras entrevistadas, entendemos que a alocação dos recursos de acordo com as preferências estabelecidas no atendimento de prioridade na redução da Morbimortalidade Infantil, gera maior fragilidade e interdependência por parte dos profissionais que favorecem a adesão dos atores envolvidos, sendo esse um entrave na assistência prestada.

4.2.2.2 Falta de apoio para prescrever medicamentos

Os depoimentos dos sujeitos mostram que a insegurança em prescrever a medicação e a falta de um protocolo, adotado pela Secretária Municipal de Saúde, fragiliza o seguimento de conduta proposto pela AIDPI. Também revelam que as enfermeiras desconhecem a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem no que diz respeito à prescrição de medicamento, bem como o não conhecimento da resolução da diretoria colegiada (RDC) da ANVISA.

“é a prescrição de medicamento, por causa dessa nova lei, é triste; muitas vezes você saber fazer e não poder ai fico me sentindo um pouco insegura, porque também não temos nada formalizado pela secretária de saúde e além do mais esse problema com a prescrição (pausa) é difícil”(E2).

“[...] dificuldade é a prescrição de medicamento, porque no AIDPI passa antibiótico e agente não pode passar, porque as farmácias não aceitam e às vezes não tem na unidade”(E3).

“a falta de atualização, a prescrição de medicamentos que é indicada e agente não pode prescrever, se não me engano na lei do exercício profissional a enfermagem pode prescrever medicação da atenção básica, mas (pausa)”(E5).

“[...] porque além de a gente não poder mais prescrever os antibióticos, não temos apoio para que seja feito um protocolo autorizado pela secretaria”[...]”(E8).

Segundo Ximenes Neto et al. (2007), um dos avanços conquistados pela enfermagem na ESF é o ato de prescrever medicamentos, assunto este discutido por autoridades da classe e profissionais da saúde tornando-se um desafio para a enfermagem na sua área de atuação, bem como as diferentes expectativas e perspectivas futuras.

Para subsidiar tal atribuição no contexto da ESF a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro está legalizada na Lei Federal nº 7.498/1986 do exercício profissional de Enfermagem, que regulamenta a profissão, e regulamentada pelo Decreto 94.406/1987, sendo estabelecida como atividade do enfermeiro integrante da equipe de saúde em programas de

saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Na RDC nº 44/2010 (BRASIL, 2010), que dispõe sobre o controle de medicamento à base de antimicrobiano, a Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) determina nos artigos 2º e 3º que somente serão dispensados antimicrobianos mediante receita sob prescrição de profissional devidamente habilitado, não especificando o profissional prescritor.

Já a RDC nº 20/2011 ratifica a primeira resolução, reservando um capítulo para a prescrição, no qual define no artigo 4º da RDC nº 20/2011, que a prescrição medicamentosa é de atribuição de todo e qualquer profissional regularmente habilitado, não se tratando, portanto, de ato exclusivamente médico. Através desta Resolução da ANVISA, ficou estabelecido o que a legislação federal já previa, que o enfermeiro realiza prescrições de medicamentos pertencentes ao programa de saúde pública, tendo em vista também a relação de medicamentos certos e previstos no programa ou rotina da instituição (BRASIL, 2011).

Esses acontecimentos são frutos de conquistas da Enfermagem, tendo em vista que a prática do enfermeiro quanto à produção do conhecimento na atenção básica gera uma maior visibilidade para a importância de sua atuação profissional. Borges (2010) afirma que a atuação do profissional enfermeiro na atenção básica representa um novo modelo de paradigma, no que se refere à atenção e cuidado com a saúde.

A importância da consulta de enfermagem dentro de um conjunto de ações desenvolvidas na atenção básica nos faz remeter que essas devem ser organizadas de forma sistemática, independente e de acordo com as necessidades individuais e comunitárias. Nessa perspectiva, Portarias do Ministério da Saúde, assim como Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 317/07 regulamentam a consulta de enfermagem, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em protocolos aprovados pelas esferas de gestão. Ximenes Neto et al. (2011) afirmam que esta atribuição, na ESF, está normatizada pelo Ministério da Saúde e que grandes transformações na atuação do enfermeiro em um panorama geral, concretizam essa atribuição.

A enfermagem necessita de uma maior busca na produção de conhecimentos, considerando ser de grande valia e reflexão para as abordagens que se fizerem necessárias. Gomes et al. (2004) salientam que os enfermeiros anseiam por mais conhecimento científico, principalmente no que se refere às prescrições de medicamentos. No entanto, alguns destes profissionais se sentem limitados no seu cotidiano profissional tanto pela legislação, quanto por membros da própria equipe multidisciplinar.

Poucos incentivos à implantação da AIDPI têm acontecido nos últimos anos por parte do Ministério da Saúde, tendo sido divulgado que associações médicas conseguiram suspender cursos de capacitação para enfermeiros sob a alegação de que a legislação proibia a prescrição de qualquer droga por esse profissional (HIGUCHI 2011).

Ao prescrever medicamentos de forma ética e qualificada, o enfermeiro contribui para a efetividade das respostas às demandas da população, e conseqüentemente para a melhoria na qualidade da assistência. De acordo com Honório e Caetano (2009) devido às mudanças do modelo de atenção propostas pela Estratégia Saúde da Família faz-se necessário uma maior interação com a prescrição de medicamentos realizada por enfermeiros, na busca de qualificar a assistência e garantir a segurança e os direitos dos usuários e profissionais de enfermagem.

Assim, a partir dos discursos percebe-se a necessidade dos enfermeiros, juntamente com os gestores municipais, elaborarem um Protocolo de Assistência de Enfermagem à crianças baseado na AIDPI, assegurando-os juridicamente e ampliando seu campo de atuação junto à população.

4.2.2.3 Fragilidade no conhecimento sobre AIDPI

Embora a Estratégia AIDPI seja uma proposta de atendimento integral à criança, com instrumentos de avaliação que visam facilitar o trabalho do enfermeiro e tornar a consulta sistematizada, percebe-se nos discursos de algumas entrevistadas a fragilidade de seus conhecimentos, deixando evidente que os conteúdos aprendidos não ficaram memorizados, além disso, as enfermeiras não procuram atualizá-los, no sentido de se qualificar para atuar de maneira científica.

“na realidade, a dificuldade é minha, vi AIDPI na faculdade, mas não fiz um curso mais aprofundado[...]”. (E6).

“acho que a minha dificuldade é porque, às vezes, me sinto meio que mecânica para aplicar o AIDPI e aí se a gente tivesse alguma atualização ou alguém que fosse apoio da gente seria bom [...]”. (E8).

“a dificuldade é minha, porque não procuro me atualizar para aplicar, até preciso”. (E7).

Observa-se também a existência de questões que podem estar relacionadas com a falta de treinamento e atualização por parte dos enfermeiros para a aplicabilidade da AIDPI.

Enfatizamos que a última capacitação realizada em AIDPI no município de Campina Grande foi em 2002 pelo Pólo de Educação Permanente.

O enfermeiro que atua na ESF, no desenvolvimento de suas competências, necessita de conhecimentos diversos para atender aos indivíduos nos vários ciclos vitais. Contudo, a busca pelo conhecimento e habilidades técnicas deve ser estruturada para haver uma melhor efetivação das práticas.

Portanto, se faz necessário que a proposta de educação permanente seja melhor compreendida de forma que haja uma relação entre as práticas dos saberes. Tavares (2006) reafirma que a educação permanente é compreendida como sendo um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos.

Compreendida com aprendizagem no trabalho, a Educação Permanente em Saúde leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas têm. Articula e coloca diferentes sujeitos no contexto, destinando a todos um lugar de condutores dos sistemas locais de saúde para solução de problemas. Tem o desafio de estimular o desenvolvimento dos profissionais sobre um contexto de responsabilidades e necessidades de atualização, uma vez que é um processo de reflexão e crescimento com transformações, considerando, para isso, o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência (RICALDONI; SENA, 2006; BRASIL, 2005b; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

No ano de 2004, a Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde, através da constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde visou o ordenamento da formação e o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores da saúde, proporcionando um aumento na demanda de enfermeiros qualificados para o mercado de trabalho a fim de promover sua melhor inserção no mercado de trabalho tanto no âmbito público como no privado (BARBOSA, 2011).

A prática da educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, na qual os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (BRASIL, 2003).

É importante ressaltar que as relações de ensino/serviço acerca das práticas realizadas pelos enfermeiros exijam processos educativos mais amplos e problematizadores. Assim, é preciso assegurar apoio à construção de sistemas integrais de educação permanente no âmbito

do próprio serviço. Estes devem auxiliar no conhecimento de estratégias inovadoras de cuidar, favorecer o intercâmbio de experiências e a aliança entre os serviços de saúde e as instituições acadêmicas (TAVARES, 2006).

Percebe-se, portanto, a necessidade de se buscar um aprimoramento mais amplo do processo de trabalho, uma vez que o estabelecimento nas relações de aprendizado permanente favorece a uma prática mais humanizada bem como melhora os resultados. Segundo Zeferino (2008, p. 349) o cuidado em saúde configura-se em “processos de interação, operando como tecnologia de relações, de encontros, de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados”.

Ao perceber fragilidade no uso do protocolo da AIDPI, no que concerne a falta de um processo de educação permanente, nos proporciona inquietações por novas perspectivas e visões a respeito da AIDPI, uma vez que os discursos evidenciam desinteresse das enfermeiras em buscar conhecimentos para qualificação da sua prática profissional. É possível apreender a necessidade de compromissos profissionais com a saúde integral da criança para compreender as obrigações, ressaltando a responsabilidade de uma atenção à saúde integral.

Destarte a AIDPI deverá está efetivamente incorporada à atenção básica para exercer um papel de eixo norteador para as ações de saúde da criança. Para isso, é fundamental que haja investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades técnicas e humanas dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste trabalho avaliar as práticas dos enfermeiros na Estratégia de Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância, de forma que as reflexões devem ser vistas como inacabadas, uma vez que os dados empíricos avaliados estimulam novas pesquisas.

Em relação ao processo investigativo enfrentamos dificuldades, pois a última capacitação no município de Campina Grande onde foi abordado a AIDPI se deu em 2002. Outro entrave que encontramos foi à recusa de dois profissionais em participarem da pesquisa, por acharem que o estudo não iria trazer nenhuma mudança no seu cotidiano e por temerem retaliação no trabalho, caso falassem alguma coisa que envolvesse a gestão municipal.

Segundo os enfermeiros entrevistados, há facilidade na aplicação da AIDPI, uma vez que o instrumento apresenta-se sistematizado de forma a auxiliar no processo de trabalho do enfermeiro na atenção à saúde da criança. Apesar disso, outros discursos analisados demonstram fragilidades na acessibilidade ao instrumento proposto para aplicação da AIDPI, fato que repercute na dificuldade de aplicabilidade da estratégia da AIDPI.

O descumprimento de um dos requisitos básicos, repercute diretamente na assistência à criança, ocasionando, algumas vezes, hospitalização de crianças por causas que poderiam ser evitadas, haja vista que a maneira como os serviços de saúde são organizados repercute na acessibilidade, resolutividade e integralidade da assistência nos diversos níveis de saúde. Quanto as dificuldade para execução da AIDPI, verificamos nos discursos que a falta do formulário de registro da Estratégia da AIDPI para o atendimento falta de apoio para prescrever medicamento e fragilidade no conhecimento sobre a AIDPI dificultam e limitam a sistematização da AIDPI, de forma a fragilizar o processo contínuo de atendimento à criança.

Ressalta-se que a não prescrição de medicamentos, considerada barreira para um melhor desempenho dos profissionais, parece impedir que o processo de trabalho seja melhor desenvolvido.

Nesse contexto, cabe uma reflexão importante a respeito do conhecimento que os enfermeiros têm acerca da lei do exercício profissional, bem como das RDC n° 20 e n°44 da ANVISA, as quais asseguram e orientam a prescrição de medicamento. O trabalho do enfermeiro não se limita à prescrição de medicamento, pois é algo mais amplo que necessita ser melhor explorado e compreendido. Entretanto, para que o enfermeiro possa atuar conforme preconiza a AIDPI necessita prescrever medicamentos em situações em que o médico não se encontra no serviço de saúde. Essa atitude é fundamental para evitar agravamento do quadro de saúde da criança, principalmente nos lugares em que a rede de serviço de saúde é precária.

O município de Campina Grande foi um dos pioneiros na implantação da Estratégia Saúde da Família, com considerável cobertura de equipe de saúde da família. Apesar disso, há uma fragilidade quanto a não normatização de uma portaria para a aplicação da AIDPI pela enfermagem na perspectiva de promover uma melhor apropriação por partes dos enfermeiros que dele fizerem uso.

Isso é fundamental, já que a Estratégia Saúde da Família representa a porta de entrada para o serviço básico de saúde e o enfermeiro corresponde a um dos atores envolvidos na produção do cuidado em saúde.

Outras fragilidades foram evidenciadas quanto ao processo de educação permanente. Os profissionais mostraram que se sentem inseguros no momento que não acontecem atualizações ofertadas pela Secretária Municipal de Saúde bem como um aprimoramento das práticas, com busca de conhecimentos por parte dos próprios profissionais. Dessa forma, torna-se necessário o investimento na formação dos profissionais que estão atuando no contexto da saúde da família.

Salientamos a importância do estudo, já que o mesmo oportunizou avaliar as práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Campina Grande em relação a AIDPI. Portanto, este estudo pode contribuir para o processo de reflexão da estratégia AIDPI, bem como, a formação de um núcleo de educação permanente, objetivando um processo educativo contínuo, de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com objetivo de qualificação, reafirmação ou reformulação de valores, dentro das práticas da educação permanente.

O atendimento de crianças menores de cinco anos, por meio de metodologia simples, de baixo custo e de fácil aplicabilidade por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, como a referida neste estudo, pode constituir um meio importante de detecção precoce de problemas de saúde na criança, com consequente redução nas hospitalizações infantis, como também detecção de desvios do desenvolvimento neuropsicomotor e sua consequente prevenção.

Espera-se que os resultados desta pesquisa e as reflexões realizadas contribuam para avaliação da aplicabilidade do AIDPI no contexto da Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande.

Reitera-se, contudo, a necessidade de apoio e atualização do conhecimento dos enfermeiros quanto às doenças prevalentes na infância com oficinas de capacitação, para que se mantenham seguros em suas habilidades e conhecimento e continuem aplicando a AIDPI. É necessário também o apoio dos gestores de saúde, no sentido de proporcionar condições

favoráveis para o desenvolvimento das atividades realizadas na Estratégia de Saúde da Família, pois, sem este apoio, muitas das atividades propostas serão inexecutáveis, devido à grande demanda de atividades as quais o profissional é submetido e à precária infraestrutura de algumas USF.

Vê-se também a necessidade do enfermeiro buscar conhecimentos sobre suas legais atribuições, aprofundar-se nas legislações e resoluções do órgão competente, ressaltando que esse responde integralmente pelos atos praticados. Por fim, para que a estratégia da AIDPI seja efetivamente aplicada nas práticas da atenção primária em saúde, é necessário que haja um maior envolvimento dos profissionais de saúde, de políticas públicas e de pesquisas nesta área.



REFERÊNCIAS

AMARAL, J. **Avaliação do manejo de casos dos profissionais de saúde na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) em quatro estados do Nordeste do Brasil.** 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007.

ALVES, C. R. L.; VIANA, M.R. de A. **Saúde da criança: cuidando de crianças e adolescentes.** [s.l.]: Cooperativa Médica, 2006.

BENGUIGUI, Y.; STEINT, F. Integrated management of childhood illness: an emphasis on the management of infectious diseases. **Semin Pediatr Infect Dis**, v. 17, n. 2, p. 80-98, apr./2006.

BENGUIGUI, Y. et al.. **Manual AIDPI neonatal para estudantes.** São Paulo: OPAS, 2007.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 26 de Junho de 1986.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança e do Adolescente. **Marco Legal: saúde, um direito dos adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde; conceitos e caminhos a percorrer.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005c. (Série C, projetos, programas e relatórios).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília, Ed. do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, [s/d].

BRITO, M. H. A. **Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método canguru e o método tradicional.** 2008. Tese (Doutorado em Medicina). Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo: USP, 2008.

BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. de S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2011.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.

CHOPRA, M. S. et al. Efeito de uma intervenção AIDPI sobre a qualidade dos cuidados em quatro distritos em Cape Town, África do Sul. **ArchDis Criança**. v.90, n. 4, p. 397-401. 2005.

COSTA, M. B. de S.; SILVA, M. I. T. da S. Impacto da criação do PSF na atuação do enfermeiro. **Revista Enfermagem da UERJ**, v. 12, p. 272-279. 2004.

CORREA, I. Vivências do profissional da Saúde diante do familiar da criança internada no unidade pediátrica. **REME- Rev. Min Enf**; 9(3):237-242, jul/Set, 2005

DEL CIAMPO, L. et al. O Programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743. 2006.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. de. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo; v. 33, n. 2, p. 150-160, mar. 2009.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no PSF no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. 2001. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001

FIGUEIRAS, A.C. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, ago. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104>. Acesso 15 jul. 2011

FRANÇA, I. S. X de et al. Cobertura vacinal e mortalidade infantil em Campina Grande, PB, Brasil. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n. 2, p. 258-271. 2009.

GAÍVA, M. A. Munhoz. **Saúde da criança e do adolescente: contrinuições para o trabalho de enfermeiros(as)**. Cuiabá: Ed. FMT, 2006.

HIGUCHI, C. H.; et al. Atenção integrada as doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 241-247. Jun. 2011.

HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**. v. 11, n. 1, p. 188-93. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>>. Acesso em 14 fev. 2012.

IPARAÍBA. **Campina Grande**. Disponível em: <http://www.iparaiba.com.br/aparaiba/campina_grande.php>. Acesso em 10 nov. 2011.

LEMUS, F. L. et al. Construcción de un modelode gestión para la salud y el bienestar de la infancia en La implementación de la estrategia aiepi en Colombia. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá, v. 6, n. 12, p. 126-143, enero-junio/2007.

MELLO, Guilherme Arantes. **A integralidade do cuidado à criança na rede pública de saúde de campinas sob a perspectiva da atenção básica**. 2004. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Campinas, 2004.

NOVACZYK, A. B.; DIAS, N. S.; GAÍVA, M. A. M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.10, n. 4, p. 1124-37. 2008.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hos pitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 13, n. 2, p. 268-77. 2010.

PARANHOS, V.D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. de. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura, **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,v. 19, n. 1, jan-fev 2011.

PINA.J.C.**Acolhimento das crianças menores de 5 anos de idade em uma unidade de saúde da família**:contribuições da estratégia de atenção integrada as doenças prevalentes na infância.2006.135f.Dissertação (Mestrado em saúde publica) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. USP, 2006.

PRADO, S. R. L. A. **Integralidade** – um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo. Escola de enfermagem da USP, 2005.

REICHERT,A. P. da S. **Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na ESF**. 2011.142f Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco. Recife: UFPE, 2011.

RICALDONI, C. A. C.; SENA, R. R. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 837-42, nov./dez. 2006.

SALES, C. A. et al. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. **Rev. Bras. Enferm.**v. 59, n. 1, p. 20- 4. jan-fev 2006.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 229-240, abr/maio. 2005.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella et al . Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.** Sao Paulo, v. 24, n. 3, 2011 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em 14 fev. 2012.

SANTOS, C. C. **Avaliação da implementação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no Estado da Bahia.** 2004. 80f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem/UFB, Salvador: 2004.

SANTOS, M. E. A.; QUINTÃO, N. T.; ALMEIDA, R. X. Estratégias da atenção integrada às doenças na infância. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 3, p. 591-598. jul-set/2010.

SANTOS, S.R. dos S. et al. Adaptação e aplicabilidade do componente "maus-tratos" à estratégia da Atenção Integrada. **Rev. Bras. Saude Materno Infant.** Recife, v. 9, n. 3, Jul./Set. 2009.

SCHRADER, Fátima Ticianel. **A implementação do programa de saúde da família no município de Campo Verde:** desafios e perspectivas para o gerenciamento e gestão. 2007. 129f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso. 2007.

SILVA, A. C. de M. A. et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 25, n. 2, p. 349-358. 2009.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro, **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56. 2008.

SILVEIRA, Mariângela F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.42, n.5, out. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500023>>. Acesso em: 14 nov.2011.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira 2006.** Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília: UNICEF, 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm>. Acesso em: 10 jan. 2012.

VASCONCELOS, Eliane Nobrega. et al. **A normatização do cuidar da criança menor de um ano:** estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, julho-agosto, p. 1225-1234. 2009.

VERÍSSIMO, Maria De La Ó Ramallo et al. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 396-400. jul/ago 2003.

VIDAL, S. A. et al. Avaliação da aplicação da estratégia da atenção integral as doenças prevalentes na infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 3 n. 2, p. 205-213, abr./Jun. 2003.

WHO. Who's Strategy on integrated Management of Childhood illness. Bulletin of World Health Organization. Genebra: WHO, 2006.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 11, n. 1, p. 9-16. São Paulo, julho de 2011.



APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. DADOS REFERENTES A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.

Idade: _____

Sexo: () M () F

Ano do término da graduação: _____

Especialista em _____

Mestre em _____

Doutor em _____

Tempo de formação na última titulação: _____

Tempo que atua nesta área de abrangência: _____

2. DADOS REFERENTES AO OBJETO DO ESTUDO.

2.1 Como você aplica a AIDPI na sua prática profissional?

2.2 Relate as dificuldades enfrentadas por você para aplicar a AIDPI?

2.3 Quais as facilidades? Fale sobre elas?

2.4 Como você avalia a aplicabilidade da AIDPI na sua unidade de saúde da família?

Comente.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitula-se “Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância que será desenvolvida pela pesquisadora Ana Rita Ribeiro da Cunha, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba..

O objetivo da pesquisa identificar as dificuldades e facilidades das práticas dos enfermeiros que atuam na Estratégia de Saúde da Família relacionada à AIDPI.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) tem a liberdade de desistir durante o período de coleta de dados, caso venha a desejar, não sofrerá nenhuma penalidade e não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com os procedimentos requeridos. Esclareço que será assegurada sua privacidade e anonimato no momento da coleta de dados.

Solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Em todas as ocasiões o seu nome será mantido em sigilo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Campina Grande, _____ de _____ de 2011

Pesquisador
Contato – 9372 2978

Enfermeiro (a)

APÊNDICE C – Termo de Compromisso dos Pesquisadores

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo-assinado, respectivamente, autora pesquisa intitulada, “Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância” assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas Complementares, Outorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao(s) sujeito(s) da pesquisa e ao Estado, e a Resolução/CONSEPE/10/2001 de 10/10/2001.

Reafirmo minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de cinco anos após o término desta.

Campina Grande, ____ de _____ de _____ 2011

Autora da Pesquisa



ANEXOS