



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

FERNANDA FERREIRA NÓBREGA

**ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À ESTRATÉGIA
DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA -
AIDPI**

**CAJAZEIRAS – PB
2013**

FERNANDA FERREIRA NÓBREGA

**ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À ESTRATÉGIA
DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA -
AIDPI**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem - UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Edineide Nunes da Silva

**CAJAZEIRAS - PB
2013**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

N754a Nóbrega, Fernanda Ferreira

Atuação de enfermeiros da atenção básica frente à estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância - AIDPI / Fernanda Ferreira Nóbrega. Cajazeiras, 2013.

54f. : il.

Orientadora: Edineide Nunes da Silva

Monografia (Graduação) – UFCG/CFP

FERNANDA FERREIRA NÓBREGA

**ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À ESTRATÉGIA
DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA -
AIDPI**

Aprovada em ____/____/2013.

BANCA EXAMINADORA

Profª Ms. Edineide Nunes da Silva
(Orientadora)
UFCG/FSM

Profª Ms. Eliane de Souza Leite
(Membro examinador)
UFCG

Profª Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
(Membro examinador)
UFCG/FSM

**CAJAZEIRAS - PB
2013**

Dedico as minhas duas avós Ana Nóbrega Rocha (*in memória*) e Diva Ferreira Barbosa (*in memória*), duas mulheres guerreiras, que mesmo na dificuldade dedicaram a vida para a criação dos filhos e netos, lutando até seu último instante de vida, e partiram durante a minha graduação, deixando a saudade e seus ensinamentos através dos seus princípios e valores.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, nosso criador, pai de todos, por nunca ter me deixado desamparada durante os momentos difíceis, por sempre estar do meu lado ao tomar qualquer decisão e me dar forças pra continuar a minha trajetória acadêmica.

Agradeço a meus pais, Francisco de Assis Nóbrega e Davina Ferreira Nóbrega, pela dedicação e por acreditarem no meu potencial, investindo tudo que foi preciso para que esse sonho se tornasse realidade.

A minha irmã, Francynara Ferreira Nóbrega, por ter me auxiliado significativamente durante todo o meu curso, dedicando parte de seu tempo para me ajudar.

A minha família que me acolheu em Sousa, especialmente meus tios Augusto e Fatinha e minhas primas Luênya e Luziany, que me acolheram de braços abertos todo o tempo que passei por lá.

A meu namorado Wyllly Ferreira, que sempre me encorajou, incentivando para dar de mim o melhor, por ter escutado todos os meus desabafos e aguentados os meus momentos de estresse durante todo o curso, em especial agora na reta final.

A minha orientadora Edineide Nunes, pela paciência e confiança investida em mim, durante esse período de orientação, pela importante colaboração para realização deste trabalho.

As amigas que conheci durante o curso, Kalline, Janine, Livia e Wanessa, pelos quase cinco anos que juntos vivenciamos, rizadas, brigas, viagens, trabalhos, seminários, estágios, dentre outros momentos que fortaleceram nossa amizade, espero que nossa amizade não seja diluída pela distância, mas eternizada pelo compromisso de nos encontrarmos mais adiante.

A todos da minha turma de enfermagem, que mesmo com tantas brigas, permanecemos unidos, pois o mesmo sonho nos uniu para buscarmos o mesmo ideal.

A todos aqueles que contribuíram diretamente e indiretamente para que o meu sonho se tornasse realidade, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

“Você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida! Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar se não fosse o medo de tentar!”

William Shakespeare

RESUMO

NÓBREGA, F. F. **Atuação do enfermeiro da atenção básica frente à estratégia de Atenção as Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2013.

O cuidado com a criança é prioridade visto que é nessa fase da vida que o sistema nervoso está em intenso desenvolvimento, e elas são mais susceptíveis às doenças e a agravos de saúde. As doenças mais frequentes são as de origem infecciosa, tais como: pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais. No intuito de reduzir a morbimortalidade infantil foi implantada a estratégia denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, baseada em medidas de prevenção e promoção, imunização, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, objetivando a melhoria na qualidade da atenção prestada às crianças. Mediante este contexto, o presente estudo, tem por objetivo investigar a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica frente à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana da cidade de Cajazeiras - PB, a amostra foi composta por 10 enfermeiros. Os dados foram coletados mediante aplicação de um questionário, os dados objetivos foram analisados através da estatística descritiva simples, enquanto que os dados subjetivos foram tratados mediante a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin. Os resultados revelam que 60% dos entrevistados não desenvolvem a estratégia AIDPI, a grande maioria a conhece, entretanto, não consegue distingui-la da puericultura. Existem grandes dificuldades para implantação do AIDPI, dentre eles a falta de domínio sobre a temática, uma vez que 80% dos entrevistados referiu não ter sido capacitado para atuar nesta estratégia. Constatou-se que não há padronização no atendimento de crianças de acordo com o que é preconizado pelo AIDPI. Conclui-se que a situação desta estratégia no município estudado encontra-se aquém do esperado, necessitando de ajustes para uma melhor efetivação. É salutar que seja realizado a capacitação dos profissionais acerca desta temática, visto que esta ação é fundamental para a correta implementação desta estratégia, que objetiva além da redução da morbidade infantil, contribuir para a qualidade da assistência às crianças e consequente melhoria nos indicadores de saúde infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da família. Doenças na Infância. Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

NÓBREGA, F. F. **Nurse's role of primary care strategy front of the Childhood Illnesses - IMCI.** Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, 2013

The child care is a priority since it is this phase of life that the nervous system is under heavy development, and they are more susceptible to diseases and health disorders. The most frequent diseases are of infectious origin, such as pneumonia, diarrhea, intestinal parasites, meningitis, tuberculosis, malaria, measles and also nutritional disorders. To reduce infant mortality was implemented strategy called Integrated Management of Childhood Illnesses, based prevention and promotion, immunization, growth monitoring and development, aiming to improve the quality of care provided to children. Through this context, this study aims to investigate the role of primary care nurses across the strategy for Integrated Management of Childhood Illness - IMCI. It is a field research exploratory descriptive qualitative approach, performed in the Family Health Units in the urban area of the city of Cajazeiras - PB, the sample consisted of 10 nurses. Data were collected through a questionnaire, objective data were analyzed using simple descriptive statistics, while subjective data were treated by the technique of content analysis proposed by Bardin. The results reveal that 60% of respondents do not develop the IMCI strategy, the vast majority knows, however, cannot distinguish it from childcare. There are major difficulties for the implementation of IMCI, including the lack of knowledge on the subject, since 80% of respondents reported not having been able to serve in this strategy. It was found that there is no standardization in the care of children according to what is recommended by IMCI. Concludes that the situation in the city studied this strategy is less than expected, requiring adjustments for better effectiveness. It is salutary to be conducted professional training on this subject, since this action is essential to the correct implementation of this strategy, which aims besides the reduction of infant morbidity, contributing to the quality of care for children and the consequent improvement in health indicators child.

KEYWORDS: Health family. Disease in Childhood. Primary Health

LISTA DE SIGLAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISC - Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PSE - Programa de Saúde na Escola

PSF - Programa Saúde da Família

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por gênero, faixa etária, maior titulação e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família.....	28
Tabela 2 - Distribuição de USF que desenvolvem a estratégia AIDPI.....	30
Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros quanto à participação em capacitação referente à estratégia AIDPI.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 GERAL.....	14
2.2 ESPECÍFICOS.....	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA	15
3.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	17
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
3.3.1 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESF.....	20
3.4 ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA.....	21
4 METODOLOGIA.....	24
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	25
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a criança deve ser prioridade, visto que é nessa fase da vida que o sistema nervoso está em intenso desenvolvimento, sendo, portanto, mais susceptível às doenças e a agravos de saúde. Daí a importância de monitorar o processo de crescimento e o desenvolvimento infantil, no intuito de colaborar na diminuição dos índices de morbimortalidade e melhorar as condições gerais de vida da população, colocando a sobrevivência infantil como prioridade na saúde pública (SANTOS; QUITÃO; ALMEIDA, 2010).

Contudo, a redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio para o país, mesmo que nas últimas décadas, o Brasil tenha tido uma importante queda na taxa de mortalidade infantil, chegando a 16 a taxa de mortes por mil crianças menores de cinco anos. No entanto, ao compararmos esta realidade com os índices de outros países, o Brasil ainda ocupa uma posição desconfortável na tabela de mortes em crianças (BRASIL, 2013).

As doenças em crianças ocorrem com maior frequência em países em desenvolvimento, apesar das tecnologias de saúde que estes dispõem, elas se concentram nas regiões com populações mais pobres, refletindo a desigualdade social. Conforme Figueiredo; Mello (2007), as crianças são mais acometidas por doenças infecciosas, como pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais.

Neste contexto, é salutar que se tenha maior controle da morbimortalidade infantil e adequado monitoramento do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, para tanto é importante seguir as ações de promoção de saúde da criança, propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que no âmbito das doenças infantis criaram estratégia denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (SANTOS, et al., 2009).

A estratégia AIDPI foi criada com o objetivo de contribuir para a redução da morbimortalidade infantil, introduzindo medidas de prevenção e promoção no atendimento às crianças, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, melhorando a qualidade da atenção prestada a esta população. Tal estratégia visa

melhorar três componentes: o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a organização do sistema de saúde e as práticas da família e da comunidade (AMARAL, 2007).

No Brasil, um campo propício à incorporação do AIDPI é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que esta estabelece um vínculo com a população, pois procura contemplar a humanização da atenção à saúde, responsabilizando pela resolução dos problemas de saúde da comunidade. A AIDPI surgiu como uma metodologia de aplicação à saúde da criança em consonância com a atenção primária à saúde, propondo uma avaliação sistêmica dos principais fatores que afeta a saúde infantil, buscando a qualidade do atendimento (PINA, et al., 2009).

Cabe então ao profissional de saúde atuante na ESF acolher a criança e seu acompanhante de maneira humanizada, com uma visão holística, ou seja, em sua totalidade e não apenas com foco na doença, é função do profissional avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes em menores de cinco anos, sistematizar a atenção e adotar as medidas necessárias para a restituição da saúde da criança sendo fundamental ainda que o mesmo promova uma comunicação com o responsável, para que o tratamento tenha continuidade, e possa fortalecer a relação entre cuidador e profissional.

O interesse pela temática AIDPI surgiu, primeiramente, enquanto estudante de enfermagem, através das aulas da disciplina de Saúde da Criança e posteriormente no estágio supervisionado I realizado na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Cajazeiras-PB, onde foi possível evidenciar o déficit na assistência relacionada às doenças prevalentes na infância, despertando assim o interesse de aprofundar os conhecimentos acerca da temática.

Considerado a importância da atuação do enfermeiro no cuidado à criança, esta pesquisa aponta-se dos seguintes questionamentos: de que forma os enfermeiros da atenção primária da cidade de Cajazeiras - PB atuam frente às doenças mais prevalentes na infância? Quais as fragilidades e potencialidades relativas ao AIDPI vivenciadas pelos enfermeiros em sua lida diária?

Visto que a participação destes profissionais é de fundamental importância para a adequada execução desta política, assim, espera-se que a realização deste estudo possa servir como fonte de conhecimento e contribuir para uma melhor avaliação da atuação da enfermagem frente à temática.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- ✓ Investigar a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica frente à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI.

2.2 ESPECÍFICOS:

- ✓ Analisar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica acerca da estratégia AIDPI.
- ✓ Identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros em sua prática diária frente à estratégia AIDPI.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil regrediu muito, devido a ações de diminuição da pobreza, a maior cobertura da Estratégia de Saúde da Família, entre outros fatores, mas mesmo assim, ainda existe desigualdade regional e social, portanto o Brasil não atingiu a meta que é garantir a toda criança o direito a vida e à saúde. Na maioria das vezes as causas dessas mortes podem ser evitadas por ações simples no serviço de saúde. A década de 1980 se constitui num marco para a saúde pública, visto que neste período foram criadas inúmeras ações, seja elas programa ou política, com o objetivo de modificar a realidade, aumentando o acesso aos serviços de saúde, mediante a descentralização do atendimento e alteração na forma da assistência à saúde (BRASIL, 2012a).

Em virtude das grandes transformações políticas, sociais e econômicas, surgiu no século XVIII, às primeiras políticas públicas de saúde, voltadas principalmente para higiene, infância e a medicação das famílias. Nesse mesmo período, ocorreu uma organização com a família a respeito das crianças, que por sua vez saíram do anonimato e passaram a ter importância na sociedade (COSTA, et al., 2010).

A Política de Atenção à Criança, no sistema de saúde brasileiro, está ligada a saúde materna, definida então como Política de Saúde Materno-Infantil. Resultado de um processo de transformações sociais que culminou em políticas públicas de obrigação e responsabilidade do Estado. No âmbito da assistência a saúde e educação, constituindo-se em estratégia de enfrentamento das disparidades sociais. Um campo prioritário entre os cuidados à saúde da população é a atenção à saúde da criança, onde os cuidados básicos possuem certa relevância no enfrentamento dos problemas de morbidade e mortalidade, além da qualidade de vida na fase da infância (ERDMANN; SOUSA, 2009).

De acordo com os autores supracitados, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC) foi elaborado em uma ação entre o governo federal, secretarias estaduais e municipais de saúde e o Ministério da Saúde, com ênfase para ações básicas

sobre o aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, imunização e o acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. Com a elaboração deste programa, o Ministério da Saúde marca uma diretriz política, assim expandindo e consolidando a rede básica.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Alimentação de Nutrição (PNAN), com o propósito de garantir a qualidade dos alimentos, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção de distúrbios nutricionais. Posteriormente foi instituído o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), priorizando o acompanhamento de crianças menores de cinco anos que são susceptíveis a agravos nutricionais. O SISVAN é destinado ao diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população, tem como objetivo avaliar o estado nutricional para obter o diagnóstico precoce de possíveis desvios nutricionais, evitando os agravos à saúde (OTENIO, C.; OTENIO, M.; MARIANO, 2008).

Pode-se perceber de acordo com Erdmann; Sousa (2009), que apesar de todos os esforços e avanços, a assistência à criança ainda carece de melhoramentos. Desta maneira o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com foco na criança em várias áreas da atenção. A Organização Mundial de Saúde (OMS), atualmente, aponta uma linha de cuidado como estratégia, na perspectiva da atenção a saúde da criança, organizada em três eixos: anticoncepção à concepção, atenção ao parto e ao puerpério e os cuidados com o recém-nascido, (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes da infância e saúde coletiva em instituições de educação infantil). Constituído-se numa grande contribuição, como política inovadora e abrangente, representando um marco ao atendimento a saúde infantil, sendo, portanto uma possibilidade de ajudar a criança crescer e se desenvolver com todo o seu potencial.

As políticas de saúde na área da criança veem sendo desenvolvidas principalmente na rede de atenção básica, onde os programas buscam oferecer assistência no atendimento à criança. Dentre eles, destacam-se o PAISC, a ESF, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), o Projeto Acolhimento mãe e bebê, o Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e mais recentemente a estratégia AIDPI (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o sistema público de saúde brasileiro, cuja organização de seus princípios e de suas diretrizes, foram definidos na Constituição Federal, através de normas setoriais posteriormente implementadas no decorrer dos tempos. A característica deste sistema é a hierarquização, na qual a Atenção Básica em Saúde possui como procedimento básico a promoção da saúde. Essa Atenção constitui o primeiro nível de atendimento, sendo responsável não só pelo conjunto de serviços de saúde, mas também pela integração dos níveis de atenção à saúde (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2007, p. 12) a Atenção Básica se configura como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.”

Ainda de acordo com o autor supracitado, na Atenção Básica e o indivíduo é considerado em sua totalidade, respeitando sua particularidade, complexidade, integrando-o e realizando inserção sociocultural. Com relação a sua saúde a Atenção Básica, deve perceber o indivíduo como um sujeito capaz de compreender, conhecer, agir e expressar seu modo de acordo com sua vivência, cabendo assim o respeito pelos seus valores, representações e atos, reconhecendo-o como um membro da sociedade.

A atenção básica se desenvolve por meio de um conjunto de ações práticas, de relativa baixa complexidade, enfocando os problemas de saúde que são mais prevalentes em cada grupo social. As suas ações visam modificar as condições de vida da comunidade, com a função de controlar os fatores sociais e ambientais, além de estilos

de hábitos de vida, estimulando atitudes saudáveis e eliminando riscos (DEL CIAMPO, et al., 2006).

O contato preferencial dos usuários do SUS é a Atenção Básica sendo assim considerado um nível importantíssimo ao sistema. Entretanto, para uma maior integralidade da atenção, se faz necessário à existência de outros níveis, de média e alta, complexidade, para garantia das necessidades de cada usuário. Para a efetivação de todas as ações da atenção básica, é fundamental a presença de uma política de educação permanente, que seja capaz de manter os profissionais atualizados em suas habilidades e competências, permitindo a compreensão e a atuação do SUS, propiciando o fortalecimento dos princípios e diretrizes deste sistema (FARIA, et al., 2010).

É nesse contexto, que a Estratégia de Saúde da Família se baseia nos princípios da Atenção Básica possibilitando sua reestruturação, de acordo com os preceitos no SUS, e a partir de um conjunto de ações que englobam a territorialização, o planejamento, a integração e a descentralização, portanto compreende que a ESF é um importante instrumento de construção desse modelo de atenção (DEL CIAMPO, et al., 2006).

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No ano de 1994 foi implantado no Brasil como sucessor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família (PSF), que se constitui uma estratégia para a mudança do modelo assistencial, tendo como foco o indivíduo como sujeito de direitos e a equipe de saúde, constituindo-se como uma estratégia para reorientar/reorganizar/reformular o novo modelo em saúde. Trata-se de uma estratégia que tem como pressupostos básicos a universalidade de acesso e integralidade de assistência, cujo propósito da cobertura assistencial é de estender a assistência à saúde para áreas pobres e de risco, visando assim à equidade, através da proteção, da prevenção e da promoção de saúde (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Ainda, segundo os autores supramencionados, no ano de 2006 o PSF deixa de ser programa e passa a ser uma estratégia, pelo fato de que a estratégia possui tempo

permanente e contínuo, diferente do programa que é determinado. Desta forma o PSF passou a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família – ESF.

A partir da atenção básica de saúde, um dos principais métodos para a reorientação do modelo assistencial do SUS é a Saúde da Família, pois ela procura reestruturar os serviços e esclarecer as práticas profissionais na promoção da qualidade de vida da população, ou seja, na promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, portanto, sendo uma proposta inovadora com dimensões técnicas, políticas e administrativas. Ela apoia o princípio da Vigilância à Saúde, a inter e multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado sobre a população (FIGUEIREDO, 2010).

Em um espaço geograficamente delimitado, a estratégia tem como ponto central a criação de novos laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e com uma população adstrita. Portanto, a atenção é centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social, como um agente ativo de mudanças. Dessa maneira a estratégia tem caráter de processo de trabalho, baseada na territorialização e adscrição da população assistida, objetivando o cumprimento de suas metas (MENDES, 2009).

De acordo com Figueiredo (2010) a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivos a questão da situação de saúde da população em uma análise permanente e a organização e execução de suas práticas, adequando-se aos problemas existentes, sendo as suas ações relacionadas ao conhecimento e a técnica, com base na epidemiologia, no planejamento e nas ciências sociais.

As diretrizes da ESF de caráter operacional, se referindo principalmente a sua implementação. São elas: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes. A ESF é uma unidade pública de saúde, com uma equipe multiprofissional habilitada destinada a realizar atenção contínua no nível de proteção social básica, constituindo-se num serviço de saúde de primeiro contato da população, ou seja, é a porta de entrada no sistema local (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional com um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou um técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários, que devem residir no município que atuam em trabalho integral. A sua

estrutura física e equipamento deve ser adequada para garantir o bom atendimento (MAGALHÃES, 2011). É o enfermeiro que integra a equipe como coordenador, devendo estar preparado para enfrentar e resolver todos os problemas sejam eles individuais ou coletivos, de acordo com todas as limitações em relação à promoção de saúde.

3.3.1 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESF

De acordo com Andrade; Barreto (2007) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) possui uma missão, possibilitar a mudança do modelo de atenção, atualmente, centrando no fazer médico, medicalizador e hospitalocêntrico, em uma estratégia que usa um modelo de integralidade, que realiza o acolhimento, em um grupo de usuários, vinculando os problemas de saúde, sempre na promoção e proteção a saúde no campo coletivo.

Considerando a enfermagem como arte do cuidar e ciência, esta profissão vem buscando um aprofundamento em relação às discussões de sua prática, sempre reconhecendo que o cuidar é um processo, que sempre está sujeito a mudanças e a evoluções, devido às ocorrências no sistema único. O trabalho do enfermeiro é desenvolvido em dois locais: junto à equipe na unidade de saúde ou na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos agentes comunitários de saúde e prestando atendimento as pessoas que necessitem de cuidados e organizando o cotidiano da ESF (SOUZA, et al., 2012).

O enfermeiro de uma equipe de Saúde da Família desenvolve ações não só individuais, mas também coletivas, tanto na unidade em suas consultas, quanta nas visitas domiciliares, e em escolas, associações comunitárias, igrejas, entre outros espaços na comunidade. O público-alvo dos cuidados prestados envolve crianças, adolescentes, adultos e idosos, em todas as situações do processo de saúde-doença. Dentre todos os usuários assistidos pelo enfermeiro, estão às crianças, um dos grupos que são considerados prioridade na atuação da ESF, pois desde o início do século XX, a atenção à saúde da criança é uma prioridade na política do Governo Brasileiro (XIMENES NETO, et al., 2011).

Ainda, segundo os autores supracitados, devido a novos avanços e impactos no âmbito da saúde da população, a ESF teve a necessidade de descentralizar suas ações e serviços de saúde. Entre os anos de 2001 e 2002, o Ministério da Saúde, ampliou as responsabilidades da ESF, estabelecendo as áreas de atuação estratégicas mínimas, tais como: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da Diabetes *mellitus*, atenção à saúde bucal, da mulher e da criança. Na atenção à saúde da criança, as responsabilidades referidas são: promoção do aleitamento materno, avaliação do crescimento e desenvolvimento, aumento da cobertura vacinal, avaliação nutricional e assistência às doenças prevalentes na infância.

De acordo com a diversidade das condições de vida, de trabalho e em relação ao panorama epidemiológico, são identificados vários problemas e necessidades na população infantil para poder estruturar as ações. Portanto, é função do profissional que trabalha na ESF, adequar as recomendações apresentadas para o cenário de atuação, identificando prioridades e elaborando um plano de intervenção que alcance as especificidades de cada região (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE COLOMBO, 2012).

É função do profissional de saúde compreender a extensão do problema que aflige, e manter um acolhimento com a criança e seu acompanhante, propondo procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Cabe ao mesmo estabelecer uma via de comunicação com a mãe ou responsável pela criança, de modo que ela memorize as recomendações, referente aos cuidados a serem prestados no domicílio e seu tratamento, assim como apreenda a identificar os sinais sugestivos das doenças mais prevalentes na infância no seu quadro clínico e notificar seus agravos, marcando o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2003a).

3.4 ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Em consideração os princípios da atenção primária a saúde, nos últimos 16 anos foi desenvolvida pela OPAS, Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF,

a Estratégia AIDPI, que vem a acrescentar as ações específicas, contribuindo significativamente para uma melhoria no padrão de vida da criança e promoção de uma coordenação e integração das atividades prevenindo as doenças prevalentes na infância, reduzindo o número de mortes em crianças menores de cinco anos de idade (LEITE; ANDRADE; LIMA, 2011).

Quando a estratégia foi lançada no Brasil em 1996 no contexto de Estratégia de Saúde da Família, sua implantação deu-se em primeiro lugar nas regiões Norte e Nordeste, pois apresentavam os piores indicadores de saúde. Posteriormente o Ministério da Saúde adotou a AIDPI em todo o País, fazendo parte da Política de Saúde da Criança, desenvolvida com o objetivo de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade infantil em um contexto de alto risco, promovendo equidade em saúde (AMARAL, et al., 2008).

A estratégia AIDPI incorpora as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), introduzindo ainda o conceito de integralidade. Sistematizando um atendimento clínico, propondo assim um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, associando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde (COSTA, et al., 2011).

Para Mendes (2009, p. 28) a estratégia AIDPI, tem como alicerce três pilares:

“O primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o último é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, conduta e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de cinco anos de idade.”

No Brasil, houve uma adaptação da estratégia AIDPI em relação às características epidemiológicas das crianças e das normas nacionais, as condutas preconizadas foram incorporadas as normas, referente à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, principalmente as que estão relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, e ainda o controle das doenças mais prevalentes na infância tais como: desnutrição, doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas, anemia, malária, entre outras (MENDES, 2009).

A estratégia AIDPI é formada por um conjunto de critérios simplificados com a finalidade de avaliação, classificação e tratamento das doenças mais prevalentes na

infância em crianças menores de cinco anos. Possibilitando assim uma melhor resolutividade do atendimento assistido, pois está estruturalmente sob uma forma de árvore decisória ou de guia que orientam a avaliação, classificação e manejo padronizado em tais situações. Nesse mesmo sentido, a estratégia melhora a busca dessas crianças, acelerando o tratamento de urgência em crianças gravemente doentes, envolvendo os pais no cuidado efetivo da criança. Com um enfoque de medidas preventivas e de promoção da saúde com ações curativas, avaliando sinais clínicos preditivos positivos e não apenas estabelecendo o diagnóstico específico de doenças, antecipando as necessidades de encaminhamento para uma unidade de referência ou de prosseguir no tratamento no nível primário (HIGUCHI, et al., 2011).

De acordo com o autor supracitado anteriormente, em relação ao conceito de integralidade, a estratégia AIDPI, sugere um “olhar” a criança de maneira holística, como um “todo”, e não apenas o “problema”, ampliando o conceito de assistência por intermédio de todas as ações de controle específico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa sobre a atuação dos enfermeiros da atenção básica frente à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI no município de Cajazeiras-PB.

Segundo Gil (2008) as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Essa pesquisa tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

A abordagem qualitativa não se preocupa com a representatividade numérica, mas, sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos buscam explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificam os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos (suscitados e de interação) e se valem de diferentes abordagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na cidade de Cajazeiras, município brasileiro no interior do estado da Paraíba, pertence à Mesorregião do Sertão Paraibano e à Microrregião de Cajazeiras, está distante a 476 km da capital do estado, João Pessoa. Tem como limites na região a Oeste com Cachoeira dos Índios e Bom Jesus, ao sul de São José de Piranhas, a Noroeste Santa Helena, a Norte e Leste São João do Rio do Peixe e a Sudeste de Nazarezinho. Segundo os dados do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística-IBGE sua área é de 565,899 km², com sua população estimada em 58.446 habitantes (IBGE, 2010).

O município é sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que reuni Cajazeiras e outros quatorze municípios, possuindo assim, uma rede de serviços de saúde, principalmente voltadas a Atenção Primária a Saúde. Atualmente possui 16 USF, 12 estão localizadas na zona urbana e 4 na zona rural. O campo de pesquisa deste estudo foi constituído pelas 12 USF localizadas na zona urbana do referido município.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Falco (2008) população é um conjunto de indivíduos, objetos ou informações que apresentam pelo menos uma característica em comum. A amostra é uma parte representativa da população selecionada segundo métodos adequados.

A amostra da pesquisa foi composta por 10 dos 12 enfermeiros atuantes na ESF. Que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiros atuantes nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Cajazeiras-PB; ter aceitado participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos deste estudo os enfermeiros que atuam nas ESF na zona rural do município e todos os outros que não aceitaram participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

O instrumento para a coleta dos dados utilizados neste estudo foi um questionário semiestruturado formulado com perguntas objetivas e subjetivas no intuito de atingir os objetivos propostos para a pesquisa, sendo composto por duas partes, a primeira contempla os dados sócio-demográficos da amostra, na segunda parte, os dados de caracterização da atuação do enfermeiro frente à estratégia AIDPI, suas potencialidades e fragilidades.

O Questionário pode ser definido como um instrumento de investigação que tem o propósito de obter informações através de um conjunto de questões que são submetidas às pessoas, em sua construção consta a explanação dos objetivos em questões específicas, espera-se que suas respostas se adaptem aos dados requeridos, descrevendo as características da população ou testando as hipóteses construídas durante o planejamento da pesquisa (GIL, 2008).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A princípio o pesquisador apresentou-se na coordenação do curso de graduação em enfermagem para formulação de um ofício destinado a Secretária de Saúde da cidade de Cajazeiras no departamento de educação em saúde, logo após, o ofício foi encaminhado, juntamente com a cópia do projeto para fins de apresentação deste, solicitando a autorização para a coleta de dados junto aos enfermeiros da atenção básica.

Posteriormente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), através da Plataforma Brasil com a intenção de qualificar e analisar as possibilidades da pesquisa.

Após o cumprimento dos trâmites legais de aprovação da pesquisa, foi realizado o primeiro contato com os enfermeiros nas USF, ocasião em que foi feita uma explanação no projeto, com ênfase para os objetivos geral e específicos, objetivando sensibiliza-los a cerca do estudo. Em seguida, aqueles que manifestaram interesse em participar da pesquisa, assinaram o TCLE e responderam as perguntas contidas no questionário de forma individualizada respeitando os horários e a disponibilidade do profissional.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados por intermédio da estatística descritiva simples, que na visão de Falco (2008), se preocupa com a coleta, organização,

classificação, apresentação, interpretação e análise dos dados experimentais. Enquanto que os dados qualitativos foram analisados mediante a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), a qual é técnica composta pelas seguintes fases: a pré-análise, que tem o objetivo da sistematização, para que o pesquisador possa conduzir as operações sucessivas da análise; a exploração do material e por fim o tratamento dos resultados: a interferência e a interpretação dos achados.

4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO

A pesquisa foi realizada com autorização dos (as) enfermeiros (as) das Unidades de Saúde da Família, solicitada, através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa obedeceu, rigorosamente, às normas de Ética em Pesquisa, contidas, na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que regulamenta a pesquisa, envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a apresentação e discussão dos resultados obtidos, os dados foram divididos em dois momentos, primeiramente serão apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra seguidos dos dados específicos do estudo.

5.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Os dados da tabela 1 evidenciam que há predominância do gênero feminino entre os enfermeiros da ESF do município de Cajazeiras, com 90% dos participantes, enquanto que apenas 10% é do gênero masculino. De acordo com Padilha; Vaghetti; Brodersen (2006), a identidade profissional compreende a realidade brasileira, e talvez mundial, evidenciando assim que os profissionais de enfermagem são do sexo feminino. A inserção da mulher no mercado de trabalho foi de grande importância para sua sobrevivência, sua dupla jornada de trabalho, concilia o profissional com o doméstico, e desta maneira a enfermeira é o espelho em que se reflete a situação da mulher no mercado de trabalho através dos tempos.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por gênero, faixa etária, maior titulação e tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família. Cajazeiras, 2013

Variáveis	f	%
Gênero		
Masculino	1	10%
Feminino	9	90%
Faixa etária		
Entre 21 e 30 anos	3	30%
Entre 31 e 40 anos	5	50%
41 anos ou mais	2	20%
Maior Titulação		
Graduação	1	10%
Especialização	8	80%
Mestrado	1	10%
Tempo de atuação na ESF		
Menos de 1 ano	4	40%
Entre 1 e 5 anos	4	40%
6 anos ou mais	2	20%
Total	10	100%

No tocante a faixa etária verifica-se que a amostra é composta por pessoas na faixa etária de 21 a mais de 41 anos, com o predomínio da faixa etária entre 31 a mais de 41 com 70%, denotando deste modo que se trata de uma população com idade relativamente madura, profissionais que estão há mais tempo exercendo a profissão, conseqüentemente com mais atividades laborais.

Ao examinar a maior titulação dos entrevistados evidencia-se que 10% possuem apenas graduação, 80% possuem especialização e 10% possui mestrado. Dessa maneira é perceptível que a grande maioria dos profissionais enfermeiros buscam a qualificação profissional após a graduação, e isto é uma atitude muito positiva, visto que amplia o conhecimento, e contribui para uma melhor atuação profissional.

A procura dos enfermeiros por qualificação profissional vem avançando muito nesses últimos tempos, sendo a maioria dos cursos de especialização direcionados a sua área de atuação, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade do trabalho (ROCHA, et al., 2009).

A este respeito Camelo (2006), afirma que diante das mudanças existentes hoje no setor da saúde, frente à busca de uma melhor qualidade na assistência, objetivando atendimento humanizado é evidente a necessidade das instituições se preocuparem com a capacitação dos seus profissionais.

No tocante ao tempo de atuação dos profissionais de enfermagem entrevistados, observa-se que 40% possui menos de 1 ano de atuação na ESF, 40% possuem entre 1 a 5 anos e 20% possuem 6 anos ou mais de atuação. Desse modo, verifica-se que a maioria dos enfermeiros possui experiência profissional em se tratando do tempo de atuação neste nível de assistência a saúde.

Nesta parte do estudo, buscou-se compreender a situação dos entrevistados com relação a capacitação profissional para a atuação mediante a estratégia AIDPI, os dados da figura 1 disposta a seguir, evidenciam que 80% da amostra não participaram de capacitação referente a estratégia AIDPI, enquanto que apenas 20% referiam ter participado de capacitação na área, destacando que esta participação foi realizada aproximadamente há 10 anos atrás, o que de certa forma pode ser considerado como desatualizado. Este achado se constitui num ponto crítico e se contrapõe ao achado anterior onde foi visto que os profissionais possuem titulação adequada para o trabalho, atuam há muito tempo na ESF, entretanto não apresentam conhecimento satisfatório

acerca da temática abordada neste estudo e de fundamental importância para a saúde da criança.

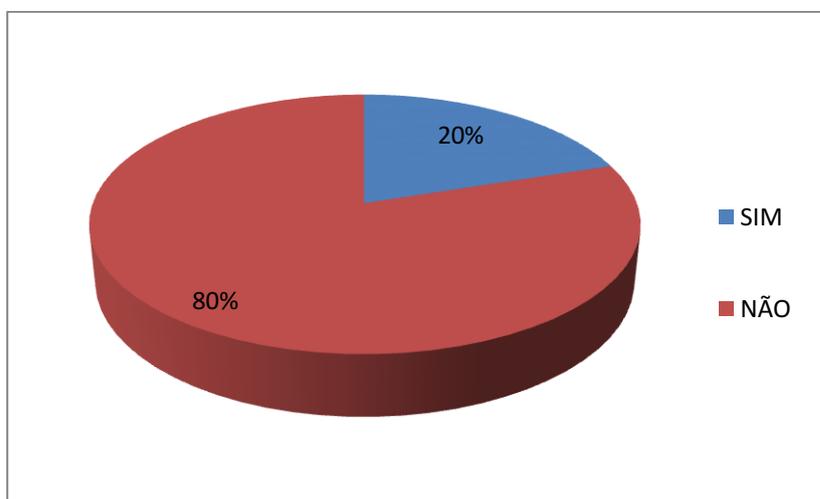


Gráfico 1 - Distribuição dos enfermeiros quanto à realização de capacitação referente à estratégia AIDPI. Cajazeiras, 2013.

Para Mendes (2009), o treinamento de profissionais para a operacionalização da AIDPI, tem o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança. Assim, avaliar todos os sintomas e sinais apresentados pela criança, classificando seu quadro e adotar a conduta adequada, promovendo qualidade na assistência prestada.

5.2 DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO

Na tabela 2 pode-se observar que apenas 40% das USF desenvolvem a estratégia AIDPI enquanto que a maioria 60% não desenvolve. Dessa maneira fica evidente que no município estudado a implementação da estratégia AIDPI encontra-se aquém do esperado, sendo portanto, um achado de cunho negativo deste estudo.

Tabela 2 – Distribuição de USF que desenvolvem a estratégia AIDPI

Variáveis	<i>f</i>	%
Sim	4	40%
Não	6	60%
Total	10	100%

Esta realidade contrapõe a afirmativa de Cunha (2012), ao enfatizar que a implementação da estratégia AIDPI, avançou por todo o território nacional desde a implantação da ESF, prioritariamente nas regiões com os piores indicadores socioeconômicos e de saúde entre a população infantil, especialmente no Nordeste brasileiro.

Esta parte do estudo apresenta os dados qualitativos, primeiramente buscou-se compreender qual a visão dos enfermeiros entrevistados acerca da estratégia AIDPI, embora esta estratégia não esteja devidamente implantada no município, verificou-se que boa parte dos entrevistados possuem conhecimento satisfatório a respeito da temática o que pode ser constatado nas falas a seguir:

“É uma estratégia para captação e tratamento o mais breve possível da criança com sinais de adoecimento”. E1

“São intervenções que nós como equipe desenvolvemos junto com as famílias para reduzir ou instigir as doenças que mais acometem os indivíduos na infância que podem levar ao óbito.” E2

“É uma estratégia para ajudar no tratamento de doenças de crianças de baixa renda, com diarreia e desnutrição”. E6

“Uma estratégia com a finalidade de reduzir à taxa de mortalidade infantil, que visa o atendimento a criança como um todo, com ênfase mais nas doenças diarreicas e respiratórias”. E9

“Estratégia que permite detectar e classificar precocemente as principais doenças e fatores de risco afetam as crianças, aprimorando práticas profissionais de tratamento e atendimento para prevenção e promoção de saúde”. E10

Percebe-se que no entendimento dos entrevistados a finalidade da estratégia é a redução da morbidade e mortalidade das crianças menores de cinco anos, dando ênfase na captação e no tratamento das doenças prevalentes na infância como: diarreia, desnutrição e os problemas respiratórios, entretanto, vê-se um equívoco no discurso E6 ao afirmar que esta estratégia é destinada as crianças de baixa renda, uma vez que o AIDPI é projetado para o atendimento de todas as crianças independente de sua classe social.

E neste contexto o profissional de enfermagem se insere a partir da realização das consultas de enfermagem a criança, buscando contemplar às atividades desenvolvidas pela estratégia AIDPI, tendo o intuito de colaborar como avanço da qualidade de atendimento oferecido, pois visa promover, proteger e recuperar a saúde da população infantil (BRANDÃO, 2012).

A estratégia AIDPI tem como objetivo o atendimento a criança “como um todo” e não apenas ao problema. Possui uma forma sistemática, que detecta e trata qualquer sinal de perigo, junto com ações curativas de medidas preventivas e de promoção à saúde, com o intuito de reduzir a mortalidade infantil contribuindo dessa forma para que a criança atinja seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento (CARDOSO; BARRETO, 2010).

Para uma melhor resolutividade na ESF, Alves; Viana (2006) afirma que a estratégia AIDPI inclui uma importante técnica de comunicação, melhorando os cuidados da criança, detectando os sinais de perigo que exigem referência imediata, além dos profissionais integrarem a prevenção na sistematização do atendimento.

Quando questionados a cerca das atividades que desenvolvem no âmbito do AIDPI 60% dos entrevistados disseram que não realizam nenhuma atividade. Os que responderam positivamente a este questionamento associam esta estratégia a procedimentos básicos da puericultura, o que pode ser visto nos discursos a seguir.

“Imunização, orientação para os familiares sobre hábitos saudáveis, alimentação com o intuito de reduzir as diarreias, parasitoses e obesidade infantil”. E2

“Relacionado ao crescimento e desenvolvimento, peso sobrepeso, entre outros.” E3

“Educação continuada, puericultura e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.” E8

“Avaliação de risco durante a gestação (pré-natal), situação da saúde da criança, avaliação de risco ao nascer, visita domiciliar, avaliação de doenças graves e infecção na puericultura, nutrição, desenvolvimento, prioridades em tratamento, orientação e comunicação regular com a genitora ou cuidador e incentivo ao aleitamento.” E10

Verifica-se a partir dos relatos acima que os enfermeiros possuem uma visão limitada acerca do desenvolvimento da estratégia AIDPI, uma vez que esta vai muito além da verificação do peso, vacinas e orientações, ela abrange um cuidado sistematizado. Contrapõe Higuchi, et al.,(2011) que a estratégia AIDPI considera o conjunto de doenças de maior prevalência na infância de forma simultânea e integrada, que propõe uma abordagem a saúde da criança com sistematização do atendimento clínico e integrando ações curativas, com medidas preventivas e promocionais.

Implementada no Brasil a mais de 16 anos a estratégia AIDPI, tendo como objetivo diminuir a mortalidade resultante das doenças prevalentes na infância Para o seu desenvolvimento é necessário um protocolo de atendimento que é usado pelos enfermeiros, uma vez que é da sua capacidade acolher estas crianças, pois elas constituem um grupo vulnerável, dessa maneira o Ministério da Saúde propõe que essa estratégia seja considerada como uma estratégia de reorientação a cerca da saúde da criança (RIBEIRO, et al. 2009).

Quando questionados acerca das dificuldades e facilidades vivenciadas no contexto da estratégia AIDPI, a maioria dos entrevistados afirma que encontram dificuldade em sua lida diária, conforme pode ser visto nos relatos a seguir:

“Porque a família tem que levar a criança até o posto de saúde e isso é muito difícil”. E3

“Geralmente não há procura para esse tipo de atendimento na UBS, os pais procuram principalmente o Hospital Infantil da cidade”. E5

“Não desenvolvo o AIDPI, mas encontro dificuldades no atendimento as crianças, pois quando doentes o responsável leva direto para o hospital”. E9

“Porque não é implantado e pela falta de capacitação que a Secretária de Saúde não nos oferece.” E6

“Pois não tenho domínio sobre o mesmo.” E7

“Porque não há uma padronização voltada para a temática.” E8

De acordo com os discursos a cima o maior entrave para o atendimento é a baixa demanda de crianças a procura do serviço uma vez que na cidade possui um hospital

infantil, e a família prefere levar seus filhos a este serviço de saúde no caso de atendimento relacionado às doenças prevalentes na infância, dessa forma os enfermeiros da ESF realizam mais atendimentos de rotina tais como: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, dentre outros.

Mendes (2009) relata que a efetivação do AIDPI, depende em primeiro lugar da família, esta deve levar a criança doente no momento oportuno a um profissional de saúde, que tem como função de assegurar o atendimento a criança. Enfatiza ainda que os pais só procuram os serviços de saúde quando seus filhos estão doentes e quando melhoram, não voltam para o serviço, dificultando deste modo a assistência integral prevista no contexto da ESF e AIDPI.

Observa-se ainda nos relatos E6, E7 e E8 em relação as dificuldades encontradas na execução da estratégia, a existência de questões relacionadas a falta de capacitação e padronização por parte dos enfermeiros, enfatizamos assim que a última capacitação realizada no referido município foi a cerca de dez anos, mas isso não justifica a falta de conhecimento a cerca da temática, pois o enfermeiro da ESF necessita estar se atualizando constantemente, para uma melhor habilidade de técnicas e assim efetivar a prática, melhorando a qualidade do atendimento.

Portanto, Cunha (2012) afirma a necessidade de educação permanente, para uma melhor relação entre as práticas dos saberes, pois a educação permanente é compreendida como um processo contínuo, com o objetivo na qualificação. Tendo o desafio de estimular o desenvolvimento dos profissionais com relação a um contexto de responsabilidades e necessidade de atualização, uma vez que é o processo de reflexão e crescimento com transformação, considerando assim, o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência.

Um fato que nos chamou bastante atenção com relação as facilidades encontradas para o desenvolvimento da estratégia AIDPI é que a grande maioria dos profissionais não citaram facilidades para o desenvolvimento desta estratégia, o que leva a crer que existem mais dificuldades do que facilidade em sua realização, o que de certa forma influência negativamente a execução desta estratégia. Entretanto, existiram profissionais que encontraram facilidades na realização da estratégia AIDPI, conforme pode ser visto nos relatos a seguir:

‘Temos uma grande abertura para intervir com nossos profissionais nas escolas.’ E2

“Pois o profissional de saúde vai avaliar as consultas de rotina para vacinação e controle de crescimento e desenvolvimento, assim como aconselhamento sobre os cuidados a serem prestados a criança”. E3

Fica evidente que no relato do E2 a facilidade encontrada na execução da estratégia AIDPI está ligada ao Programa de Saúde na Escola (PSE), considerando assim um ponto relevante, visto que um dos alicerces da estratégia é a educação em saúde que segundo o Ministério da Saúde (2009) o PSE tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Constituindo assim um lugar privilegiado para atuação da equipe da ESF, pela sua potencialidade em evitar agravos à saúde e melhorar a qualidade de vida.

Observa-se, portanto que a visão do E3 é muito pertinente corroborando isto Cunha (2012) afirma que é possível realizar através da consulta de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, as condutas curativas dirigidas às doenças e traçar ações preventivas para idade, vacinação e cuidados gerais. Deste modo, a consulta de rotina é considerada o ponto central da atenção à criança, pois é a partir dela que se dá a captação da criança para o atendimento de promoção e prevenção, possibilitando a identificação de agravos a saúde, que quando não identificados, podem ser agravados e levar ao aumento da mortalidade infantil.

De acordo com Benguigui; Cunha; Silva (2006) a AIDPI é entendida como uma estratégia apropriada para aumentar a qualidade da atenção a criança, favorecendo um melhor desempenho dos profissionais, uso adequado de medicamentos e conhecimento a cerca dos sinais de perigo. Sua metodologia é baseada em passos que proporcionam a realização de uma triagem eficaz, fornecendo todas as informações suficientes para o adequado tratamento a criança. Para isso o profissional precisa ter conhecimentos básicos, para que possa tomar decisão a cerca da classificação das doenças e escolha apropriada da conduta.

Considerando que a estratégia AIDPI é sistematizado, buscou-se compreender qual a metodologia adotada pelos enfermeiros para avaliar e classificar os sinais de perigo existentes na criança durante a consulta de rotina, o que pode ser vistos nos relatos a seguir:

“Através da anamnese e exame físico é identificado/avaliado sinais de anormalidades para encaminhamento”. E1

“Se ela é desnutrida ou não pelo IMC, através da pele, falta de hidratação”. E6

“Através da anamnese, histórico”. E7

“Consegue beber ou mamar no peito, criança vomita tudo queingere, apresentou convulsão, tosse ou dificuldade respiratória, letargia ou inconsciência, olhar fundo, sinal de pega, inquieta, bebe avidamente, diarreia, rigidez na nuca, petequias (exame físico + anamnese)”. E10

“Através da sua classe social, grau de estudo dos pais, se tem saneamento onde mora, quais os hábitos da família e da criança (álcool, fumo alimentação)” E2

“Na maioria das vezes, a avaliação dos sinais de perigo é realizado pelo profissional médico ou encaminhado ao hospital.” E5

Perante os discursos dos entrevistados é notório que a avaliação é feita através dos sinais e sintomas da criança e do que foi relatado pela mãe ou responsável, sendo feito pelo profissional de saúde a anamnese e o exame físico. Evidenciando assim que mais uma vez os entrevistados se limitam na execução da avaliação da criança, que por sua vez o Ministério da Saúde (2003b) mostra que a avaliação dos sinais de perigo, é feito de acordo com o quadro e o que a mãe relata, sempre sendo feito perguntas às mães sobre os sintomas principais que são: tosse ou dificuldade de respirar, febre e problema de ouvido. Uma criança com qualquer um desses sintomas pode ser uma doença mais seria. Além de verificar a desnutrição ou se a criança apresenta anemia. O profissional ainda deve ver a questão das vacinas e os demais problemas relatados pela mãe.

Logo após a avaliação dos sinais de perigo a estratégia AIDPI recomenda que seja realizada a classificação destes sinais, assim sendo, buscou-se compreender de que modo os enfermeiros realizam esta classificação. E um fato preocupante é que não se observa entre os entrevistados uniformidade nesta prática, ou seja, não há a

padronização da avaliação e nem da classificação de sinais de perigo, o que é visto os relatos a seguir:

“Não tenho/uso um método para classificação”. E1

“Se a criança estiver inserida num ambiente que ofereça muitos riscos ela e suas necessidades devem ser atendidas de imediato, classifico de acordo com a quantidade de risco.” E2

“Não há avaliação.” E5

“Não realizo classificação” E9

A não realização no tocante a classificação dos sinais encontrados na criança ao ser avaliada, é um ponto negativo na execução da estratégia AIDPI, que tem como metodologia classificar a doença para determinar a sua gravidade, sendo um método de importância para a identificação do tratamento da doença, desse modo, para uma melhor aplicabilidade da metodologia Mendes (2009) afirma que a classificação é feita para determinar o problema, indicados pela combinação de sinais e sintomas principais, assim a criança é classificada em cores, nas quais a vermelha que é a grave requer atenção urgente e referência hospitalar, a amarela é caso de tratamento na unidade, seja um antibiótico ou qualquer outra medicação e por último a verde que é quando a criança apenas precisa de educação em saúde com o acompanhamento.

No tocante ao tratamento a estratégia AIDPI é considerada uma estratégia chave para melhorar a saúde infantil, pois permite a detecção precoce e o tratamento efetivo das principais doenças que afetam as crianças menores de cinco anos (MENDES, 2009). Considerando este aspecto, buscou-se compreender em relação à atuação do enfermeiro frente ao tratamento da criança, o que pode ser visualizados nos relatos a seguir:

“Não realizo tratamento”. E1

“O meio biopsicossocial em que a criança está inserido, quais as necessidades dessa criança e o que podemos fazer para ajuda-la” E2

“Não há critérios” E5

“Vejo a realidade de cada família e traço um plano de cuidado.” E6

“Tratamento é do médico, o enfermeiro orienta e previne.” E8

“Traço um plano de cuidado e se for caso de medicação, encaminho.” E9

O que evidencia ainda mais o desconhecimento e a falta de preparo dos profissionais frente à estratégia AIDPI. Para Ximenes Neto, et al.(2011) foi conquistado na ESF o ato de prescrever medicamentos pela enfermagem. Para subsidiar essa atribuição a prescrição medicamentosa é atribuição de todo e qualquer profissional regulamentado, no art. 4 da RDC nº 20/2011, regulamentação da ANVISA, que cita que os enfermeiros realizam prescrições pertencentes ao programa de saúde pública, também como nos programas de rotina da instituição (COFEN, 2011).

Ao prescrever a medicação, o enfermeiro contribui de maneira significativa para a efetivação das respostas às demandas da população, sendo necessária uma maior interação com a prescrição realizada pelos enfermeiros, para assim qualificar a assistência e garantir os direitos dos profissionais de enfermagem, levando em consideração a saúde da criança os enfermeiros não devem atuar não só em relação à medicação e prescrição e sim ações preventivas e promocionais (HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Assim, a partir dos relatos percebe-se a necessidade dos enfermeiros a cerca do conhecimento da regulamentação da profissão, pois é importante destacar que os entrevistados estão, erroneamente, associando o desenvolvimento do tratamento a prescrição de medicamentos ao citarem que não realiza ou que é realizado pelo médico, não desenvolvendo assim sua autonomia profissional.

Um dos preceitos da estratégia AIDPI é a realização do aconselhamento junto a mãe ou acompanhante da criança a partir dos relatos descritos a baixo, ficou evidente que todos os enfermeiros realizam esta prática, e isto é um fato muito positivo visto que contribui para a melhoria da qualidade do atendimento:

“Realizo na UBS a puericultura, conseqüentemente a orientação é fundamental para a prevenção do adoecimento”. E1

“Quase sempre são os familiares que são orientados, devidos serem responsáveis pelo menor e terem um maior poder de intervenção.” E2

“A mãe ou acompanhante é responsável pelos cuidados realizados a criança, por isso ela deve ser orientada sobre tais”. E5

“Para que ela possa tratar da forma adequada”. E8

“A pratica mais importante principalmente na puericultura, pois da a possibilidade de toda a orientação sobre temas e como conduzir em determinada situação”. E10

Com base nos relatos, vê-se que a postura dos enfermeiros acerca do aconselhamento é satisfatória, visto que as orientações são de grande importância para o tratamento adequado, além de proporcionar a prevenção de futuras doenças nas crianças.

Conforme Brandão (2012) é através de medidas como essa que cria vínculos e laços de compromisso entre os profissionais de saúde e a população, pois a estratégia AIDPI tem como eixo a educação em saúde, onde o centro é a família, assim o profissional deve estabelecer uma boa comunicação com a mãe ou acompanhante, através de uma linguagem simples e clara, com o intuito de promover e prevenir, dando recomendações apropriadas.

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento desta a nível local, os entrevistados foram convidados a apresentar sugestões para a melhoria da estratégia AIDPI, tais sugestões estão contempladas nos relatos a seguir:

“Estimular os municípios a apoiarem o programa e fornecer respaldo para a equipe de enfermagem”. E1

“Mais capacitação profissional, maiores recurso para as famílias e profissionais”. E2

“Capacitação dos profissionais de saúde”. E4

“Uma legislação local que permitisse a implantação favorecendo realmente a autonomia do profissional de enfermagem, além de capacitação constante”. E5

“Implantação na ESF” E6

“Disponibilizar treinamento adequado para os profissionais”. E7

“Capacitar os profissionais” E8

É notório que a maioria dos entrevistados sugeriu a capacitação para todos os profissionais da saúde, uma vez que capacitados poderão desenvolver a metodologia do AIDPI adequadamente seguindo passo a passo: a avaliação e classificação da criança, identificação do tratamento, tratamento, aconselhamento a mãe ou acompanhante e consulta de retorno.

Para Leite; Andrade; Lima (2011) é fundamental para a realização do AIDPI que os profissionais sejam capacitados, assim podendo atender a perspectiva de melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança. Pois a equipe capacitada assegura a comunidade na assistência a criança não só na prevenção de doenças prevalentes, quanto na imunização, estado nutricional ou crescimento e desenvolvimento, dessa maneira seguindo o protocolo da estratégia AIDPI.

Assim, sendo necessário apoio dos superiores, no caso dos gestores da cidade, para propiciar condições adequadas a cerca do desenvolvimento à estratégia AIDPI, para um melhor respaldo, podendo assim contribuir na política de saúde, uma vez que a estratégia assegura o conceito de integralidade da assistência, aumentando assim a resolutividade a nível da atenção básica e executa a equidade, dessa forma melhorando de maneira significativa o atendimento a criança no âmbito das doenças prevalentes na infância.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou seus objetivos, uma vez que apontou a realidade da operacionalização da estratégia AIDPI no município de Cajazeiras -PB, observa-se que existem grandes lacunas a serem superadas frente a esta temática no município estudado.

A maioria dos profissionais possui conhecimento a cerca da finalidade da estratégia, entretanto, sua visão é limitada, visto que estes não conseguem dissociar o AIDPI da puericultura, e sempre associam às atividades de controle das doenças prevalentes na infância ao programa da puericultura.

Segundo os enfermeiros entrevistados, na operacionalização do AIDPI existem algumas facilidades, entretanto, existem muito mais dificuldades do que facilidades, a saber: baixa demanda de crianças a procura do serviço, falta de capacitação por parte da Secretária de Saúde, falta de domínio e padronização de atendimento relacionada à temática ficando evidente que as dificuldades repercutem de modo negativo na efetividade da estratégia.

Conseqüentemente, a baixa demanda de crianças é considerada um entrave na estratégia AIDPI, pois implica no processo de classificação de risco infantil nas unidades básicas, favorecendo a superlotação nas urgências hospitalares, com situações clínicas que na maioria das vezes poderiam ser resolvidas em nível de Atenção Básica.

Os resultados da pesquisa sugerem a necessidade do aprimoramento e de capacitação para os enfermeiros da atenção básica, uma vez que as capacitações dos enfermeiros voltadas para a AIDPI são extremamente relevantes para a qualidade da assistência as crianças e para o aumento dos indicadores de saúde infantil. Contudo, apenas a capacitação não é suficiente para um bom atendimento, sendo necessária uma prática rotineira para um melhor resultado em relação à atuação dos enfermeiros frente à estratégia AIDPI.

É necessário também o apoio dos gestores de saúde, no sentido de proporcionar condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades realizadas nas ESF, pois sem este apoio fica inviável a realização das atividades propostas. Vê-se necessário também a busca do conhecimento pela parte dos enfermeiros, visto que, para a aplicabilidade da estratégia AIDPI é necessário um maior envolvimento dos profissionais de saúde, nas políticas públicas e de pesquisas nessa área.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. R.; VIANA, M. R. de A. **Saúde da criança: cuidando de crianças e adolescentes.** [s.l.]: Cooperativa Médica, 2006.
- AMARAL, J. J. F. **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. 150 fls. Tese (doutorado) – Programa de Pós- Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas – RS, 2007.
- AMARAL, J. J. F. et al. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n.4, p. 598-606. 2008.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: História Regulamentação Financiamento Políticas Nacionais.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BENIGUI, Y.; CUNHA, A. J. L.A. da; SILVA, M. A. S. F. Panorama atual e perspectivas da AIDPI na região das Américas. In: CUNHA, A. J. L.A. da; BENIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Orgs). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: implantação e avaliação no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BRANDÃO, I. C. A. **Atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.** 2012. 97 fls. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 – 2.** Ed. rev., 1ª reimpress. Brasília, 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 /** Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, nº 24).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. p. 272 – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, CONEP. **Resolução nº 466/12 sobre a pesquisa envolvendo os seres humanos**. Brasília, 2012b.

_____, Ministério da Saúde. **Brasil-reduz-taxa-de-mortalidade-infantil.2013** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/11141/162/.html> Acesso em: 25 de Maio de 2013.

CAMELO, S. H. H. **Riscos psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família** (Tese). Ribeirão Preto –SP. Escola de Enfermagem da USP, 2006.

CARDOSO, M. D. T.; BARRETO, M. A. M. O Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: uma experiência no Internato de Saúde Coletiva do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. **Revista PRÁXIS**, ANO II, n. 4, ago. 2010.

COFEN. **Reconhecimento-Pela-Anvisa-Sobre- a- Prescrição-Medicamentosa-do-Enfermeiro.2011** Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/o-reconhecimento-pela-anvisa-sobre-a-prescriao-medicamentosa-do-enfermeiro_6908.html> Acesso em: 15 de Setembro de 2013.

COLOMBO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Manual de consulta de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança**. Colombo (PR), 2012.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p. 3229-3240. 2011.

COSTA, R. et al. **Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no brasil: reflex para a assistência neonatal**. ABEn: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

CUNHA, A. R. R. **Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. 2012. 70 fls. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa-PB, 2012.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas de suas premissas**. Universidade Federal do Maranhão, 2011.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. 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 da saúde. **O mundo da saúde**, São Paulo; v.33, n. 2, p.150-160, mar. 2009.

FALCO, J. G.. **Estatística aplicada** / Javert Guimarães Falco. Cuiabá: EdUFMT; Curitiba: UFPR, 2008. 92p.

FARIA, H. P. et al. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde** / 2. ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG,Coopmed. p.68. 2010.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor. UNA-SUS/UNIFESP, 2010.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. de. Atenção à saúde da criança no Brasil: Aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.15, n.6, nov/dez. 2007.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T.; **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Modos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HIGUCHI, C. H. et al. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev. Gaúcha Enferm.**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 242-247. 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.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades-Perfil-Paraíba-Cajazeiras**. 2010 Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?codmun=250370&search=paraiba|cajazeiras> > Acessado em 17 Jul 2013.

LEITE, M. S.; ANDRADE, A. D. A.; LIMA, L. M. D. AIDPI: conhecimentos dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju, SE. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.4, p.481-490, out/dez. 2011.

MAGALHÃES, P.L. **Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção**. Monografia (Especialização) Pós- Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto-MG, 2011.

MENDES, G. A. S. **Percepção do enfermeiro na aplicação da estratégia AIDPI nas Unidades Básicas de Saúde em Montes Claros**. Monografia (Especialização) Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Candido Mendes, Montes Claros-MG, 2009.

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, A. C. DE; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. **A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros**. Minas Gerais: Cedeplar/UFMG, 2007.

OTENIO, C.C. M.; OTENIO, M. H.; MARIANO, E. R. **Políticas públicas para criança no Brasil: o contexto histórico-social e da saúde**. Estação Ciência Online. Juiz de Fora, n. 06, ago/set. 2008.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun, 2006.

PINA, J. C. et al. Contribuições da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 142-148. 2009.

RIBEIRO, M. O. et al. Desenvolvimento infantil: a criança nas diferentes etapas de sua vida. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C.V.S. (orgs). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri-SP. Manole, 2009.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros Coordenadores de Equipes do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 229-233, abr/jun, 2009.

SANTOS, M. E. A.; QUITÃO, N. R.; ALMEIDA, R. X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção as doenças mais prevalentes na infância. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 14, n. 3, p. 591-598. jul/set, 2010.

SANTOS, S. R. et al. Adaptação e aplicabilidade do componente de “maus-tratos” à estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil. **Rev. Bras. Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 359-366, jul/set, 2009.

SOUZA, D. F. et al. **O papel do enfermeiro em uma estratégia de saúde da família: um relato de experiência**. Santa Maria-RS. Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

VIDAL, S. A. et al. **Avaliação da Aplicação da AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré – Ceará. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.11, n.1, p 9-16. São Paulo, jul, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. INFORMAÇÕES A(O) PARTICIPANTE

- 1.1.** Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa a atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil, regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes de pesquisa.
- 1.2.** Atendendo à referida Resolução, este Termo contém informações acerca do projeto de pesquisa e seu(s) responsável (eis) abaixo mencionado(s). De pleno direito, o (a) participante deverá tomar conhecimento do teor do projeto para que possa de modo esclarecido e livre de quaisquer imposições, decidir por sua inclusão, através de sua assinatura ao final do termo, ficando de posse de uma de suas vias, e a outra, de posse do pesquisador.

2. IDENTIFICAÇÃO

- 2.1 Título do Projeto de Pesquisa:** Atuação de enfermeiros da Atenção Básica frente à Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI
- 2.2 Nome do pesquisador Responsável:** Edineide Nunes da Silva
- 2.3 Nome do pesquisador participante:** Fernanda Ferreira Nóbrega
- 2.4 Instituição proponente:** Universidade Federal de Campina Grande, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras – PB, tel: 3532-2075 e 3532- 2074.
- 2.5 Finalidade:** Projeto de pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso.

3. INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA:

3.1 Justificativa: A justificativa deste estudo baseia-se no entendimento de que é necessário conhecer a atuação dos enfermeiros frente a temática, uma vez que estes profissionais são essenciais para a efetiva execução do AIDPI, espera-se que a realização deste estudo possa servir como fonte de conhecimento e contribuir para uma melhor avaliação da enfermagem no tocante a estratégia de AIDPI.

3.2 Objetivos: Investigar a atuação dos enfermeiros da Atenção Básica frente à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI; Analisar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica acerca da estratégia AIDPI; Identificar as potencialidades e fragilidades vivenciadas pelos enfermeiros em sua prática diária frente à estratégia AIDPI.

3.3 Procedimentos: Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa sobre a atuação dos enfermeiros da unidade básica frente à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI no município de Cajazeiras-PB. Os dados serão coletados após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras, através da aplicação de um questionário semi-estruturado junto aos enfermeiros que atendem os critérios de inclusão do estudo.

3.4 Riscos ou desconfortos: Riscos: o estudo em si não oferece risco potencial aos enfermeiros contudo, estes podem se sentir constrangidos, caso não saibam responder alguma pergunta do questionamento. Porém os dados serão analisados e discutidos garantindo os preceitos éticos legais e a integridade dos entrevistados.

3.5 Benefícios esperados: espera-se que as reflexões advindas da realização deste estudo possam contribuir para a efetivação da estratégia AIDPI enquanto instrumento proativo na busca de uma melhor promoção, prevenção e tratamento das doenças mais prevalentes na infância.

4. GARANTIAS A(O) PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimentos da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do(a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

4.6 Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável, que estará acessível para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras, localizado a Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras – PB, tel: 3532-2075 e 3532- 2074 que avaliou o trabalho e aprovou o Termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender seus direitos, caso manifeste esse desejo.

5. CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es): Edineide Nunes da Silva e Fernanda Ferreira Nóbrega

5.1. Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2. Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 466/12, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibiliza(m) seus dados para contato ao participante:

Dados completos do(s) pesquisador(es) para contato:

Nome: EDINEIDE NUNES DA SILVA

Endereço completo: Rua: Júlio Pajeú, 41, Cristo Rei, Cajazeiras–PB. CEP: 58900-000.

Telefone: (83) 3531-9120

E-mail: edineidens@hotmail.com

Nome: FERNANDA FERREIRA NÓBREGA

Endereço completo: Rua: Bonifácio Moura, 123, Centro, Cajazeiras –PB, CEP: 58900-000.

Telefone: (83) 9928-4046

E-mail: fernanda.ferreiran@hotmail.com

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras, PB.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**PESQUISA: Atuação de enfermeiros da atenção básica frente à estratégia de
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI**

I - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA:

01 – Gênero

Masculino Feminino

02 – Faixa etária

entre 21 e 30 anos entre 31 e 40 anos 41 anos ou mais

03 – Maior titulação:

Graduação Especialização Mestrado Doutorado

04 – Tempo de atuação na ESF:

Menos de 1 ano entre 1 e 5 anos 6 anos ou mais

05 – Já realizou alguma capacitação sobre a estratégia AIDPI?

Sim Não Se “Sim”, há quanto tempo? _____

II - DADOS ESPECÍFICOS DO ESTUDO.

1 – Na ESF que você trabalha a estratégia AIDPI é desenvolvida?

Sim Não

2 – O que você entende sobre a estratégia AIDPI?

3 – Em sua lida diária enquanto enfermeiro da Atenção Básica, você desenvolve ações no contexto da AIDPI?

Sim Não Caso positivo, por gentileza descreva as ações que você realiza: _____

4 – Você encontra dificuldades na execução do AIDPI?

5 – Você encontra facilidades na execução do AIDPI?

6 – Numa consulta de enfermagem ao avaliar uma criança como você faz a avaliação e classificação dos sinais de perigo nela existentes?

7 – Quais os critérios que você utiliza na determinação do tratamento da criança?

8 – Em sua lida diária você realiza o aconselhamento junto à mãe ou acompanhante da criança?

9 – Que sugestões você daria para o aperfeiçoamento da estratégia AIDPI

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE ANUÊNCIA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE
TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE À ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA - AIDPI”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador FERNANDA FERREIRA NÓBREGA (a), sob orientação de EDINEIDE NUNES DA SILVA está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola Programa Saúde na Escola

DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE