



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABEL CRISTINA ARAÚJO BRANDÃO

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO
INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

NATAL, RN
2012

ISABEL CRISTINA ARAÚJO BRANDÃO

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO
INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na vigilância à saúde

Grupo de Pesquisa: Enfermagem na atenção à saúde da população em diferentes fases da vida

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Akemi Iwata Monteiro

NATAL, RN

2012

Catálogo da Publicação na Fonte.
UFRN/Biblioteca Setorial Especializada de Enfermagem Profª Bertha Cruz Enders

B817a Brandão, Isabel Cristina Araújo.

Atuação do enfermeiro na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância / Isabel Cristina Araújo Brandão. - Natal, RN, 2012. 94f. : il.

Orientador: Profª Drª Akemi Iwata Monteiro.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem – Dissertação. 2. Saúde da criança – Dissertação. 3. AIDPI – Dissertação. I. Monteiro, Akemi Iwata. II. Título.

RN/UF/BSEnf

CDU: 614.39-053.2(043)

ISABEL CRISTINA ARAÚJO BRANDÃO

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, Linha de Pesquisa Enfermagem na vigilância à saúde, Grupo de Pesquisa Cuidados de Enfermagem nas Diferentes Fases da Vida, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 29/11/2012

Profª Drª Akemi Iwata Monteiro
Orientadora - Departamento de Enfermagem da UFRN

Prof Dr Ednaldo Cavalcante de Araújo
Avaliador Externo - Departamento de Enfermagem da UFPE

Profª Drª Rosineide Santana de Brito
Avaliadora Interna - Departamento de Enfermagem da UFRN

Profª Drª Raimunda Medeiros Germano
Avaliadora Interna - Departamento de Enfermagem da UFRN

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma dedicação tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo - o templo de espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”.

Florence Nightingale

Dedicatória

*Dedico esse trabalho àqueles que são a razão da minha vida:
Meus pais, Luiz Pereira Brandão e Glória Maria Craújo Brandão
Minhas irmãs Amanda Craújo Brandão e Lindalva Manoel da Silva
Meu noivo Giuseppe Roncalli Ponce Leon de Oliveira*

Agradecimento Especial

Aos meus pais-heróis, Luiz e Glória!

Paiinho e mainha, palavra alguma descreveria a dimensão do amor e gratidão que tenho por vocês, que são os meus maiores e melhores incentivadores!

Muito obrigada!

Agradecimento Especial

À professora Dra. Akemi Swata Monteiro, minha orientadora, por ter me conferido a oportunidade e o prazer de ser sua orientanda.

Professora Akemi, muito obrigada por ter acreditado e confiado no meu potencial acadêmico. Não fosse sua disponibilidade em me acolher a realização desse sonho não teria sido possível!

Agradecimento Especial

À professora Dra. Rosineide Santana de Brito por todo o apoio, amizade e carinho dedicados no transcorrer de minha formação.

Professora Rosineide, sua colaboração foi essencial e determinante para o êxito do meu trabalho. Deus, realmente, coloca anjos no nosso caminho!!!

Agradecimentos

- À Deus, por sua infinita bondade.*
- À Nossa Senhora (de todas as denominações) pela generosidade em conceder-me paz e luz nos momentos de aflição.*
- Aos meus pais, pelo inenarrável amor, dedicação e orgulho.*
- Ào meu noivo, pelos sonhos sonhados a dois.*
- Às minhas irmãs, pela felicidade compartilhada.*
- Aos meus avós, pela mágica ternura quase pueril.*
- À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por ter me acolhido como aluna de pós-graduação.*
- Ào Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade de aprendizado, crescimento e realização profissional.*
- À Pró-Reitoria de Pós-Graduação e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro.*
- À minha orientadora Akemi Swata Monteiro, Por ter me inserido no universo da criança. Pelos ensinamentos, incentivo e amizade.*
- Às professoras Rosineide Santana de Brito, Rosalda Timóteo e Bertha Enders, pelas contribuições na banca de qualificação.*
- Aos professores Ednaldo Cavalcante, Rosineide Santana de Brito, Fátima Silveira e Raimunda Germano, pelas valiosas contribuições na pré-banca e defesa da dissertação.*
- À professora Fátima Silveira, por estar sempre disponível e presente na minha caminhada de forma amável e generosa.*
- Aos colegas de turma, pelos momentos de aprendizado e convivência.*
- Ào Serviço Municipal de Saúde do município do Natal, por sediar a pesquisa.*
- Às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família participantes do estudo.*
- Às alunas de graduação Pollyanna, Daniele Isabel e Ana Luíza, pela colaboração na construção desse estudo.*

Às bolsistas de iniciação científica, Pollyanna, Ana Luíza, Gabriela, Yasmine, Nathália, Juliany, Glana e Thaynã, pelo conhecimento e alegrias compartilhados nas reuniões do grupo de estudo.

Às amigas paraibanas que constituem a família que Deus me permitiu escolher e sempre torceram pelo meu êxito, em especial, minha “mãe-acadêmica” Claudia Martiniano, Aruska, Dani, Érica e Samara.

Às amigas norte-rio-grandenses, Rodrigo Frazão, Alessandra Smith, Raimunda Silvério, Pollyanna Keitte, Débora Raquel e Conceição pelo apoio e carinho infinitos.

Às meus tios, em especial, Adauto e Inês; Carlos e Carmem; Edmundo e Marta pela acolhida, convivência e afeto.

Às meus primos e primas.

À minha afilhada Júlia.

E a todos que, de alguma maneira participaram dessa conquista.

BRANDÃO, I. C. A. **Atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada As 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.

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no município de Natal, Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva. O universo foi constituído por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, totalizando 16 participantes. Para a realização da pesquisa o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obtendo Parecer nº 187/2012. Os dados foram obtidos de duas formas: um questionário, para levantamento do perfil de formação das enfermeiras e uma entrevista guiada por um roteiro estruturado. As entrevistas foram tratadas à luz da análise categorial temática de Bardin. Os resultados permitiram identificar a temática central estudo “A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no contexto da atuação da enfermagem” e três categoria de análises: “Entendimento sobre a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância”, “Dificuldades que inviabilizam a utilização da AIDPI” e “Condições de trabalho dos enfermeiros na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância”. Observa-se que as enfermeiras consideram a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância útil, eficaz e importante para acompanhar crianças doentes dentro da lógica curativista. Entretanto desconsideram o caráter de promoção da saúde e prevenção de doenças da mesma. Constatou-se que as participantes ainda realizam o atendimento das crianças dentro do modelo biomédico e que essas mesmas profissionais são submetidas a condições de trabalho precarizadas e insalubres em virtude da falta de recursos humanos e materiais. Verificou-se que as entrevistadas não seguem os protocolos da estratégia em virtude de entraves relacionados a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, o ato médico, a falta de incentivo, capacitação e fiscalização por parte da gestão municipal de saúde e do Conselho Regional de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde da Criança, AIDPI

BRANDÃO, I. C. A. **Role of the Nurse in The strategy of Integrated Management of Childhood Illness.** 2012. 97 fls. Thesis (MA) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2012.

ABSTRACT

This study aimed to describe nurses' actions in the strategy of Integrated Management of Childhood Illness in the city of Natal, Rio Grande do Norte. This is a qualitative study with descriptive approach. The universe consisted of nurses from the Family Health Strategy, totaling 16 participants. For the research project was submitted for approval by the Ethics Committee of the Universidade Federal do Rio Grande do Norte, obtaining Opinion No. 187/2012. Data were obtained in two ways: a questionnaire survey to profile the training of nurses and an interview guided by a structured interview. Interviews were treated in the light of analysis of thematic category Bardin. The results showed the central thematic study "Integrated Management of Childhood Illness in the context of nursing activities" category and three analyzes: "Understanding the Integrated Management of Childhood Illness", "Difficulties in the use of IMCI" and "Working conditions for nurses in the Integrated Management of Childhood Illness." It is observed that nurses consider the Integrated Management of Childhood Illness useful, effective and important to keep sick children within the logic curative. However disregard the character of health promotion and disease prevention thereof. It was found that the participants still hold the attendance of crinaças within the biomedical model and that these same professionals are subjected to increasingly precarious working conditions and unhealthy due to lack of human and material resources. It was found that the interviewees do not follow the protocols of strategy because of barriers related to prescription medications by nurses, the medical, the lack of incentives, training and supervision by the municipal health and the Regional Nursing Council.

Keywords: Nursing, Child Health, IMC

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Associação Brasileira de Enfermagem (Aben)
Atenção Primária em Saúde (APS)
Conselho Federal de Medicina (CFM)
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)
Estratégia Saúde da Família (ESF)
Federação Nacional de Enfermagem (FNE)
Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (Imip)
Ministério da Saúde (MS)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC)
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)
Programa Nacional de Imunização (PNI)
Programa Saúde da Família (PSF)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Terapia de Reidratação Oral (TRO)
Unidades de Saúde da Família (USF)

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Fases de implantação da estratégia AIDPI do período de 1996 a 2001

Figura 02: Evolução da implantação e implementação de AIDPI no Brasil, 1997-2002

Figura 03: Áreas territoriais dos distritos sanitários do município do Natal

Figura 04: Representação gráfica das categorias empíricas da pesquisa.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1	ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.....	22
2.2	ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI).....	25
2.3	O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DO AIDPI	28
3	METODOLOGIA.....	33
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	34
3.2	LOCAL.....	34
3.3	PARTICIPANTES.....	35
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	36
3.5	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	36
3.6	COLETA DE DADOS.....	36
3.7	TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	37
3.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
4.2	ENTENDIMENTO SOBRE A ESTRATÉGIA AIDPI.....	42
4.3	DIFICULDADES QUE INVIABILIZAM A UTILIZAÇÃO DA AIDPI PELA ENFERMEIRA.....	51
4.4	CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS E A UTILIZAÇÃO DA AIDPI.....	60
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	72
	ANEXOS.....	85
	APÊNDICES.....	89

1 *Introdução*

O presente estudo trata da atuação dos enfermeiros na Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), implantada nos municípios do país onde havia maior incidência de doenças prevalentes na população infantil, conseqüentemente, maiores índices de mortalidade.

A problemática da mortalidade infantil ficou conhecida, nos anos de 1970, como “evento sentinela” em decorrência de os óbitos serem evitáveis por meio de atendimento prestado em serviços de saúde eficazes. Contudo, a evitabilidade nem sempre ocorria, resultando no aumento de óbitos ou lesões física das crianças. Nesse sentido, segundo Hartz, et al, (1996, p. 311)

em países onde o risco de morrer dos menores de 1 ano permanece elevado, a necessidade de se obter estimadores de qualidade que evidenciem esta problemática não é apenas uma exigência metodológica, mas ética, pois implica a “mortalidade consentida” de crianças.”.

Todavia as questões relacionadas à morbidade e mortalidade infantil se tornaram mais evidentes na década de 1980, diante da exacerbada taxa de mortalidade infantil no país, a qual atingia índices de 73 óbitos por 1000 crianças nascidas vivas. (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000). Diante disto o Ministério da Saúde propôs a criação do Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC), o qual recomendava ações no sentido de atenuar agravos que afetavam frequentemente crianças na faixa etária de 0 a 5 anos. Tal iniciativa buscava responder aos desafios frente a fatores condicionantes e determinantes da morbidade e mortalidade infantil. (FIGUEIREIDO; MELLO, 2007).

Segundo estimativas epidemiológicas de 2005, aproximadamente 500 mil crianças morrem antes dos cinco anos de idade no continente americano. A grande maioria vitimada por doenças evitáveis através da implantação de intervenções simples e a baixo custo, como: incentivo ao aleitamento materno, aplicação de vacinas, medidas de saneamento e higiene. As doenças que não podem ser evitadas podem, ao menos, ser tratadas se detectadas rapidamente através de tecnologias básicas, evitando quadros de agravamento e possíveis óbitos. (BENGUIGUI; CUNHA; SILVA, 2006).

Entretanto, Monteiro e Ferriani (2000), há já 12 anos asseguravam que uma grande parte da população infantil não tem acesso ao atendimento nos moldes da promoção e da prevenção da saúde, já que a maioria das ações ocorre baseada no

modelo de atenção curativista. Essa dificuldade pode acarretar, muitas vezes, na morbidade e mortalidade de crianças.

Embora o perfil epidemiológico do país aponte mudanças no que se refere à mortalidade infantil nas últimas décadas, ainda é comum o relato de altos índices de morbidade causados por doenças preveníveis, como as infecções respiratórias agudas e as doenças diarreicas, que muitas vezes tem como causa associada à desnutrição. (PRADO; ESCOBAR; FUJIMORI, 2002; BEZERRA-FILHO; KERR-PONTES; BARRETO, 2007).

Frente à problemática da mortalidade infantil e frente aos casos de óbitos ainda decorrentes de doenças prevalentes na infância, como infecções respiratórias, diarreias e desnutrição, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) uniram esforços para a construção de um sistema de atenção primária à saúde da criança eficiente, o que resultou no surgimento da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). (BRASIL, 2002a).

Essa estratégia foi implementada pelo Ministério da Saúde há 16 anos com o objetivo de reduzir os casos de óbitos infantis decorrentes de diarreias, infecções respiratórias agudas, desnutrição e malária. Para isso se faz necessário a utilização de protocolo de atendimento específicos usado por profissionais médicos e enfermeiros. Tal iniciativa tem como objetivo reduzir os índices de mortalidade infantil em todo o mundo, contribuindo significativamente para que crianças de 0 a 5 anos de idade suscetíveis a passar por situações de risco atinjam o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, particularmente nos países em desenvolvimento.

Adotada no Brasil em 1996, a AIDPI foi aos poucos incorporada à ESF através da atuação de enfermeiros e médicos, os quais, após capacitação específica tornam-se aptos para avaliar mais detalhadamente o estado de saúde das crianças. Esses profissionais eram também treinados para escolher condutas seguras, através da utilização de ferramentas próprias da estratégia, contribuindo, assim, para uma melhor resolubilidade na atenção da população infantil. (PINA et al, 2009).

Entretanto, a capacitação em grande escala desses profissionais, em especial os enfermeiros, resultou na formação de profissionais de saúde que ainda priorizam a ótica do “velho modelo biomédico-biologicista com enfoque curativo e orientado para a atenção individual”. (PRADO; FUJIMORI; 2006, p. 05). Esse modelo renega a

concepção do processo saúde-doença como resultado de uma determinação social, econômica e cultural.

Nessa perspectiva, na atenção à saúde da criança, a redução da morbidade e mortalidade infantil ainda tem sido um desafio para todos os atores envolvidos no processo de cuidado dessas crianças, como gestores, profissionais de saúde, pais ou responsáveis.

Partindo da compreensão de as crianças de zero a cinco anos de idade constituem o grupo mais vulnerável da comunidade, o Ministério da Saúde propõe que a AIDPI seja tomada como uma estratégia de reorientação das ações de saúde da criança no âmbito da atenção básica. Uma vez que compete ao enfermeiro a tarefa de acolher estas crianças, é necessário que haja reflexões acerca do desenvolvimento desta estratégia por enfermeiros.

Cabral e Rodrigues (2006) reconhecem que há entraves institucionais no tocante à prescrição de medicamentos pelo enfermeiro na AIDPI, o que dificulta, muitas vezes, a implantação integral da estratégia. Honório e Caetano (2009) ressaltam que em virtude das mudanças requeridas no modelo de atenção à saúde proposto pela ESF, é importante que o enfermeiro possa prescrever os medicamentos que são autorizados e normatizados pelo Ministério da Saúde a fim de qualificar a assistência e garantir os direitos dos usuários.

Nessa perspectiva, ao considerar que o grupo materno infantil responde por 73% da procura nos serviços de saúde, e do total deste percentual 60% a 80% correspondem a crianças menores de cinco anos de idade que se apresentam doentes (BRINGEL; OLIVEIRA; REICHERT, 2006), e, sendo o enfermeiro o profissional de saúde que assume grande parcela do atendimento dessa população, surgiu o seguinte pressuposto de pesquisa: A consulta de enfermagem direcionada à saúde da criança com vistas à implementação da AIDPI pode colaborar para o avanço na qualidade do atendimento ofertado, pois visa não apenas medicalizar mediante uma enfermidade, mas promover, proteger e recuperar a saúde da população infantil.

Dentro dessa perspectiva o presente estudo tece a seguinte questão de pesquisa: Como ocorre a atuação dos enfermeiros na operacionalização da Assistência Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)? Para responder a essa questão, este estudo teve como objetivo: descrever a atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no município de Natal, Rio Grande do Norte

O interesse pela temática da AIDPI surgiu, primeiramente, a partir de inquietações sentidas nos campos de estágios em saúde da criança realizados em Unidades de Saúde da Família (USF) das cidades de Campina Grande e Queimadas no Estado da Paraíba. Além disso, emergiram indagações após a capacitação em AIDPI vivenciada pela autora ainda quando aluna do curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba.

Ao ingressar como mestranda no Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) a autora teve a oportunidade de acompanhar, como docente assistida, os estágios curriculares de pré-natal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em uma USF de Natal.

Esse contato com a rotina do atendimento das enfermeiras da unidade de saúde fez a autora refletir acerca do atendimento prestado a crianças que, muitas vezes, chegavam com alguma enfermidade ao serviço, contudo não conseguiam um atendimento específico e resolutivo. Nesse caso a mãe era orientada a percorrer diversos outros estabelecimentos de saúde na tentativa de resolver problemas que, se bem conduzidos dentro da ESF evitariam desfechos indesejados.

Considera-se que a década de 1980 foi um marco decisivo para as políticas de saúde no país, as quais vêm desenvolvendo programas específicos, bem como oferecendo serviços mais eficientes, capazes de elucidar necessidades peculiares dos mais diversos grupos da população. Assim, a prática assistencial, prioritariamente curativista, passa a ser compreendida numa perspectiva mais ampla, voltada para a promoção da saúde, e não apenas a cura de doenças por intermédio de iniciativas que, mais adiante resultaria no Programa Saúde da Família (PSF). (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Convém ressaltar que no ano de 1997 o Ministério da Saúde implementou uma estratégia capaz de substituir o modelo tradicional na atenção básica através da criação de vínculos e laços de compromisso entre a população e os profissionais de maneira inter e multidisciplinar. (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007). Portanto, destaca-se que no Brasil a criação do PSF pelo Ministério da Saúde inova em sua forma de prestar assistência, tentando criar condições para que o sistema de saúde aproxime-se dos indivíduos de forma permanente. Com abordagem centrada na família, o PSF visa tornar o serviço mais humanizado, solidário e, sobretudo mais resolutivo, o que

derivaria na transposição da visão fragmentada do ser humano e conseqüentemente na compreensão integral do indivíduo em sociedade. (BRASIL, 2001a).

O desafio do PSF, mais adiante denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) é organizar um sistema embasado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Assim, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade, bem como a identificação precoce da necessidade de tratamento das doenças devem ser realizadas por meio da atuação multiprofissional. (BRASIL, 2001a).

Por várias vezes foi observado que, apesar de as enfermeiras da unidade terem capacitação em AIDPI para atuar na atenção as crianças doentes e sadias, elas não seguiam o protocolo de classificação de agravos nem realizavam as condutas ali previstas pelo Ministério da Saúde de maneira sistemática e integral. Entretanto, recorriam a alguns tratamentos propostos pela estratégia, particularmente no caso de uso de vermífugos, administração de ferro e alimentação da criança desnutrida.

Portanto, a vivência e as observações dessas experiências pela autora aliada a profícuas leituras sobre o tema, despertaram a necessidade de empenhar ainda mais esforços investigativos sobre a atuação do enfermeiro na execução da estratégia AIDPI.

2 Revisão de Literatura

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Até o final do século XIX a criança não era concebida como sendo de interesse das autoridades mundiais e durante esse período não há registros de intervenções sistemáticas sobre a saúde infantil. No transcorrer da história a concepção social da criança assumiu várias conotações e significados. A Revolução Industrial e o advento do capitalismo fizeram emergir a figura da criança concebida como um objeto de valor econômico, afetivo, educacional. (MOREIRA; DUPAS, 2003).

Naquela época os índices de mortalidade materno e infantil eram elevados e o surgimento das práticas sanitárias, em meados dos anos de 1920, deu início a preocupações relativas à higiene infantil, inspirada até então no modelo biomédico. (GOMES; ADORNO, 1990).

No início do século XX, mais especificamente no ano de 1924 na cidade de Genebra foram declarados os direitos universais da criança na Assembléia Geral das Nações Unidas. Entretanto, a sociedade atribuía pouco valor aos infantes e apenas em 1959, através de uma conferencia realizada na Assembléia Geral das nações Unidas foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, com a finalidade de certificar à criança uma infância serena, venturosa e feliz, concebendo-a como pessoa cidadã. (CAMPESTRINI, 1991).

Até o final dos anos de 1970 o mundo concebia a mortalidade infantil como o reflexo do subdesenvolvimento socioeconômico de uma nação, mensurado através de indicadores que podiam caracterizar o perfil da renda, o poder de compra, bem como o acesso da população aos serviços de saúde. (COSTA et al, 2003). Então os programas de atenção a criança possuíam caráter eminentemente curativistas, com vistas a otimizar o tratamento para a cura de determinadas doenças. (FELISBERTO, 2001)

No ano de 1978 outro olhar foi lançado sobre os problemas de saúde da população mundial, tornando “direito e dever dos povos participarem individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS, 1978, p, 01). Nesse sentido, a Declaração de Alma Ata, promovida pela OMS e UNICEF deu início a uma série de debates sobre as políticas de saúde de saúde em nível mundial, voltando-se para a Atenção Primária em Saúde (APS), com a finalidade de fomentar uma vida social e econômica produtiva para a população através de ações de saúde

voltadas para a promoção. O lema da Declaração era “Saúde para todos até o ano 2000”. (OMS, 1978)

Especificamente no Brasil, nas décadas de 1970 a 1980, possuía altos índices nas taxas de mortalidade infantil, com 73 óbitos/1000 nascidos vivos (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000). Esse evento demarcou a configuração das primeiras medidas direcionadas à atenção à saúde da criança, dentro ainda, de uma relação materno/infantil. Nesse contexto as ações seguiam a normatização das orientações políticas de um modelo de administração da saúde balizado pela centralização da assistência e pela tecnocracia dos profissionais. (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Pouco tempo depois, no ano de 1984, o Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Previdência e da Assistência Social elaborou o PAISC a partir de análises referentes às condições sanitárias e epidemiológicas do país, com a finalidade de interferir nos índices de mortalidade das crianças de 0 a 5 anos, relacionados a agravos habituais e preveníveis. Dentro dessa perspectiva cinco ações fundamentais deveriam ser desenvolvidas: incentivo ao aleitamento materno e recomendação alimentar para o primeiro ano de vida; controle da diarreia; controle das doenças respiratórias; imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nessa faixa etária. (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Em março de 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que os princípios da Reforma Sanitária Brasileira ratificaram que as transformações no setor da saúde pública transcendiam o limite de uma simples reforma administrativa, através da ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. (BRASIL, 2007).

Ainda nos anos de 1980, também foram criados programas âncoras direcionados à redução de óbitos infantis, tais como a Terapia de Reidratação Oral (TRO), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa Nacional de Imunização (PNI). A resolubilidade dessas ações foi percebida a partir da década seguinte com o visível declínio da mortalidade infantil no país. (COSTA et al, 2003)

Vale destacar que a Constituição Federal de 1988 e as Leis Nº. 8.080/90 e 8.142/90 constituem a base legal do Sistema Único de Saúde no que se refere à proteção específica à criança e ao adolescente. Nesse sentido, em 13 de julho de 1990 foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assegurando a cidadania como um direito de toda criança. O ECA estabelece que cabe ao Estado e a sociedade o

dever de zelar pela vida e a saúde dos pequenos através da efetivação de políticas públicas e sociais perante tal grupo populacional. (BRASIL, 2006a).

No âmbito dessa discussão, no ano de 1990 na cidade de Nova York houve a reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, com o objetivo de revisar as metas da Declaração de Alma-Ata que deixaram de ser cumpridas. Nesse momento, tornou-se clara a necessidade de investimentos para melhorar o acesso da população aos serviços por meio de ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos. (FELIZBERTO, 2001)

Ao participar da reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância o Brasil assinou o documento ‘Um mundo para as crianças’ se comprometendo a melhorar seus indicadores infantis, particularmente aqueles relacionados à mortalidade. (UNICEF, 2008). Em seguida, no ano de 1997 o PSF foi implantado no Brasil com o objetivo de “substituir o modelo de atenção, até então de caráter assistencialista, curativo, médico-centrado, medicalizantes e hospitalocêntrico”. (VASCONCELOS, et al, 2009, p.1226). Desde então, propõe um modelo assistencial capaz de atender às demandas de saúde da população com um novo arquétipo de operacionalização e uma abordagem do processo saúde-doença voltada para a atenção básica, particularmente ao que compete à promoção da saúde. (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

À equipe da ESF caberia, a partir de então, desenvolver ações coletivas com ênfase em ações promocionais de saúde, desenvolvidas de forma integral, considerando a criança nos espaços públicos e privados da sociedade. (BRASIL, 2004a)

No que diz respeito à atenção a saúde da criança o Ministério da Saúde incorporou a partir de 1996 a estratégia da AIDPI, cuja implantação foi priorizada nas regiões Norte e Nordeste, onde estavam registrados os maiores índices de mortalidade infantil do país. (CUNHA; SILVA; AMARAL, 2001).

Esta estratégia, desenvolvida pela OMS e pelo UNICEF, foi introduzida em 1994 primeiramente nos países africanos e asiáticos possibilitando aos profissionais de saúde desses países sistematizar a avaliação, classificação e tratamento das principais doenças infantis. Tal fato evitou a perda de oportunidades de detecção e resolução dos problemas, além de dar ênfase à promoção e prevenção da saúde infantil. (FELISBERTO, 2001).

A principal meta da AIDPI é “promover uma rápida e significativa redução da mortalidade da infância” (BRASIL, 2002a, p. 05). Também é objetivo da AIDPI proporcionar uma melhor relação entre custo e benefício das ações direcionadas as

doenças preveníveis na infância através de medidas simples e eficazes. (BRASIL, 2002a).

No ano de 2004 o Ministério da Saúde criou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil com o objetivo de apoiar a organização da assistência à criança, por meio da apresentação de ações prioritárias. Esse documento define as linhas de cuidados que devem atender as demandas de saúde da criança e considera outros espaços, além da unidade de saúde, como oportunos para a atuação dos profissionais junto aos pequenos, como creches, escolas, domicílio e espaços coletivos.

Em 2008 o UNICEF reconheceu a Estratégia Saúde da Família como responsável pela significativa redução da mortalidade infantil no país e publicou o documento “Situação Mundial da Infância – Sobrevivência Infantil”. (BRASIL, 2009).

2.2 ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI)

A OMS, a OPAS e o UNICEF concentraram esforços para implantar a estratégia AIDPI nos países com altas taxas de mortalidade infantil, com o objetivo de reduzir os índices de mortes causadas, particularmente, por desnutrição e doenças infecciosas como diarreias e infecções respiratórias. (OPAS, 1999).

A estratégia denominada Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) – AIDPI na América Latina – passou em 1994 por um pré-teste na Etiópia e foi, inicialmente implantada em países da África e Ásia a partir de 1996. (WHO, 1997). Ainda em 1996 foi expandida para outros países obedecendo ao reconhecimento de três fatos:

- a existência de áreas, regiões ou mesmo grupos de população entre os quais persistiam altas taxas de mortalidade infantil, inclusive em países com cifras de mortalidade infantil muito abaixo de 20 mil por nascidos vivos;
- o potencial oferecido pela estratégia AIDPI para adaptação do seu conteúdo segundo a realidade epidemiológica e operacional, abrindo a possibilidade de incorporar ações de prevenção, tratamento e promoção da saúde adequadas aos perfis epidemiológicos de baixa mortalidade infantil;

- a contribuição que a aplicação da AIDPI poderia dar para garantir a todos os menores de cinco anos o acesso a um padrão de qualidade apropriado que incluiria não somente o diagnóstico precoce e o tratamento efetivo das doenças, como também a prevenção e a promoção da saúde. (BENGUIGUI, CUNHA, SILVA, 2006, p. 27-28).

A AIDPI tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil por meio de medidas simples, eficazes e de baixo custo. Observa-se, ainda, que a estratégia incorpora as normas ministeriais referentes à promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das doenças mais recorrentes entre esse público e prediz seu desenvolvimento através da atuação de profissionais médicos e enfermeiros devidamente capacitados.

Ressalta-se que a AIDPI está fundamentada em três pilares básicos:

“o primeiro é a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada; o segundo é a reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e o ultimo é a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de 5 anos de idade”. (BRASIL; 2002a, p. 07).

Diante disto a estratégia propõe avaliar sistematicamente a criança, com vistas a perceber sinais de possíveis enfermidades que não constituem a causa principal da consulta, podendo, assim, passar despercebidos.

O Ministério da Saúde (2002a, p. 07) define que a sistematização do atendimento segue os seguintes passos:

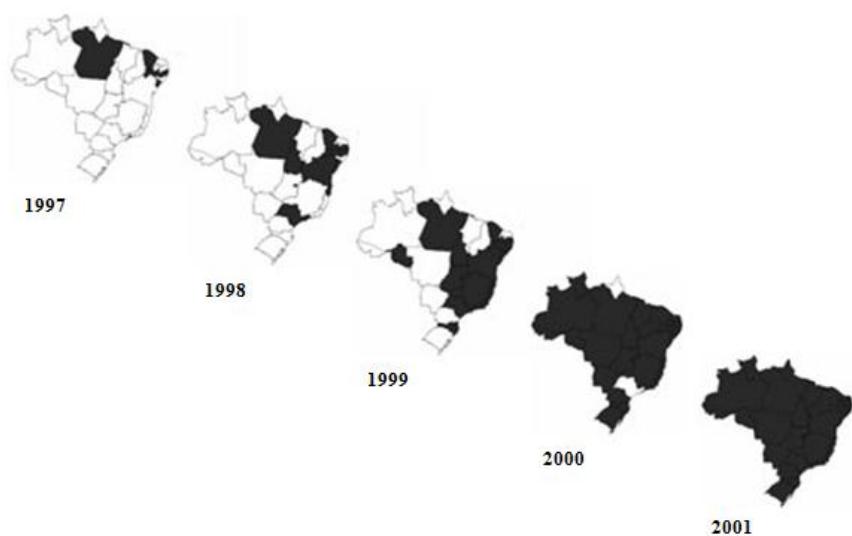
- 1 Avaliar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade ou a criança de 1 semana a 2 meses de idade;
- 2 Classificar a doença;
- 3 Identificar o tratamento;
- 4 Tratar a criança;
- 5 Aconselhar a mãe ou o acompanhante;
- 6 Atenção à criança de 1 semana a 2 meses de idade;
- 7 Consulta de retorno.

Nessa perspectiva, ‘Avaliar a criança’ demanda a realização da anamnese e exame físico completos; ‘Classificar a doença’ não significa estabelecer um diagnóstico específico, mas constitui uma categoria que identifica o tratamento diante da gravidade da doença; ‘Tratar a criança’ dispõe sobre a prescrição medicamentosa; e ‘Aconselhar a mãe ou acompanhante’ significa co-responsabilizar a família mediante o cuidado. (BRASIL, 2002a).

Segundo Felisberto, Carvalho e Samico (2000), no Brasil a AIDPI foi oficialmente adotada pelo Ministério da Saúde no ano de 1995, entretanto o material institucional foi adaptado às normas nacionais em 1996. Acrescenta-se que a implantação da estratégia nos municípios priorizou àqueles que integravam o Programa de Redução da Mortalidade na Infância, bem como os que possuíam equipes da ESF ou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e tinham índices de mortalidade infantil superior a 40/1000 nascidos vivos.

Por meio da figura 01 pode-se observar as fases de implantação da AIDPI nos estados brasileiros, a qual ocorreu no período que vai do ano de 1996 ao ano de 2001. Observa-se que o processo de implantação foi iniciado pelos Estados de Alagoas, Ceará, Pará e Pernambuco, localizados nas regiões Norte e Nordeste, todavia, no ano 2001 todos os estados do país haviam implantado a estratégia.

Figura 01: Fases de implantação da estratégia AIDPI do período de 1996 a 2001
Fonte: Brasil (2002a).



Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) em 1996 ocorreu a capacitação dos multiplicadores da AIDPI a nível nacional, bem como a adaptação do material elaborado pela OMS ao perfil epidemiológico e às normas técnicas nacionais. Os primeiros estados a iniciarem o processo de implantação no país foram Ceará, Pará, Pernambuco e Sergipe em 1997. No ano de 2002 todos os estados do território nacional haviam aderido à implantação da estratégia, mesmo que alcançando estágios diferenciados, como pode ser visualizado por meio da figura 02.

Figura 02: Evolução da implantação e implementação de AIDPI no Brasil, 1997-2002

Fonte: Brasil (2002a).



No ano de 2005 a AIDPI incorporou a vigilância do desenvolvimento infantil às suas ações, fortalecendo a visão de atendimento integral da criança por parte dos profissionais. Por meio de conhecimentos básicos acerca dos 2 primeiros anos de vida, a estratégia passou a ser desenvolvida, por médicos e enfermeiros, com o intuito de assegurar o desenvolvimento das potencialidades dos infantes, e não mais assegurar-lhes apenas a sobrevivência. (VIDAL, et al, 2006).

2.3 O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DO AIDPI

O percurso da enfermagem no Brasil ao longo da história revela importantes momentos de avanços e conquistas que retratam a evolução da profissão no país. Sem dúvidas, um marco importante nesse processo foi a firmação da consulta de enfermagem como uma atividade privativa dos enfermeiros. (VANZIN; NERY, 1996).

A consulta de enfermagem foi legalizada no Brasil através da Lei Nº. 7.498/86, a qual dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. No ano seguinte, em 1987 a lei do exercício profissional de enfermagem foi regulamentada e definida como

atividade privada aos enfermeiros através do Decreto N°. 94406/87. Particularmente no que tange à consulta de enfermagem, a mesma foi reconhecida legalmente por via da Resolução COFEN-159/1993.

Vanzin, Nery (1996) assinalam que essa atividade é a prestação coletiva ou individual de cuidados assistenciais à família e a comunidade de maneira sistêmica e continuada com a finalidade de proporcionar um tratamento adequado e precoce mediante o diagnóstico.

Segundo Gerck (2000) a consulta de enfermagem implica que o enfermeiro aplique o processo de enfermagem com a finalidade de determinar diagnósticos para uma imediata intervenção de enfermagem; além da identificação de possíveis intercorrências que careçam da avaliação e acompanhamento de outros profissionais de saúde.

Para a execução do processo de enfermagem é necessário a utilização de um método sistemático na prestação do cuidado. Esse ordenamento consiste em cinco etapas distintas: investigação; diagnóstico; planejamento; implementação e avaliação. É importante que para a aplicação do processo de enfermagem o profissional considere o indivíduo holisticamente, garantindo-lhe a prestação de um cuidado humanizado. (LEFÉVRE, 2000).

Após a implementação da consulta de enfermagem um maior número de enfermeiros desenvolve essa atividade de forma contínua, caracterizando o atendimento realizado pelo enfermeiro como generalista com foco familiar, voltado à (re)orientação do modelo hegemônico através de ações promocionais e preventivas de saúde. (SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

No campo da pediatria a consulta de enfermagem se insere como um importante marcador de resgate das práticas do cuidar e educar. Nesse processo, as crianças e suas famílias são atendidas por intermédio de ações sistematizadas que visam à promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos mesmos. (RIBEIRO; SILVA; SAPAROLLI, 2002)

Assim, a ESF tem sido apontada como a forte aliada da enfermagem no que se refere ao desenvolvimento e avanço das consultas de enfermagem em nível de atenção primária. (GOMES; NUNES, 2006; MOURA; VARGENS, 2002; VANZIN; NERY, 1996). É através desse novo modelo de atenção à criança que os enfermeiros acompanham o crescimento e desenvolvimentos dos infantes.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002b) cada contato dos serviços de saúde com a criança configura uma ocasião única para a atuação do profissional com vistas a uma análise que integre ações resolutivas às condutas de promoção da saúde, independente da causa que levou a criança ao serviço.

Por meio da consulta do crescimento e desenvolvimento o enfermeiro pode identificar demandas e respostas das condições de saúde da criança sadia ou doente, com a finalidade de captar alterações físicas e psicológicas para posteriormente traçar planos de cuidados adequados a cada situação, com vistas a considerar todos os aspectos que permeiam a vida da criança e de sua família. (RIBEIRO, et al; 2009).

Em consonância com a atenção primária a saúde, a estratégia AIDPI introduz o conceito de integralidade à saúde das crianças menores de cinco anos de idade, pois engloba o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o aleitamento materno, a imunização e o controle das principais afecções infantis (infecções respiratórias aguda, diarreia, malária, desnutrição). Tais ações permitem a interação entre as ações curativas e as medidas de promoção e prevenção, o que favorece a qualidade do atendimento. (BRASIL, 2002a).

Ressalta-se que, enquanto estratégia de reversão do modelo assistencial curativista, a ESF reorienta o processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, minimiza a estratificação entre esses profissionais e possibilita particularmente ao enfermeiro, ocupar um lugar de destaque por meio do desempenho adequado de suas atribuições. (MERHY, 1997.)

A atuação do enfermeiro na estratégia AIDPI não se limita ao atendimento das crianças e transcorre por cenários de modificações conjunturais; mais especificamente no ordenamento do modelo assistencial posto pela ESF, fundamentais para o êxito de atividades desenvolvidas em conjunto dentro de uma unidade de saúde.

Desde a implantação da AIDPI no Brasil o Ministério da Saúde capacitou profissionais enfermeiros e médicos para se tornarem multiplicadores e formadores da estratégia nos estados favorecendo o processo de disseminação da AIDPI. (BRASIL; 2002a). Nesse contexto, Santos (2003) e Santos, Quintão, Almeida (2010) afirmam que a enfermagem constitui a categoria profissional com maior contingente de profissionais capacitados em AIDPI para o desenvolvimento da estratégia no país.

Ao analisar a implantação da estratégia AIDPI em municípios do estado de Pernambuco, Samico et al (2005) assinalam que a participação dos enfermeiros foi condizente com o treinamento recebido em momento anterior, desde a concepção da

proposta de introdução da AIDPI na assistência as crianças até a execução propriamente dita.

Em determinados casos, os enfermeiros são os responsáveis por capacitar, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na estratégia da AIDPI ao passo em que os preparam para reconhecer os sinais gerais de perigo e alerta em crianças menores de cinco anos. Assim, promovem uma interação entre os problemas de saúde e os métodos de promoção e prevenção que devem ser associados às visitas domiciliares, particularmente no que se refere ao crescimento, desenvolvimento e vacinas (VIDAL et al; 2003). Tais evidências denotam o compromisso da enfermagem com a disseminação da estratégia e com o desempenho de suas atribuições.

Portanto, é necessário destacar que a estratégia AIDPI foi pensada para ser desenvolvida através de medidas de promoção e prevenção da saúde da criança, sem necessariamente recorrer a práticas hospitalares ou medicalizantes, uma vez que co-responsabiliza a família e tem grande parte de suas condutas pautada na orientação dos cuidados domiciliares por meio de ações educativas. (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b).

No tocante a promoção e prevenção de saúde Prado e Fujimori (2006) alegam que enfermeiros treinados para a atuação na estratégia AIDPI estão desempenhando com êxito o seu papel e, muitas vezes, superando o desempenho dos médicos também treinados para a mesma função. Tal apontamento reflete o fortalecimento da enfermagem, pois como afirmam Monteiro e Ferriani (2000) é necessário que o exercício das ações de enfermagem aconteça de maneira expandida, as quais não devem estar limitadas aos entraves dos programas de saúde.

Porém, trabalhos como os de Amorim et al (2006) e Santos et al (2002) sequer fazem menção a figura dos profissionais de enfermagem na AIDPI por se tratarem de pesquisa realizadas por sujeitos da categoria médica. Já Silva et al (2009) assinalam que alguns médicos concebem a validação do treinamento da AIDPI apenas para enfermeiros e outros profissionais da saúde devido a simplificação da conduta, a qual não requer nem um exame físico para a obtenção de possíveis diagnósticos. Afirmam que o treinamento em AIDPI é superficial mediante a complexidade das exigências médicas, cuja prática da mesma por enfermeiros pode incorrem em risco iatrogênico.

Guimarães e Rego (2005; p.13) asseveram que:

A ‘tecnificação’ da assistência à saúde, sua redução à aplicação de regras e rotinas simplificadas (tão caras aos tempos informatizados dos protocolos clínicos, medicina baseada em evidências e inteligência artificial aplicada à medicina), expõe de forma injusta a população de risco.

Tal questionamento retrata, mesmo que implicitamente, a manutenção da hegemonia da categoria médica em favor ao o Projeto de Lei Nº 7.703/2006. Esse projeto é popularmente conhecido por Ato Médico e define como sendo de ordem privativa aos médicos quaisquer atividades que emanem da necessidade de métodos de diagnóstico e tratamento terapêutico.

No que se refere à prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, destaca-se o fato de que desde a regulamentação do exercício profissional da enfermagem através da Lei Cofen Nº 7.498; Art.11; Inciso II; alínea c, de 1986, o enfermeiro tem autonomia para solicitar exames complementares e de rotina, bem como prescrever medicamentos e escolher a posologia dos mesmos no âmbito dos programas de saúde pública do Ministério da Saúde, a exemplo do PAISC e AIDPI desenvolvidos na estratégia Saúde da Família. (Lei COFENnº7.498/86).

Nesse sentido, ressalta-se que a atuação dos enfermeiros na AIDPI ocorre por meio da consulta de enfermagem à criança, a qual envolve componentes específicos da ESF e do ordenamento do modelo assistencial curativista, como: vigilância a saúde, organização do processo de trabalho, desenvolvimento de ações promocionais de saúde, ações preventivas e de orientações às mães. (XIMENES NETO, 2011).

3 Metodologia

3.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório e descritivo em abordagem qualitativas. Como sugere Minayo (2010; p. 57) uma pesquisa qualitativa permite “desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias”, os quais não podem ser quantificados ou reduzidos à operacionalização de variáveis. Segundo Canzonieri (2010) a pesquisa qualitativa se propõe a compreender em nível aprofundado o contexto social onde ocorrem determinados fenômenos.

Em sua tipologia, classifica-se como estudo de caso, primeiramente, pelo aprofundamento da análise de uma unidade, dada pela natureza e abrangência, como também pelo suporte teórico que serve para orientar e observar o fenômeno e suas relações estruturais, permitindo “uma investigação mais ampla e detalhada do conhecimento” (CANZONIERI; 2010; p.48).

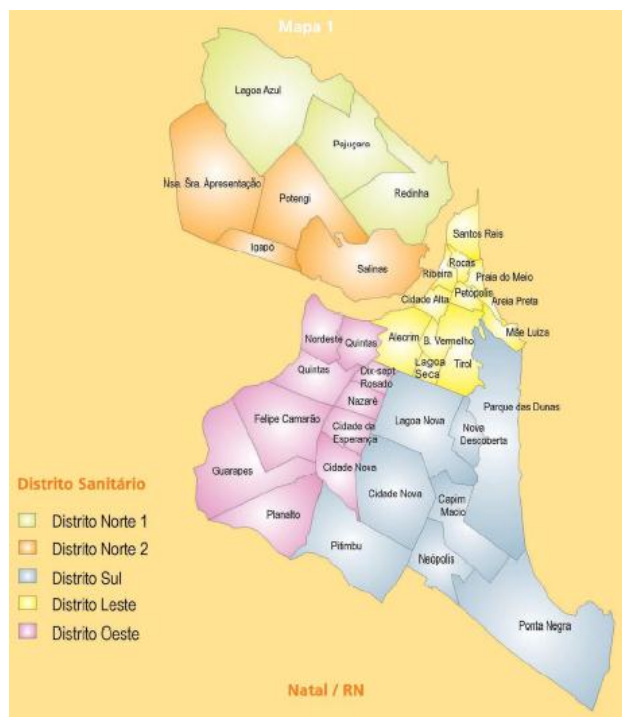
3.2 LOCAL

A pesquisa empírica foi desenvolvida em Unidades de Saúde da Família do município do Natal no estado do Rio Grande do Norte - Brasil. De acordo com o censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), nesse ano, Natal possuía uma população de 803.739 habitantes distribuídos por uma área territorial total de 167,160 km².

O município conta com os seguintes distritos sanitários: Norte 01, Norte 02, Leste, Oeste e Sul. Essa delimitação territorial foi criada para atender as demandas do Sistema Municipal de Saúde (SMS), e para tanto foram consideradas as características sócio-demográficas e sanitário-epidemiológicas de cada território, conforme pode ser visualizado na figura 03.

Figura 03: Áreas territoriais dos distritos sanitários do município do Natal

Fonte: Natal, RN, 2007



Os distritos sanitários Norte 01, Norte 02, Leste e Oeste possuem, respectivamente, 11, 09, 04 e 12 Unidades de Saúde da Família (USF), as quais abrigam, nessa mesma sequência, 29, 30, 11 e 43 equipes de saúde. Informa-se que o distrito Sul não possui nenhuma USF, motivo pelo qual foi excluído do estudo.

3.3 PARTICIPANTES

O universo foi constituído por 113 enfermeiros da ESF, dentre essas, participaram do estudo 16 profissionais. O critério de seleção seguiu os princípios do estudo qualitativo e assim foi fixado intencionalmente. Dessa forma as entrevistadas possibilitaram a apreensão da realidade na qual estão inseridas. Segundo Minayo (2010, p. 196) “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados para as participantes do estudo foram os seguintes: possuir capacitação específica em AIDPI, estar trabalhando na ESF no mínimo há dois anos. Logo, os critérios de exclusão foram: não possuir capacitação em AIDPI, trabalhar a menos de 02 anos na ESF. Ressalta-se que foi respeitada a indisponibilidade das enfermeiras em não participar da pesquisa mediante os termos estabelecidos.

3.5 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado, primeiramente, um questionário (Apêndice 01) para levantamento do perfil de formação das enfermeiras. Segundo Gil (2008, p. 121) questionário é “a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoa com o propósito de obter informações” específicas. Em seguida foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado (Apêndice 02), a qual é definida por Gil (2008, p. 109) como uma técnica desenvolvida “a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados”.

3.6 COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram identificados as enfermeiras que atuavam na ESF e possuíam capacitação em AIDPI. Essa etapa ocorreu por meio de ligações telefônicas às possíveis participantes. Mediante resposta positiva, as profissionais eram convidadas a participar da investigação, momento no qual eram agendadas as entrevistas. Ressalta-se que houve aceitação de todas as enfermeiras contatadas.

Para o registro das falas, as entrevistas foram gravadas por meio de um gravador de voz digital e transcritas na íntegra. Antecedeu a entrevista propriamente dita a

apresentação da proposta, salientando os objetivos, finalidade, e a importância da participação da entrevistada no estudo. De acordo com Minayo (2010; p. 262-263) “cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos”. O roteiro abordou questões como: consulta de enfermagem na atenção à saúde da criança, condutas utilizadas nas consultas, recursos que as USF possuem para tender a esse público, conhecimento acerca de AIDPI, papel da gestão nas ações de saúde da criança, facilidades e dificuldades na execução da AIDPI. No final, abria-se espaço para qualquer questionamento da depoente sobre a investigação.

Durante todas as etapas do estudo, utilizou-se um diário de campo, o qual permitiu anotar impressões não passíveis de serem captadas através da gravação das falas.

3.7 TÉCNICA DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, sistematizaram-se os dados a fim de proceder as análises da seguinte maneira: os resultados passíveis de quantificação foram agrupados em um quadro contendo a caracterização dos participantes do estudo, com o objetivo de apresentar o perfil de formação e profissional das entrevistadas. Enquanto os dados qualitativos, não mensuráveis em números, passaram pelo tratamento à luz da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010, p. 40), que a descreve como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

As entrevistas foram tratadas por meio da modalidade de Análise Temática que, segundo Minayo (2010, p 315) “comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”. Assim sendo, procedeu-se com leituras flutuantes e exaustivas, de modo que as respostas possibilitaram a construção de um corpus de conhecimento. Nesse, identificou-se os núcleos de sentido, os quais foram reagrupados e codificados de acordo com sua classificação semântica.

A codificação segundo Bardin (2010, p.129) “corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite emitir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto”

Por conseguinte, houve a categorização do material até então tratado de acordo com a similaridade das palavras. Desse processo foi originada a temática central “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no contexto da consulta de enfermagem”, e as três categorias temáticas seguintes: “Entendimento de enfermeiras sobre a estratégia AIDPI”, “Dificuldades que inviabilizam a utilização da AIDPI pela enfermeira” e “Condições de trabalho das enfermeiras e a utilização da AIDPI”

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Para o desenvolvimento do estudo nas Unidades de Saúde da Família foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Natal, instituição sediadora da pesquisa, a autorização para a investigação das depoentes por meio de assinatura do Termo de Autorização Institucional (Apêndice 03).

Em seguida, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em concordância com a Resolução Nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo parecer favorável nº 187/2012 e CAAE nº 0354.0.051.000-11 (Anexo 01).

Antes da realização das entrevistas com as enfermeiras todas as informações a respeito do estudo e da pesquisadora foram repassadas as mesmas, as quais assinaram o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (Apêndice 04).

Também foi solicitado que as participantes autorizassem a gravação da entrevista. Para isso foi utilizado um gravador de voz digital. Nesse momento elas assinaram o Termo de Autorização para Gravação (Apêndice 05). Durante todo o processo da pesquisa foi assegurado o anonimato das entrevistadas, bem como o direito de desistirem de participar do estudo. À autora responsável coube assinar Termo de Compromisso (Apêndice 06) em cumprir Resolução 196/96 do CNS.

Todas as informações obtidas através do questionário e das entrevistas são sigilosas e o nome das participantes não foi identificado em nenhum momento. Com a finalidade de garantir seu anonimato as depoentes foram representada pela letra “E”, acrescida do numeral equivalente a ordem da entrevista (E1, E2, E3... E16). Ressalta-se ainda que elas foram informadas sobre a participação voluntária no estudo, não acarretando em ressarcimento, pois os resultados possuem caráter exclusivamente acadêmico.

4 Resultados e Discussão

Neste item abordam-se dados sócio-demográficos que caracterizam as participantes do estudo e em seguida são apresentadas as categorias temáticas seguintes: “Entendimento de enfermeiras sobre a estratégia AIDPI”, “Dificuldades que inviabilizam a utilização da AIDPI pela enfermeira” e “Condições de trabalho das enfermeiras e a utilização da AIDPI”

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa contou com a participação de 16 enfermeiras, cujas informações referentes a elas foram agrupadas por meio de variáveis relativas à identificação, formação e situação funcional (Anexo 02).

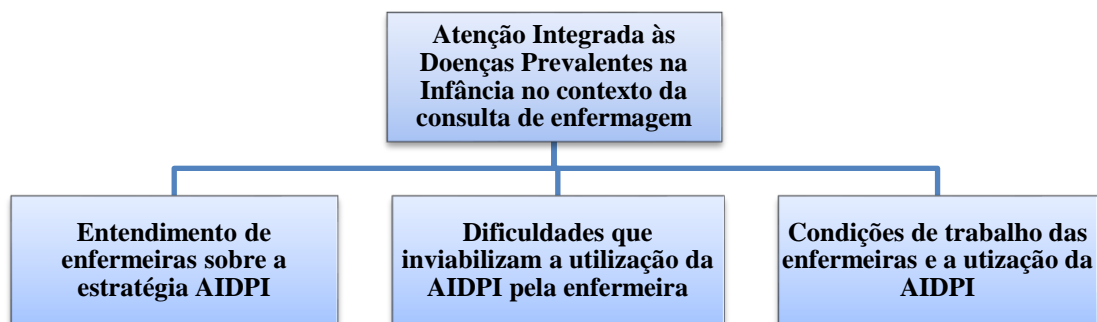
As participantes eram do sexo feminino; tinham entre 44 e 53 anos de idade; 12 residentes no município do Natal e 04 no município de Parnamirim. Das 16 entrevistadas 15 afirmaram ser formadas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e 01 pela Universidade Federal da Paraíba, sendo 12 delas na década de 1980, 02 na década de 1990 e 02 referiram não recordar o ano de formação.

Ainda em relação ao perfil de formação das entrevistadas, apenas uma enfermeira referiu não possuir nenhum tipo de pós-graduação, as demais têm pelo menos uma especialização na área da saúde; 05 afirmam ainda ser mestres em enfermagem pelo programa de pós-graduação em enfermagem/UFRN e 03 disseram ser graduadas em fisioterapia, direito e história, respectivamente.

Em relação à situação funcional, todas afirmaram trabalhar no município do Natal há mais de 10 anos e na ESF há pelo menos 5 anos, com carga horária de 40 horas semanais.

Após a descrição dos sujeitos procedeu-se o tratamento das entrevistas, de onde emergiu como temática central do estudo “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no contexto da consulta de enfermagem” e suas respectivas categorias temáticas.

Figura 04: Representação gráfica das categorias empíricas da pesquisa.



Fonte: Dados da pesquisa, Natal, 2012.

4.2 ENTENDIMENTO SOBRE A ESTRATÉGIA AIDPI

Por ser uma estratégia pensada para dar resolubilidade a problemas de saúde específicos em crianças a AIDPI é reconhecida, particularmente, por sua importância no 'fazer' do cotidiano, conforme as falas seguintes:

A AIDPI é importantíssima. Ela direciona o atendimento, a avaliação, o exame e a conduta. E1

A AIDPI é muito, muito útil. Porque com o AIDPI você classifica se é uma doença grave, se é uma coisa que você vai observar e marcar retorno. Seguindo os passos do AIDPI você descarta ou confirma uma doença grave... O que é mais importante, evita a morte! E2

Considero a AIDPI uma estratégia útil e eficaz... Considero porque ela dá resolatividade, né? Isso é que acho importante. E8

Percebe-se por meio dos relatos que a AIDPI é uma estratégia importante, a qual através de condutas sistemáticas direciona o atendimento e se mostra eficaz durante a consulta de enfermagem à criança doente. Eficácia essa diretamente relacionada a

resolubilidade proporcionada pelas práticas assistenciais por meio da AIDPI a profissional tem a chance de detectar ou não a gravidade de uma enfermidade, evitando, assim, a morte dos infantes.

Para Benguigui, Cunha e Silva (2006) a AIDPI foi percebida como uma estratégia capaz de melhorar aspectos da qualidade da atenção à criança, contribuindo para: o melhor desempenho dos profissionais, o uso adequado de medicamentos e o conhecimento dos sinais gerais de perigo da criança pelos pais e ou cuidadores.

Nesse sentido o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) propõe o desenvolvimento da estratégia através da utilização de um quadro de condutas, fator que denota importante receptividade das profissionais. Ressalta-se que as ações da AIDPI configura um protocolo ministerial de fácil manuseio e atende dentro das suas especificidades as necessidades mais frequentes da infância.

Por se tratar de uma estratégia desenvolvida sistematicamente a AIDPI segue passos predefinidos capazes de fornecer informações suficientes para a realização de uma triagem eficaz do estado de saúde da criança. Visto isso, o profissional deve dominar os conhecimentos básicos sobre a AIDPI, pois assim sua tomada de decisão será precisa no tocante a classificação da doença e escolha apropriada da conduta após interrogatório realizado no início da consulta. (SANTOS, QUINTÃO, ALMEIDA; 2010).

De acordo com Felisberto (2001) um estudo realizado no estado de Pernambuco na ESF confirmou a importância da AIDPI, bem como o grau de adesão e receptividade dos profissionais de nível superior à estratégia. Todos referiram se sentir mais seguros no atendimento às crianças e se mostraram satisfeitos por acreditar estarem prestando um serviço de maior qualidade aos usuários.

Conforme Silva et al (2009), os profissionais de saúde reconhecem a importância da AIDPI por se tratar de um instrumento que facilita o atendimento e possibilita o tratamento de doenças por meio de ações simples e eficazes, particularmente em locais desprovidos de recursos sofisticados. Para Alves (2003) a AIDPI é importante, ainda, por possuir uma técnica de comunicação específica capaz de detectar sinais gerais de perigo que demandam referencia imediata para o cuidado da criança em serviços de saúde especializados.

Vidal et al (2003) ressalta que a AIDPI, em muitas ocasiões, ultrapassam o ambiente da unidade de saúde e requer do profissional uma perspicácia voltada para a mãe ou cuidador da criança. Inicialmente são feitas perguntas a essas mães ou

cuidadoras, cujas respostas fornecem subsídios para que o profissional insira o responsável pela criança no processo do cuidar por meio, basicamente, de uma linguagem acessível visando transmitir orientações para o cuidado domiciliar da criança e elogios pelas práticas desenvolvidas corretamente pelos seus cuidadores. A relação estabelecida nesse caso pode ser considerada como uma tecnologia leve de cuidado.

Segundo Mehry (1997) uma tecnologia leve de cuidado se baseia nas relações interpessoais e subjetivas existentes entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, a considerar o acolhimento e o vínculo como novas práticas sanitárias do modelo de saúde proposto pela ESF.

As participantes referiram a oportunidade de atuarem sem reportar o modelo da consulta médica, o que pode ser constatado nas seguintes falas:

Eu gosto muito do AIDPI! Para mim foi uma surpresa boa [...]. É uma ferramenta muito legal para a gente trabalhar com a criança doente sem estar reproduzindo a consulta médica [...] ajuda a gente a traçar planos para o cuidado de uma criança doente ou egressa do hospital. E3

É muito boa essa estratégia, porque com ela a gente não segue o caminho dos outros [médicos], a gente segue aquilo que tá no protocolo e é determinado pra gente fazer na consulta de enfermagem. E16

De acordo com as depoentes a utilização da AIDPI desvincula a necessidade do atendimento estar atrelado ao modelo da consulta médica, posto que todas as condutas estão predefinidas nos protocolos do Ministério da Saúde.

Frente às transformações do modelo de atenção à saúde proposta pela ESF, tornou-se imprescindível a elaboração de protocolos assistenciais com o objetivo de, além de garantir a adequada assistência aos usuários dos serviços de saúde, apoiar o desenvolvimento das ações pela enfermagem, resguardando, dessa forma, os direitos dos usuários e profissionais. (HONORIO; CAETANO, 2009).

Os protocolos ministeriais da estratégia AIDPI foram criados com base em evidências clínicas para ser desenvolvida por médicos e enfermeiros a fim de uniformizar condutas mediante possíveis problemas de saúde da infância,

particularmente, àqueles que colocam em risco a vida dos infantes. Idealizada sob a ótica da abordagem de casos baseados em evidências a AIDPI considera a criança integralmente, proporcionam uso efetivo e racional das tecnologias disponíveis e torna o atendimento mais eficiente, uma vez que os profissionais são devidamente qualificados e habilitados para a atuação. (BENIGUI; STEIN, 2006).

Consoante, Higuch (2011) diz que a elaboração de um protocolo de atendimento integra uma proposta de educação permanente direcionada às equipes de saúde com o objetivo de proporcionar ao trabalhador da atenção básica ferramentas capazes de orientar e otimizar seu desempenho. Particularmente no caso da enfermagem, os profissionais se sentem mais seguros e autônomos mediante as funções que exercem no ambiente assistencial. Tal autonomia deve ser compreendida como a capacidade do enfermeiro tomar as decisões adequadas no cotidiano dos procedimentos assistenciais, determinado sua forma de trabalho. (MERHY, 1997).

Ao utilizar a AIDPI durante a consulta de enfermagem, o profissional identifica os problemas da criança, avalia, classifica através da normatização ministerial e segue a conduta necessária já estabelecida pelo protocolo, configurando uma importante atuação no contexto da estratégia. (VIDAL, et al, 2006).

Todavia, de acordo com as participantes, a condição de saúde da criança que procura a USF é que determina a tomada de decisão conforme segue:

Quando a criança apresenta alguma queixa, algum sintoma, aí a gente vai trabalhar em cima do sintoma. Quando tem condições de fazer medidas caseiras, paliativas, nós fazemos, quando não, aí é encaminhado para avaliação médica para conduta e tratamento. E1

A gente examina a criança, avalia, dá orientação a mãe dos cuidados e quando a gente vê que precisa de intervenção com relação a medicação aí a gente pede avaliação do médico. Mas, na maioria das vezes não precisa, só orientação de enfermagem mesmo. E2

A consulta de enfermagem a gente faz direcionada para as queixas da criança, então a gente solicita alguns exames, faz algumas prescrições dentro do que a gente pode prescrever e faz o exame físico e se for uma coisa que a gente pode resolver aqui a gente resolve se não a gente encaminha. E16

Apesar das entrevistadas relataram que consideram a AIDPI importante por se desvincular do formato de atendimento médico, não afirmam fazer uso da estratégia quando as crianças chegam aos serviços de saúde. Elas referem que a conduta irá depender do estado da criança, a qual poderá ser encaminhada para avaliação médica, em caso de doença, na perspectiva desse profissional prescrever os medicamentos apropriados a cada evento. Observa-se, ainda, que as depoentes referem utilizar medidas paliativas e desenvolver ações promocionais através de orientações de enfermagem. Entretanto, nenhuma entrevistada associou as ações promocionais e preventivas às condutas estabelecidas pela AIDPI, nem tampouco citaram utilizar a estratégia quando atendem crianças enfermas, na ausência de médicos na unidade de saúde.

Nesse sentido, é importante destacar que historicamente, os programas de atenção a saúde no país se apresentam, em grande medida, sob a forma de cuidados médico-hospitalares, com foco no tratamento das doenças. Da mesma forma ocorre com os programas de atenção à saúde da criança desenvolvidos na esfera da atenção básica, cujas ações costumam ser majoritariamente curativistas, hospitalocêntrica e medicalizantes. A assistência restringe-se as queixas com foco na aplicação de condutas curativistas, deixando-se de lado a compreensão da integralidade nos cuidados a saúde. (TRAPÉ, FUJIMORI, BERTOLOZZI; 2009).

Como instância de organização das ações de saúde, a atenção básica caracteriza-se por um complexo de atividades que, desenvolvidas individual e coletivamente, abrangem a promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde dos indivíduos. (BRASIL; 2006b).

É importante considerar que na atenção básica, assim como em outras esferas de atendimento à criança, a realização do exame físico é importante por auxiliar o enfermeiro no atendimento das necessidades dos usuários. Entretanto, embora a aplicação do exame físico inclua técnicas simples ele é caracterizado como uma prática de alta disposição para identificar disfunções orgânicas e de baixa capacidade para determinar o grau e a natureza dessas desordens. Visto isso o enfermeiro precisa estar atento ao infante para, de maneira criativa, relacionar corretamente os achados clínicos às características do crescimento e desenvolvimento, de acordo com sua idade. Salienta-se que a experiência prática aprimora o desenvolvimento das habilidades específicas do enfermeiro. (OHARA, et al; 2009).

Nos casos em que são necessárias apenas orientações, a utilização da AIDPI pode ser tomada como estratégia de atuação, pois desloca “o foco da atenção eminentemente curativo, centrado na queixa, para a avaliação integral da criança no momento do atendimento, quer seja numa situação de consulta agendada ou individual”. (SALLES, CHIESA, FRACOLLI, 2006, p. 313). Chiesa (1999) ressalta o caráter de promoção e prevenção da AIDPI ao afirmar que a principal finalidade dessa estratégia é promover uma significativa melhoria das práticas de atenção à saúde, desenvolvidas, sobretudo no primeiro nível de assistência. Assim, ações de intervenção precoce podem otimizar as chances de prevenção, detecção e tratamento de doenças, bem como educar e corresponsabilizar os familiares frente as necessidades de cuidado das crianças.

Entretanto, para as enfermeiras participantes do estudo, a importância da AIDPI também está associada aos demais membros da equipe de saúde, em especial o ACS, como pode ser percebido:

Eu acho que a AIDPI é uma iniciativa de avaliação rápida, estruturada para qualquer profissional da equipe de saúde atender a criança doente, até o Agente Comunitário de Saúde. E14

A AIDPI é muito boa, principalmente se for usada pela equipe. Não só pelo médico ou pela enfermeira, mas principalmente pelo ACS que faz parte da rotina do povo. E16

Dessa forma as enfermeiras reconheceram a importância dos demais membros da equipe desempenharem ações da AIDPI na rotina do seu trabalho. Elas se dirigiram, particularmente aos ACS pelo fato de esses profissionais conhecerem a realidade de cada família dentro de sua área de abrangência e são os primeiros a saber quando qualquer membro da família está acometido por uma enfermidade.

Sabe-se que ao ser implantada no Brasil, em 1996, a AIDPI assimilou as ações do PAISC à conceitos de integralidade propondo, assim, um novo modelo de atenção à criança no primeiro nível de assistência. Integrou medidas curativas e medidas preventivas de promoção da saúde com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado às crianças. Para tanto, foram treinados médicos, enfermeiros, e em alguns casos ACS, sendo esses últimos responsáveis por ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, sobretudo, o público infantil. (VIDAL et al, 2006).

O treinamento dos ACS requereu adaptações do material institucional da AIDPI por técnicos do MS e do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Após a fase de adaptação foram lançadas duas publicações específicas para esses profissionais: ‘Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)’ e ‘Atenção Básica à Saúde da Criança – Texto de Apoio para Agentes Comunitários de Saúde’. (BRASIL, 2001b, 2001c).

Um estudo realizado por Vidal et al (2006) com ACS nas cidades de Recife e Olinda no estado de Pernambuco evidenciou que esses trabalhadores, após treinados por enfermeiros, foram capazes de identificar sinais gerais de perigo e de alerta nos bebês menores de dois meses e nas crianças de dois meses até os cinco anos. O mesmo estudo mostrou que a aplicação da AIDPI pelo ACS integrou a abordagem dos problemas de saúde mais recorrentes entre as crianças às ações de promoção e de prevenção por meio de uma avaliação sistemática que contempla orientações sobre: vacina, alimentação, estado nutricional e aleitamento materno.

Nessa abordagem os mesmos autores afirmaram que por meio dos ACS a estratégia AIDPI se torna mais importante e amplia seu alcance, posto que a rotina de trabalho desse profissional o faz adentrar os lares de crianças desde os primeiros anos de vida, a fim de ali desenvolverem ações de promoção e prevenção. Entretanto ressaltam a necessidade de maiores esforços, no sentido de investir em treinamentos, supervisão e apoio para que as ações dos ACS possam produzir impactos positivos e significantes nos indicadores de saúde da população.

Por ser o enfermeiro um agente educador, no âmbito da atenção básica, as eles partilham informações e conhecimentos com os pais deixando-os cientes da situação da criança e reforçando o compromisso dos cuidadores em desenvolver condutas necessárias. (CARABOLANTE; FERRIANI, 2003). Nesse sentido, algumas das atividades realizadas pelas entrevistadas são norteadas pelo vínculo existente na relação com as mães das crianças, conforme as falas:

Tanto elas trazem pra fazer aquele acompanhamento regular do CD, sem necessariamente a criança “tá” doente, vindo com, realmente, o objetivo que é o CD; como também pela ligação que elas têm com a gente. E6

Geralmente elas confiam em nós profissionais, principalmente no 1º ano de vida. Há uma necessidade delas acompanharem seus filhos, até porque elas já vem do pré-natal, e a gente já enfatiza no pré-natal o acompanhamento do CD. E4

Atualmente, eu acho que elas vão procurando esclarecer dúvidas, procurando acolhimento, procurando conversar, procurando segurança, né? [...] A relação, a subjetividade da relação ali, a segurança, o afeto, o acolhimento. E9

As colocações das participantes expressaram o vínculo existente entre elas e as mães das crianças, fator que resulta em corresponsabilidade do cuidado. Verifica-se que, através das relações estabelecidas durante o atendimento é possível que as enfermeiras apreendam necessidades de saúde de mães e filhos, tal como terem o crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhados.

Percebe-se ainda a mudança de mentalidade das cuidadoras, pois não esperam suas crianças adoecerem para procurar o serviço de saúde. Todavia, existem obstáculos na atenção a saúde da criança que resultam em desfechos como: enfermidades, situações socioeconômicas diversas, percepção de valores familiares diferenciados, experiências distintas na forma do cuidar das crianças.

Visto por essa perspectiva, o atendimento é configurado por idas ao serviço de saúde e voltas para casa. “O voltar para casa é voltar para si, mas as mães/família desejam voltar para casa amparadas pela palavra, pela escuta, pelo vínculo e pelo cuidado”. (MELLO, TONETE, SILVA; 2009, p. 56). Na ESF o vínculo, ou a aproximação entre o profissional de saúde e o usuário (re)orienta o modelo de saúde curativista, o qual ocorre em virtude das relações subjetivas e afetivas criadas a partir do atendimento. Destaca-se o incentivo à cidadania e autonomia exercida pelo profissional para com o usuário, visto este ser estimulado e chamado a participar do processo de conquista de sua saúde. (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004,b).

Conforme asseguram Monteiro e Ferriani (2000), a enfermagem deve atuar de maneira ampliada em parceria com outros sujeitos – profissionais e usuários -, sem se subverter aos limites impostos pelos programas de saúde. Assim, a implementação de ações terapêuticas pelas enfermeiras, por si só, não garantem o êxito da ação e a apropriação rápida pelos sujeitos envolvidos, pois essa prática requer exercício de

compartilhamento de construção e reconstrução contínua entre pais e profissionais. (MELLO, TONETE, SILVA; 2009).

Nesse sentido, o vínculo propicia o desenvolvimento de ações de saúde mais eficazes, uma vez que o usuário passa a ser visto como um sujeito de direitos, possuidor de responsabilidade e compromisso com sua situação de saúde. O êxito das ações dependerá da corresponsabilidade entre usuário e profissional.

Assinala-se que um fator importante na atuação das enfermeiras no atendimento às crianças é a vontade e o interesse das mães acompanharem seus filhos, conforme visualizado nas seguintes falas:

Principalmente no 1º ano de vida há uma necessidade delas [mães] acompanharem seus filhos. E4

As mães, assim que elas têm o bebê, elas têm aquela preocupação de trazer a criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, independente da criança estar doente ou não, principalmente no primeiro ano de vida. Elas vêm, elas procuram, a maioria não falta! Elas acreditam, elas tem esse interesse de acompanhar, de saber. [...] Até aquelas mais esclarecidas, que vê que o filho tá bem, querem que a gente veja, pese, faça todas as aferições da criança. E10

Essas participantes retratam que, para além das orientações disponibilizadas pelas enfermeiras sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, existe por parte das mães uma preocupação natural com os filhos. Elas se sentem responsáveis pelo cuidado dos pequenos e buscam se inteirar acerca da situação de saúde deles, participando de maneira ativa de um processo compartilhado de construção de conhecimentos junto às enfermeiras.

O mecanismo de cuidado ofertado pela mulher aos membros da família é proveniente da dinâmica do cotidiano e das experiências pessoais envolvidas por seu cuidado. Emergem nesse cenário as atribuições femininas a ela conferidas enquanto mulher e mãe, as atividades por ela desenvolvidas dentro e fora do lar e as relações de poder existentes entre os diversos membros da família. Entretanto a preocupação e ocupação com o cuidado dos filhos, em dados momentos, não satisfaz as necessidades da criança. Muitas vezes as genitoras precisam de amparo e orientações específicas para

realizar ações desconhecidas, por não se sentirem preparadas para desenvolvê-las. Nesse momento as mães experimentam as limitações no seu papel de cuidadores e recorrem aos serviços de saúde em busca de apoio, motivação e direcionamento. (MELLO, TONETE, SILVA; 2009, p. 56).

Nesse sentido, a comunicação entre profissionais e mães é um elemento de transformação na construção de novas formas de cuidar na saúde. É essencial conhecer os valores, crenças e interesses das mães e dialogar sobre eles para então poder dar início a um processo de construção de novos olhares e novas práticas, voltando-se a otimização e enriquecimento dos horizontes e das interações subjetivas entre os sujeitos. (MELLO, TONETE, SILVA; 2009).

Mediante todo esse contexto, fica evidenciada a importância da AIDPI no entendimento das participantes.

4.3 DIFICULDADES QUE INVIABILIZAM A UTILIZAÇÃO DA AIDPI PELA ENFERMEIRA

Essa categoria trata das dificuldades referidas pelas participantes como entraves que inviabilizam a utilização concreta e total do protocolo do AIDPI. Nesse sentido, as enfermeiras afirmaram que há impedimentos referentes à: prescrição de medicamentos pela enfermagem, ao projeto de lei que regulamenta a profissão médica, a gestão municipal de saúde, bem como ao conselho de classe da enfermagem. As falas seguintes explicitam os percursos relativos à prescrição.

Infelizmente não estamos utilizando o protocolo do AIDPI. Veio uma equipe [da SMS] aqui e disse que a gente não poderia mais seguir o AIDIP, prescrever a medicação [...] Eu pelo menos não sei até que ponto eu estou respaldada com relação à prescrição de antibiótico. E16

Eu segui a AIDPI a rigor por uns 3 anos[...] hoje ela tá abandonada, tá em desuso. A própria prescrição de enfermagem a gente não tem. A discussão atual está muito ultrapassada. E10

Não uso AIDPI! Não uso, não posso, porque no momento em que eu assino, eu estou me responsabilizando e a gente não tem autorização pra passar medicamento. E12

Apesar de as entrevistadas reconhecerem a importância da AIDPI, como pode ser observado na categoria “Entendimento sobre a estratégia AIDPI”, afirmaram que no seu cotidiano não a utilizam, particularmente, em função de não poderem prescrever a medicação estabelecida nos protocolos ministeriais para as crianças. Assim sendo, consideraram-se impedidas e lamentaram o fato de não haver sequer discussões acerca do assunto. Outro fator impeditivo para a utilização do AIDPI, segundo as enfermeiras, foi o fato delas não saberem até que ponto estão legalmente respaldadas no desenvolvimento dessa atividade. Entretanto, demonstraram desconhecer que, desde meados da década de 1980, a categoria possui suas atribuições bem definidas, preservadas e garantidas através da Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986 a qual dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem.

Especificamente no caso da prescrição de enfermagem, a lei deixa claro na Art.11 que "O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe"; (inc.I / alínea "i") privativamente a "consulta de enfermagem", e (inc. II) "como integrante da equipe de saúde", a (alínea "c") "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde".

Em 1987 a lei do exercício profissional foi regulamentada através do Decreto Nº. 94406/87 e reconhecida legalmente por via da Resolução COFEN-159/1993. Sendo assim, o enfermeiro tem o direito de exercer sua profissão com autonomia, pois a Constituição Federal e a Lei do Exercício Profissional o habilitam plenamente. O profissional tem plenos direitos para prescrever medicamentos, inclusive antimicrobianos, desde que componham os protocolos e rotinas do MS para equipes de estabelecimentos de saúde.

De acordo com a Lei nº 7.498/86 e o decreto 94.406/87 do Ministério da Saúde o enfermeiro pode ainda fazer solicitação de exames quando necessário, pois assim como está prevista na Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 03/2001, em seu artigo 5º, inciso VIII, o enfermeiro deve “ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde”.

Vale salientar que o município do Natal possui uma legislação específica. A Lei Complementar nº 062, de 06 de Outubro de 2005, dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal e especifica através do Art. 14 de seu Título III as atribuições dos enfermeiros dentro da ESF, dentre as quais se destacam

Art. 14 - São atribuições do enfermeiro:

II - planejar e executar os cuidados diretos de enfermagem ao usuário de acordo com as prioridades dos programas e conforme os protocolos do serviço;

[...]

X - solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão;

De acordo com os trechos extraídos da Lei Municipal nº 062/05, o enfermeiro está resguardado legalmente no âmbito do município do Natal a utilizar os protocolos ministeriais do AIDPI, seguindo a conduta que achar adequada e a fazer uso dos medicamentos ali existentes quando for necessário. Em termos legais não há nenhum impeditivo para o exercício pleno da enfermagem, particularmente na execução da estratégia AIDPI, e pode-se dizer que a suspensão da prescrição de medicamentos por parte da SMS fere não só princípios constitucionais como contradiz as instâncias legislativas municipais, configurando ato imprudente e desrespeitoso com a enfermagem.

Contudo, não se observa nas falas das participantes que a AIDPI é uma estratégia que agrega ações de promoção e prevenção da saúde às práticas propedêuticas. Tampouco elas referiram que a prescrição de medicamentos em AIDPI só deve ser efetuada pela enfermeira na ausência de médico. Relatam também que não prescrevem medicamentos na AIDPI em virtude do Ato Médico, como se segue nos depoimentos:

Depois do ato médico a gente ficou muito, muito presa no nosso campo de atuação, aí termina que a gente não usa a AIDPI porque não pode fazer nada do que aprendeu. E12

Tem uns médicos que acham que o enfermeiro atua na AIDPI como ameaça, ou eles acham que o enfermeiro não está capacitado suficiente, mesmo com o AIDPI. E2

No Município de Natal existe essa guerra. É terrível porque os médicos acham que se alguém mais prescreve é um ato médico e está ameaçando o lugar deles, porque o lugar deles é esse mesmo [...] É só de prescrever! Se eles perdem isso, como é que eles vão ficar? O poder do médico está naquele receituário atrás do birô e que só ele assina. Quem fizer está invadindo o espaço deles. E9

Nessas falas é possível observar que as participantes se vêem coagidas a não desenvolverem suas atividades, particularmente àquelas que requerem prescrição de medicamentos, alegando a existência do ‘Ato Médico’, bem como do receio em invadirem o campo de atuação do outro profissional.

Entretanto, é importante destacar que as enfermeiras estão, erroneamente, associando o desenvolvimento de sua autonomia profissional à prescrição de medicamentos ao afirmarem que estão impedidas de desempenhar suas atividades. Vale ressaltar que ao longo da evolução da enfermagem a autonomia é discutida como um dos temas importantes à compreensão da profissão frente à equipe de saúde e a sociedade em geral.

Segundo Mehry (1997) autonomia é a aptidão individual ou coletiva de auto-governo que pode ou não ser utilizada. Já Peduzzi (2001) refere que autonomia é o livre arbítrio crítico e a capacidade para tomar decisões ancoradas em prioridades, valores e expectativas.

Todavia, a análise das falas leva a considerar que o exercício da profissão de enfermagem requer e prevê autonomia das profissionais, entretanto a “não-autorização” da prescrição de medicamentos em nada impede ou inviabiliza sua atuação autônoma.

Segundo Monteiro e Ferriani (2000) para que a atenção à saúde da criança seja eficiente a enfermagem deve atuar no sentido de fortalecer os princípios estruturantes do SUS, particularmente, a universalização e a equidade, através de ações preventivas e promocionais e não apenas medicalizantes ou prescritivas.

Nessa mesma discussão, as enfermeiras admitiram que os médicos no município do Natal visualizam a prescrição de medicamentos como uma ‘propriedade privada’ que lhes confere, dentre outras coisas, poder e soberania no atendimento à criança doente; status esse sempre velado pelos argumentos do Projeto de Lei do Ato Médico.

No ano de 2001 o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou a resolução 1.627/2001 que deu origem ao Projeto de Lei do Ato Médico PLS 025/2002. Segundo

Guimarães e Rego (2005, p. 12) essa “resolução do CFM, que deu origem ao Projeto, era curta e objetiva: definia como ato privativo do médico toda e qualquer atividade que envolvesse a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos”, com exceção das atividades realizadas pela odontologia. Nesse sentido, todas as demais profissões da área da saúde passariam a subordinar-se aos profissionais médicos.

Em 2002 o mesmo projeto de lei passou por uma reformulação para ter seu texto suavizado e foi enviado ao congresso, sem solucionar as questões anteriormente levantadas pelos órgãos das demais categorias profissionais. (GUIMARÃES; REGO, 2005). Atualmente denominado de Projeto de Lei Nº 7.703/2006, o projeto do Ato Médico que tramita há 10 anos, encontra-se no Senado Federal desde 2006. Foi aprovado na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) e está em análise na Comissão de Educação esperando ainda a aprovação da Comissão de Assuntos Sociais.

O texto original do projeto, redigido por um parlamentar médico, ganhou a antipatia das várias categorias de profissionais da saúde sob alegação de invasão do território de atribuições e de reserva de mercado. Embora tenha sofrido modificações ao longo de sua tramitação, o projeto ainda apresenta alguns pontos críticos, tais como: o diagnóstico nosológico e a indicação de tratamentos; a prática da acupuntura; a indicação de órteses; a competência de decidir sobre a retirada da respiração artificial; a chefia de serviços médicos; a decisão sobre procedimentos não naturais e ainda sobre as atribuições em equipes da ESF.

Existe, entretanto, forte resistência e insatisfação dos demais profissionais da saúde, profissionais, pois eles “têm lutado pela construção de sua própria identidade profissional, ao longo de seu processo de profissionalização, e não desejariam que esta construção se calcasse por oposição ou contra posição com àquela construída pelos médicos.” (GUIMARÃES; REGO, 2005, p.14).

Ao analisar esta questão à luz da sociologia Guimarães e Rego (2005, p. 16) ressaltam que

[...] é indispensável que se faça uma avaliação criteriosa sobre os saberes e competências específicas de cada formação e a preservação dos limites, respeitada a divisão do trabalho já efetivada, de cada competência. É puro *nonsense* e perda de tempo das organizações médicas quererem ignorar que outras profissões, de fato e de direito, se estabeleceram na área da saúde. O que se requer agora é o bom senso crítico de observar até aonde vão as possibilidades de autonomia profissional e com o todos os profissionais poderão atuar para enfrentar as ameaças

de perda de identidade resultantes das novas relações de trabalho e da perda de representatividade e de poder de intervenção das corporações no enfrentamento com as grandes empresas da área da saúde.

Assim, observa-se que o Ato Médico passou a ser percebido como um projeto retrógrado para o campo da saúde, posto que desconsidera os avanços das relações inter e multidisciplinares entre os diversos profissionais de saúde. Ao centralizar as ações referentes ao diagnóstico e tratamento de enfermidades na figura do médico, o ato despreza os esforços para a realização do trabalho coletivo na perspectiva da prevenção e promoção da saúde. (REDEPSI, 2003).

Observa-se também o fato de o Ato Médico ferir a Constituição Federal de 1988 ao apresentar uma proposta que nega aos demais profissionais da saúde o direito de exercerem sua profissão de acordo com a respectiva legislação estruturante. As leis de cada profissão estabelecem, dentro de sua área de conhecimento, as condições necessárias para os profissionais atuarem com segurança e autonomia a fim de atender integralmente aos cidadãos. (ANDRADE, 2003).

Apesar das dificuldades postas pelo Ato Médico observa-se que as enfermeiras desconsideraram que a AIDPI pode ser utilizada à luz do modelo assistencial de promoção da saúde e prevenção de doenças, visto o próprio manual de condutas da estratégia indicar ações específicas para tal.

Outra justificativa referida pelas entrevistadas para a não utilização da AIDPI está diretamente relacionada à Gestão da saúde em Natal de acordo com as seguintes falas:

Não há incentivo por parte da gestão municipal para que o enfermeiro desenvolva AIDIP. Não há incentivo nenhum [...] Não se fala nisso, muito pelo contrário. E9

Essa gestão abandonou totalmente as equipes. A gente nunca mais teve uma capacitação, é como se nem existisse AIDIP, nem a preocupação em capacitar os profissionais, atualizar. Ter essa discussão de acordo com os programas, os protocolos [...] Nós estamos abandonados. E10

Nessa gestão não há incentivo com relação aos treinamentos, atualização... Ninguém incentiva, fiscaliza. Ninguém vem aqui ver como estão as coisas, sabe? Tá tudo a deriva! E14

Segundo as enfermeiras a gestão do município do Natal não realiza atividades educativas, fóruns de discussão, nem mesmo treinamentos voltados a AIDPI. Referiram sentir-se abandonadas no desenvolvimento de suas atividades dentro da ESF em virtude da ausência de supervisão, fiscalização, atualizações e capacitações por parte da SMS.

Observa-se que o nível local (municipal) é o lócus de acontecimentos das práticas e ações assistenciais, normalmente baseadas em técnicas tradicionais. No âmbito político, os gestores devem compreender a saúde como um direito de cidadania assegurado constitucionalmente, bem como interagir com outros setores da sociedade, tais: membros dos poderes executivo, legislativo e judiciário; representantes das entidades corporativas e da sociedade civil. Nesse sentido o gestor deve conciliar sua atuação técnica às suas habilidades políticas por meio de um conjunto, de saberes e práticas de gestão, articulados de maneira a favorecer e fortalecer a implementação dos princípios do SUS à gestão pública dos serviços de saúde. (SOUZA, 2002).

Apesar da existência desse conjunto de saberes, e de um aparato legal que definem as habilidades e competências dos gestores perduram dificuldades relacionadas à responsabilização dos administradores, gerentes e equipes de saúde. (CUNHA, SANTOS, 2001).

Desse modo, as necessidades expostas relacionadas à qualidade da assistência, bem como a satisfação dos profissionais de saúde mediante suas ações não supridas, instigam a reflexão acerca do perfil de gestão necessária para corresponder as demandas dos trabalhadores e usuários do SUS.

Nessa perspectiva, Souza (2002) Demo (2002), Morin (2002), Freire (2003), consideram que para suprir tais demandas é essencial investimento em ações de educação permanente com o objetivo de inserir e aprofundar temas estratégicos nas ações dos serviços de saúde como: identificação das necessidades de capacitação, caracterização dos sujeitos para elaboração de planos educativos e escolha dos objetivos e métodos a serem alcançados. Esses autores evidenciam ainda que o processo de educação permanente é contínuo e pode ser desenvolvido individual ou coletivamente com a finalidade de revigorar, promover superação pessoal e profissional, reformular valores e qualificar os sujeitos envolvidos.

Por configurar um processo de reflexão e aprendizagem no ambiente de trabalho a educação permanente tem o desafio de incentivar os profissionais a se comprometerem com a transformação dos serviços de saúde, do processo de trabalho e da qualidade da assistência. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Nesse contexto Cecílio (2001), Pinheiro (2001), Pinheiro e Guizardi (2004) afirmam que essas transformações devem acompanhar as mudanças que ocorrem na sociedade, as quais consideram perfis epidemiológico, sociais, econômicos, culturais, tecnológicos, dentre outros.

Assim, em 2004 o Ministério da Saúde por meio da Política de Educação Permanente criou os Pólos de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de ordenar a formação e o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde através de uma metodologia problematizadora, visando obter transformações nas práticas de saúde dos sujeitos envolvidos no processo. (BRASIL, 2003). Para tanto, Souza (2002) Demo (2002), Morin (2002), Freire (2003), asseguram que para o êxito do processo é necessária a construção e consolidação de sistemas integrais de educação permanente.

Agregada às responsabilidades da gestão municipal em fazer cumprir o direito das enfermeiras executarem a AIDIP está a figura do órgão representativo da categoria profissional, o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que segundo as falas das entrevistadas se comportam da seguinte maneira:

As entidades representativas elas não nos representam. É claro, eu voto, eu participo [...] Mas elas não representam as nossas vontades, porque as pessoas que estão à frente, elas [...] Elas se distanciam muito do cotidiano da gente. E9

Nunca teve também uma iniciativa do COREN de chamar os enfermeiros para discutir o AIDIP, ver como é que anda, se ainda está sendo usada. Nunca houve essa preocupação. E10

Até então o COREN não se posicionou com a relação a normatização da prescrição do enfermeiro. E14

De acordo com as entrevistadas o COREN/RN, órgão competente responsável por zelar pela enfermagem e seus trabalhadores, esquiva-se diante de algumas situações. As participantes do estudo não especificaram a gestão, contudo afirmam que o órgão de

classe não se posiciona e nem sai em defesa dos direitos legalmente conquistados pela categoria. As enfermeiras assinalam ainda que não conseguem visualizar movimentos concretos que resultem na reflexão acerca da prática do enfermeiro, bem como das limitações que os mais diversos atores impõem ao desenvolvimento de uma enfermagem autônoma e segura.

Historicamente observa-se que no ocidente as sociedades assimilaram o indivíduo dotado de um saber e um fazer específico como um profissional capaz de resolver problemas cotidianos na sua área de atuação, bem como resguardar os interesses de sua clientela. Contudo, o Estado confere aos grupos de categorias profissionais o direito de executarem suas atividades práticas desde que as mesmas sejam reguladas, ou melhor dizendo, auto-reguladas por corporações compostas pelos membros dos respectivos grupos ocupacionais. Esses devem, obrigatoriamente, estabelecer e definir os limites de seu campo profissional. (GUIMARÃES; REGO, 2005)

No caso da enfermagem as corporações que representam a categoria profissional são: na esfera federal o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e nas esferas estaduais os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN). As definições e limites da categoria estão postas no Regimento Interno do COFEN (2012) onde verifica-se nos artigos 1º e 3º que

Art. 1º O Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, criado pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, é constituído pelo conjunto das Autarquias Federais Fiscalizadoras do exercício da profissão Enfermagem, e tem por finalidade a normatividade, disciplina e fiscalização do exercício da Enfermagem, e da observância de seus princípios éticos profissionais.

[...]

Art. 3º Os Conselhos Regionais de Enfermagem, subordinados ao Conselho Federal de Enfermagem, são órgãos executores da disciplina e fiscalização profissional, e têm jurisdição no Distrito Federal e Estados onde se localizam, com sede e foro nas respectivas capitais.

Conforme esses, as corporações possuem a obrigação de resguardar e zelar a profissão de enfermagem. Observa-se ainda no mesmo regimento que tais corporações possuem competências específicas, dentre as quais se destacam as seguintes:

Art. 22. Compete ao Conselho Federal de Enfermagem:

[...]

II - orientar, disciplinar, normatizar e defender o exercício da profissão Enfermagem, sem prejuízo das atribuições dos Conselhos Regionais de Enfermagem;

III - planejar estrategicamente macro políticas para o desenvolvimento da Enfermagem brasileira;

[...]

XVIII - apoiar o desenvolvimento da profissão e a dignidade dos que a exercem;

[...]

XX - defender os interesses dos Conselhos de Enfermagem, da sociedade e dos usuários dos serviços de enfermagem;

[...]

XXI - representar em juízo ou fora dele os interesses tutelados pelo Conselho de Enfermagem, individuais e coletivos dos integrantes da categoria, independente de autorização, podendo ajuizar ação civil pública, mandado de segurança individual e coletivo, mandado de injunção e demais ações cuja legitimação lhe seja outorgada;

Assim sendo, o COREN é, mediante o poder público, a entidade responsável pela defesa dos interesses da classe de enfermagem e do atendimento de suas demandas jurídicas e/ou legais. Entretanto, é comum visualizar a hegemonia das políticas neoliberais fazer com as organizações dos trabalhadores passem por um processo de declínio no que se refere à disposição de intervirem nas lutas de classe em prol de melhorias para as profissões. Observa-se, contudo, que enquanto as organizações de trabalhadores passam por esse processo de estagnação, as organizações não-governamentais atuam como atores relevantes dentro desse contexto. (GUIMARÃES; REGO, 2005). A exemplo da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), da Federação Nacional de Enfermagem (FNE) e dos sindicatos de enfermagem. (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006).

Assim, nota-se que o enfraquecimento das organizações corporativas de trabalhadores está diretamente relacionado à fragmentação e falta de ideais pertinentes das profissões o que resulta na falta de credibilidade por parte de seus membros.

4.4 CONDIÇÕES DE TRABALHO DAS ENFERMEIRAS E A UTILIZAÇÃO DA AIDPI

As atividades desenvolvidas no cotidiano do enfermeiro que atende às crianças na ESF configuram uma série de aspectos referentes a sua atuação e de modo mais abrangente as condições de trabalho as quais esses profissionais são submetidos.

De acordo com as participantes da pesquisa existem muitos entraves no desenvolvimento das atividades voltadas para as crianças na atenção básica. Dentre esses merece destaque a ausência de médicos nas equipes da ESF, inviabilizando a ação conjunta e multiprofissional entre os membros da estratégia, conforme pode ser visualizado nas falas seguintes:

A gente devia trabalhar em equipe, mas termina que não tem médico, aí a gente fica de mãos atadas. E11

Era pra tudo ser realizado pela equipe e não ficar tudo só com o enfermeiro. A equipe tinha que estar completa, com todos os profissionais. E07

Na unidade de saúde em que eu trabalho só tem um médico. São quatro equipes e só uma e só uma tem médico, e não é a minha. E8

Nesses depoimentos as enfermeiras relataram problemas causados pela ausência de médico nas equipes para a execução das atividades dentro do serviço. Em virtude dessa carência passam a assumir tarefas e responsabilidades, não dando, em muitos casos, resolutividade a situações que necessitam da figura do prescritor. Nesse sentido, deve haver uma discussão mais ampla sobre o mundo do trabalho na saúde, seus aspectos organizacionais e a enfermagem.

De acordo com Gonçalves (1994) o trabalho humano é um processo pelo qual o homem cria e recria normas sociais por meio da produção de bens e serviços. Assim, a compreensão da organização do trabalho dar-se-á, de modo processual, com entendimento das relações capitalistas estabelecidas entre os trabalhadores, bem como as afinidades interpessoais existentes entre eles, as atividades por eles desempenhadas, e o estabelecimento de estruturas hierárquicas ali presentes. Também, as influências estruturais, econômicas, organizacionais e de gestão estão ligadas a esse processo, pois determinam o modo de produção vigente em cada espaço da esfera social, resultando na distinção de homens dentro do espaço de trabalho. (DEJOURS; DESSORS; DESRIAUX, 1993). Nesse cenário a organização do trabalho passa a ser vista como uma maneira de elevar a produção extraindo do trabalhador sua máxima potencialidade.

A profissionalização da enfermagem ocorreu no advento do capitalismo, resultando na adequação da força de trabalho às demandas da economia vigente, com vistas a ampliar-se frente às necessidades do setor produtivo. (SILVA, 1986). Nessa abordagem Kirchhof (2003, p.669) assinala que

a enfermagem responde, enquanto prática social, às exigências que se definem no todo organizado das práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas e nessa organização se inclui. Essas exigências regulam a prática, quando dimensionam o objeto ao qual se aplica, os meios de trabalho que opera, a forma e a destinação dos seus produtos. Do processo de conhecimento sobre a enfermagem, então, também faz parte o processo sob o qual ela mesma aconteceu. Essa compreensão da enfermagem enquanto trabalho é uma reflexão recente, das três últimas décadas, que os enfermeiros fazem sobre sua inserção social no campo da saúde. Olhar, então, a enfermagem enquanto trabalho, ou seja, uma prática social executada com a finalidade de produzir uma transformação, significa olhá-la inserida no mundo do trabalho e, por isso, vinculada às leis sociais de necessidades que o movimentam.

Segundo Capella (1998) no campo da enfermagem a organização do trabalho é o modo como os enfermeiros dispõem as suas atividades com vistas a atender da melhor maneira possível as necessidades de saúde da população, disponibilizando, inclusive, subsídios para o trabalho de outros profissionais dentro da instituição de saúde. Entretanto para que haja a extração das potencialidades máximas dos enfermeiros deve haver uma estrutura que contemple recursos materiais e pessoais suficientes e institucionalmente organizados.

De acordo com Peduzzi (2001) o trabalho em equipe multiprofissional é uma maneira de labor desenvolvido coletivamente através de relações recíprocas, nas mais variadas áreas do conhecimento, com vistas a promover interação direta e constante entre profissionais diversos por meio da comunicação, da articulação dos saberes e da cooperação para o desenvolvimento de ações práticas.

Fortuna et al (2005) entendem o trabalho em equipe como um conjunto de relações subjetivas entre pessoas. Nesse contexto considera-se relações diversas como: poderes, saberes, interesses, desejos e afetos, a fim de construir um cotidiano de trabalho comum entre os sujeitos, com base nas afinidades apreendidas pelo grupo.

No campo da saúde, o desenvolvimento da concepção de trabalho em equipe foi proveniente das mudanças que ocorreram ao longo dos tempos nas políticas de saúde, nos modelos assistências vigentes em cada época e nas políticas de recursos humanos em saúde. Tal compreensão responde à urgência de integração de disciplinas e

profissões concebidas como fundamentais para o desempenho satisfatório das práticas de saúde a partir do entendimento biopsicossocial do processo saúde-doença. (PEDUZZI, 2008).

As especificidades do trabalho em equipe estão diretamente relacionadas às características dos processos de trabalho na área da saúde, a complexidade dos elementos de intervenção, as relações subjetivas existentes entre profissionais e usuários, bem como na interdisciplinaridade existente entre as várias categorias profissionais que atuam conjuntamente, reorganizando a lógica do trabalho isolado, independente e pouco comprometido com a integralidade da assistência. (PEDUZZI, 2008).

Persiste, entretanto, no setor saúde uma noção equivocada de equipe, uma vez que restringe o grupo a existência de vários profissionais co-habitando um mesmo espaço físico e compartilhando a mesmo público. Peduzzi (2008) afirma que esse entendimento resulta em dificuldades na execução de trabalhos que deveriam ser realizados conjuntamente, comprometendo a qualidade da assistência, uma vez que o direito a uma assistência integral à saúde é veladamente negado.

Assim, na perspectiva da falta de médico na unidade, seria aceitável que as enfermeiras desenvolvessem a AIDPI, visto a ausência do prescritor acarretar consequências indesejadas. Nessa discussão, as participantes alegaram que a ausência do médico influencia na dinâmica do serviço, mas não estabelecem relação direta com a resolutividade no atendimento às crianças. Entretanto referiram que tomam para si atribuições que deveriam ser realizadas pela equipe, sobrecarregando-se e demonstrando cansaço e desânimo frente à situação conforme relatos:

A gente vê na minha situação essa questão do médico que não tem, aí termina que a gente pega tudo o que aparece mesmo sem ter condição. Termina que a gente se cansa. E11

Tem 03 anos e 09 meses que eu não tenho médico na minha área e aí eu tenho que fazer acompanhamento do CD sozinha, tenho que fazer pré-natal sozinha, tenho que ta vendo o hipertenso, o diabético, e não dá. Eu acho que 'tá' muito pesado o fardo pra mim. E5

Infelizmente as equipes não estão estruturadas. Aparece todo tipo de situação e a gente tem que dar conta, mas pra resolver. Falta tudo!
E8

As enfermeiras reclamaram o acúmulo de serviço na unidade, fator que, seguramente compromete o desempenho de sua atuação, não dá resolutividade às necessidades de saúde da população, desmotivam as profissionais e comprometem o processo de estruturação do SUS como um todo.

Mediante essa realidade Kalinowski (2000) coloca que o trabalho é o meio pelo qual os indivíduos alcançam a realização e satisfação pessoal através de atividades e atitudes significativas para si e para terceiros, recebendo o reconhecimento social de um indivíduo produtivo. Todavia, quando a sociedade como um todo está sobrecarregada de trabalho desenvolve situações contraditórias ao passo que tornam conflitivos os objetivos almejados por via do trabalho. (OLIVEIRA, 2003). Pode-se considerar sobrecarga de trabalho na estratégia Saúde da família as dificuldades estruturais do serviço, a falta de recursos materiais, dentre estes a carência de medicamentos, a falta de capacitações para um pleno exercício da prática assistencial e a ineficiência dos demais níveis de atenção, quando necessários. (CAPOZZOLO, 2003).

Especificamente no caso da assistência no município do Natal, verifica-se uma grande evasão dos profissionais médicos das equipes, o que dificulta, porém não inviabiliza a execução do trabalho em equipe. A prática das ações da AIDPI podem contemplar outros profissionais da ESF, tal como o ACS, desde que conduzidas de forma responsável, com foco na promoção e prevenção da saúde e na superação do modelo curativista.

Apesar disso, quando as práticas assistenciais realizadas dentro da atenção básicas não são suficientes para suprir as necessidades da população devido ao baixo poder resolutivo frente às demandas existentes, as profissionais recorrem ao encaminhamento para serviços de média e alta complexidade conforme as falas:

Se for uma urgência encaminho direto. Não perco nem tempo [...] a gente o vê o que é e pela experiencia que a gente tem encaminha essa criança direto pro [pronto-socorro] Sandra Celeste. E7

Aqui [no município] a gente tem o pronto-socorro Sandra Celeste. Pra mim hoje é a referência nesse sentido. Quando não, eu encaminhava para o [os hospitais] Walfredo ou pra o Santa Catarina. [...] Já pedi ajuda do SAMU, mas normalmente já encaminho direto pro Sandra Celeste. E13

Se for um caso grave, a gente chama o SAMU [...] eu avalio se [o cas] é grave de acordo com a minha experiencia na profissão. E11

Sendo assim, verificou-se que o encaminhamento é a conduta mais utilizada pelas enfermeiras durante o atendimento a criança doente. Contrariamente as recomendações da estratégia AIDPI as entrevistadas demandam para serviços de média e alta complexidade casos de crianças enfermas que não passam por uma triagem específica, como determina a AIDPI. Pois algumas doenças poderiam ser inicialmente tratadas na USF e ter a continuidade do tratamento em casa, por meio de orientações às mães e marcação de consultas de retorno para reavaliação do caso. Entretanto, quando essas profissionais se referem a gravidade dos casos elas não explicitam se a criança apresenta sinal geral de perigo, mas dizem recorrer logo ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Ressalta-se que, em alguma situações, antes de ser referenciada, a criança necessita de cuidados, o que inclui primeira dose de medicamento, ainda na unidade de saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), deixa claro que a média e alta complexidade tem por objetivo atender os principais problemas e agravos de saúde da população através de serviços, cujo grau de agravamento demande, na prática clínica, disponibilidade de médicos especialistas e utilização de recursos tecnológicos avançados para apoio diagnóstico e tratamento.

Nos ultimos tempos os níveis assistenciais de média e alta complexidade passaram a atender grande parte da demanda que deveria ser absorvida pelos profissionais e serviços da atenção básica, resultando na dificuldade de acesso aos serviços especializados por quem realmente precisa e no aumento desnecessário dos gastos do SUS. (BRASIL, 2007).

Verifica-se, portanto, que a resolubilidade da rede de saúde em seus três níveis de atenção está atrelada a critérios normativos e institucionais referentes à qualidade técnica da assistência, às relações interpessoais entre profissionais e usuários, ao acesso

contínuo aos recursos disponíveis, e à tomada de decisões acerca do processo saúde-doença. (KOVACS, 2005).

Consedera-se, portanto, que a as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras participantes do estudo na atenção à criança estão percorrendo dois caminhos distintos. Ora a assistência é voltada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com ênfase na realização do exame físico e orientações de enfermagem. Ora a conduta é determinada após verificação das queixas referida pela mãe, resultando muitas vezes, em encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade com vistas à medicalização.

Sobre condições de trabalho, Medeiros et al (2006), asseveram que há frustração dos enfermeiros dos serviços de saúde em decorrência da falta de recursos para o desenvolvimento de suas atividades, exigindo que o profissional improvise no momento da realização de procedimentos específicos, resultando em insatisfação relativa a assistência ofertada serviço, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

Se você for ver, na farmácia não tem remédio, na secretaria não tem papel. A gente não tem nem água pra beber.” E7

Hoje a gente não tem nem a nebulização na unidade. E8

Ao analisar a fala das entrevistadas ficou explícita as condições a que são submetidas essas e os demais profissionais do serviço de saúde. É incoerente e inadmissível que dentro de uma estrutura organizacional de saúde não sejam disponibilizados recursos materiais básicos para que profissionais desempenhem suas atividades e usuários sejam atendidos com dignidade. A falta de determinados recursos nas USF fere não somente os princípios do SUS, mas agride o ser humano enquanto cidadão de direito.

Dessa forma as falas levam a conceber que as profissionais são expostas a ambientes de trabalho inadequados. As condições a elas oferecidas para o desempenho de suas funções são limitadas e insalubres, tanto do ponto de vista material como imaterial, inviabilizando que as exigências da população sejam atendidas em virtude da qualidade e quantidade de recursos disponíveis, (BATISTA et al, 2005).

Campos e Albuquerque (1998) asseguram que existem maneiras para valorizar o trabalho do enfermeiro dentro do serviço de saúde, tais como a viabilização de

condições dignas de trabalho, o estímulo ao aperfeiçoamento de suas atividades, salários condizentes com as demandas laborais, dentre outros. Tais iniciativas repercutiriam positivamente não apenas entre os profissionais, mas entre os usuários por eles atendidos.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de os profissionais enfermeiros se organizarem para desenvolver estratégias voltadas para a valorização de suas ações e para a apreensão de melhores condições de trabalho, bem como melhor oferta de serviços para a população, visto a importância do trabalho do enfermeiro precisar ser reconhecida através de engajamento, discurso e posicionamento dos enfermeiros mediante a equipe e a instituição.

5 Considerações Finais

Este estudo se propôs a descrever a atuação dos enfermeiros na Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, junto aos profissionais da ESF do município do Natal, Rio Grande do Norte.

Pode-se constatar que apesar de as enfermeiras participantes do estudo acreditarem no potencial de resolubilidade da estratégia, elas não a aplicam no cotidiano de suas atividades em virtude de entraves, como:

- A falta de segurança para prescreverem medicamentos previstos pela AIDPI dentro da ESF, mesmo estando estes protocolados através dos manuais do MS;
- O receio de serem processadas judicialmente por colegas de equipe (médicos), sob o argumento de estarem desenvolvendo atividades privativas do médico, com vistas ao projeto de lei do Ato Médico;
- A falta de conhecimento que as próprias enfermeiras demonstram ter acerca de suas atribuições dentro do serviço de saúde. Elas evidenciam que desconhecem os limites resguardados à profissão de enfermagem de acordo com a legislação que ampara essas profissionais;
- A falta de outras categorias profissionais, particularmente, médicos, para o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar dentro da ESF;
- A exposição à ambientes de trabalho insalubres e a péssimas condições de trabalho, frente ao excesso de tarefas a elas atribuídas;
- Falta de apoio, incentivo e fiscalização por parte da gestão municipal de saúde e do órgão regulador da enfermagem (COREN)

Verifica-se que as enfermeiras atrelam a utilização da AIDPI apenas a prescrição de medicamentos e ignoram o fato de essa estratégia possibilitar a detecção precoce de possíveis problemas de saúde, pois através das medidas de promoção e prevenção ali postas, o profissional pode (re)orientar seu processo de trabalho.

Apesar de estar vinculada a um modelo assistencial de promoção da saúde e prevenção de doenças, particularmente por ser desenvolvida na ESF, a AIDPI ainda é vista pelas enfermeiras dentro de uma lógica curativista, cuja maior importância é dada ao medicamento e a medicalização e não a prevenção de doenças e agravos. Também é dentro dessa lógica biomédica que ocorre a consulta de enfermagem à criança, a qual prioriza a queixa-conduta e tem seu desfecho a partir da situação de saúde dos pequenos.

Dentro dessa perspectiva, segue algumas recomendações para que haja a aplicação da estratégia AIDPI durante a atuação das enfermeiras no atendimento as crianças:

- Reflexão acerca dos modelos assistenciais existentes, e mais especificamente ao modelo de promoção da saúde dentro da ESF;
- Responsabilização das enfermeiras no sentido de buscar reconhecer seus direitos e deveres, com base nas legislações existentes, sejam essas referentes ao exercício profissional e/ou as leis locais e centrais que regem a profissão suas atribuições;
- Disponibilidade para tentar implementar novamente a AIDPI nos serviços apesar dos entraves e percalsos do dia-a-dia;
- A desmistificação referente a prescrição de medicamentos pela enfermeiras. Essa atribuição se torna secundária mediante as possibilidades de ações passíveis de serem realizadas num contexto de promoção de saúde e prevenção de agravos na infância;
- A reivindicação junto ao SMS, e outras possíveis parceiras no processo ensino-aprendizagem, por incentivo, capacitações, atualizações e fiscalizações em AIDPI;
- Busca por representatividade legal e atuante do COREN de acordo com as demandas das enfermeiras, as quais estão no serviço e sabem as reais necessidades da profissão.

Nessa perspectiva, finaliza-se aqui o presente estudo, na perspectiva de que o mesmo possa abrir portas para outras reflexões acerca da AIDPI, da atenção à criança e do processo de trabalho da enfermagem, o qual, muitas vezes, sustenta de forma heróica o anseio de ver a concretização de um SUS real.

Referências

ALBUQUERQUE, G. L.; PIRES, D. A construção de uma nova forma de representação profissional – um desafio no “Projeto Político-Profissional da Enfermagem brasileira”. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 228-32, Mar./abr. 2006.

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. **Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003. 282p.

AMORIM, C. S. C. et al. Conhecimento pelos pais sobre os sinais de alarme em Infecção Respiratória Aguda e Doença Diarréica Aguda em menores de 5 anos. **Revista Paraense de Medicina**, v. 10, n. 1, jan./mar. 2006.

ANDRADE, L. P. **Repúdio contra o Ato médico**. 2003. Disponível em: <<http://www.nutricaoempauta.com.br/novo/57/entrevista4.html>>. Acesso em: 1 set. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, J. A. C. de. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de condutas de empresas farmacêuticas. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, n.2, abr./jun. 2000.

BATISTA, A. A. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

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.

BENIGUI, Y.; STEINT, F. Integrated Management of Childhood Illness: An Emphasis on the Management of Infectious Diseases. **Seminars in Pediatric Infectious Diseases**, v. 17, n. 2, p. 80-98. Apr. 2006.

BEZERRA-FILHO, J. G.; KERR-PONTES, L. R. S.; BARRETO, M. L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 7, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2007.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 1, Brasília, 26 jun. 1986.

_____. **Decreto-Lei n.º 94.406, de 08 de Junho de 1987**. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/default.asp>>. Acesso em: 21 maio 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Ministério da Saúde (MS). **Caderno de atenção básica**: a implantação da unidade básica de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Atenção Básica à Saúde da Criança**: Texto de Apoio para Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde**: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI. Procedimentos para bebês menores de 2 meses e Procedimentos para crianças de 2 meses a 5 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. Ministério da Saúde (MS). **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação, introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**:

monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Humanizausus:** política Nacional de Humanização: documento base para gestores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A – Normas e manuais técnicos; Série “Pactos pela saúde”, 4).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Brasília: CONASS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança:** Nutrição Infantil, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Regimento Interno do Conselho Federal de Enfermagem.** Brasília – DF: COFEN, 2012. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/>. Acesso em: 05 ago. 2012.

BRINGEL, G. M.; OLIVEIRA, A. F. C.; REICHERT, A. P. S. Assistência à criança após Capacitação em AIDPI. In: CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Orgs). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CABRAL, I. E.; RODRIGUES, E. C. O ensino da AIDPI na Enfermagem. In: CUNHA, A. J. L. A. (org.). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAMPESTRINI, S. **Súmula pediátrica.** Curitiba: EDUCA, 1991.

CAMPOS, F. E, ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. In: CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P. (Org.). **Negociação coletiva do trabalho em saúde.** Brasília: OPAS/OMS, Natal: UFRN/NESC, 1998. p. 41-65.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C. Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 8, n. 3, set. 2000.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho da Enfermagem**. Pelotas (RS): UFPEL; Florianópolis (SC): UFSC; 1998. 183 p.

CAPOZZOLO, A. A. **No olho do furacão: trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. 2003. 269f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) — Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARABOLANTE, A. C.; FERRIANI, M. G. C. O crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 12 a 48 meses em creche na periferia da cidade de Ribeirão Preto – SP. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 28 – 34, 2003.

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

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CHIESA, A. M. **A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância**. 1999. Tese (Doutorado) - São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2003.

CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. F.; AMARAL, J. J. F. A estratégia de "Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI" e sua implantação no Brasil. **Revista Pediátrica do Ceará**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2001.

DEJOURS, C; DESSORS, D; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. (Tradução de Maria Irene S. Betiol). **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun. 1993.

DEMO, P. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco, no período de 1998 a 1999**. 2001. Dissertação (Mestrado) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Ageu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F.; SAMICO, I. Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: considerações sobre o processo de implantação. **Revista do IMIP**, v. 14, n. 1, p. 24-31, 2000.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da Vulnerabilidade Programática e dos Direitos Humanos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GERK, M. A. S. **Saúde da Mulher**: conjunto prioritário de diagnósticos de enfermagem em ginecologia. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. Z.; ADORNO, R. C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Revista Saúde Pública**, v. 24, n.3, jun. 1990.

GOMES, R. M.; NUNES, C. B. Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. **Ensaio e ciência**, Campo Grande, v. 10, n. 1, abr. 2006.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278 p.

GUIMARÃES, R. G. M.; REGO, S. O debate sobre a regulamentação do ato médico no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 7 – 17, 2005. (Suplemento).

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; LEAL, M. C.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 310-8, 1996.

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 (RS), 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.**, v. 11, n. 1, p. 188-193, 2009. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/v11n1a24.htm>. Acesso em: 12 ago. 2012.

KALINOWSKI, C. E. **O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde:** um estudo de caso. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), 2000.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

KOVACS, M. H. et al. A Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem:** um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006.

MELLO, D.; TONETE, V. L. P.; SILVA, M. A. I. Atenção Básica à saúde da Criança. In: FUJIMORI, Elizabeth; OHARA, Conceição Vieira da Silva (orgs.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri (SP): Manole, 2009.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino Americano em Enfermagem**, v.12, n.3, maio/jun. 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTEIRO, A. I.; FERRIANI, M. G. C. Atenção à Saúde da Criança: Perspectiva da Prática de Enfermagem Comunitária. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 8, n.1, jan. 2000.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.6, nov./dez. 2003.

MORIN, E. **Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2002.

MOURA, A. C. L.; VARGENS, O. M. C. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, maio/ago. 2002.

NATAL. **Lei Municipal Complementar nº 062, de 06 de Outubro de 2005**. Dispõe sobre a reorganização do Programa Saúde da Família no Município do Natal e dá outras providências. Natal: Câmara Municipal de Natal, 2005.

OHARA, C. V. S.; BRÊTAS, J. R. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H de. Exame físico da criança na atenção básica. In: FUJIMORI, Elizabeth; OHARA, Conceição Vieira da Silva (orgs.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri (SP): Manole, 2009.

OLIVEIRA, R D. **Reengenharia do tempo**. Rio de Janeiro: Rocco, 2003.

OPAS. Information for Health. Annual Report of the Director 1998. **Official Document**, Washington, D. C., Opas, n. 293, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

_____. Trabalho em Equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. [org.]. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

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

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 21-36.

PRADO, S. R. L. A.; ESCOBAR, E. M. A.; FUJIMORI, E. As diretrizes da assistência à saúde da criança: do PAISC ao AIDPI. In: **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, 2002.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 492-496, jul./ago. 2006.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, jul./set. 2007.

REDEPSI. **Luta pela derrubada do projeto de lei 25/2002**, 2003. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/news/print.php?storyid=453>>. Acesso em: 4 set. 2012.

RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V. da; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem à criança num projeto de integração docente-assistencial: experiência de implantação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.15, n.2, p. 79-88, abr./jun. 2002.

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.

SALLES, F. T.; CHIESA, A. M.; FRACOLLI, R. A. Cuidado domiciliar a crianças menores de cinco anos pós-internação por IRA. In: CUNHA, A. J. L. A da; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Orgs). **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

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

SANTOS, I. S. et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS/UNICEF). **Revista Brasileira Epidemiológica**, v.5, n.1, 2002.

SANTOS, C. C. **Avaliação da implementação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) no estado da Bahia**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2003.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 41, p. 777-781, 2007.

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

SANTOS, M. E. L; QUINTÃO, N. T; ALMEIDA, R. X. Avaliação do marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada as doenças prevalentes na infância. **Escola Ana Nery**, v.14, n.3, p.591-598, jul./set. 2010.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n.1, p.55-61, 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**, v. 25, n. 2, p. 349-358, 2009.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SOUZA, E. C. L. de. A capacitação administrativa e a formação de gestores governamentais. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 73-88, 2002.

TRAPÉ, C. A.; FUJIMORI, E.; BERTOLOZZI, M. R. O Sistema único de Saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. In: FUJIMORI, Elizabeth; OHARA, Conceição Vieira da Silva (orgs.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri (SP): Manole, 2009.

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 jul. 2012.

VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?** Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.

VASCONCELOS, E. N. et al. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais de Programa Saúde da Família (PSF). **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, 2009.

VIDAL, S.A. et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 2, p. 205-213, abr./jun. 2003.


VIDAL, S. A. et al. Avaliação da Aplicação da AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde. In: **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: implantação e avaliação no Brasil**. CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. (Orgs). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

WHO. Integrated Management of Childhood Illness: global status of implementation. **News of Health Care in Developing Countries**, v. 11, n. 2, p. 21-4, 1997.

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.**, São Paulo, v.11, n.1, p 9-16, 2011.

Anexos

Anexo 01 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN

 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP	
PARECER N° 187/2012	
Prof. nº	326/11-P CEP/UFRN
CAAE	0354.0.051.000-11
Projeto de Pesquisa	A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE Grupo III 4.04 - Enfermagem
Pesquisador Responsável	Akemi Iwata Monteiro
Instituição Proponente	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Instituição Coparticipante	Unidades de Saúde da Família do Município de Natal
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado
Período de realização	Início jan/2011 - Final dez/2012 Arrolamento dos participantes: Início jan/2012 - Final abr/2012
Revisão ética em	05 de março de 2012
RELATO	
1. RESUMO	
<p>O protocolo sob análise contém uma proposta de estudo cujo objetivo é analisar a atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção integrada às doenças prevalentes na infância em Natal. Serão entrevistados 20 enfermeiros que trabalham no programa Saúde da Família. Uma entrevista usando um roteiro será realizada, quando então os dados acerca do problema serão coletados.</p>	
2. ENTENDIMENTOS E PARECER	
<p>Considerando que as pendências expostas por este Comitê foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.</p>	
3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR	
<p>Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:</p>	
<p>1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d). Atenção: conforme circular 017/11 – CONEP sobre o TCLE, torna-se obrigatória a rubrica do pesquisador e do participante em todas as páginas assim como a assinatura de ambos na última página;</p>	
<p>2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);</p>	
<p>3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);</p>	
<p>Comitê de Ética em Pesquisa, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil - CEP 59078-970 fone/fax: (84) 3215-3135 - e-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br – site: http:// www.etica.ufrn.br</p>	
1/2	

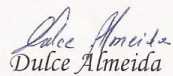
Julia

PARECER 187/2012 CEP/UFRN

4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 06 de março de 2012.


Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN

Anexo 02: Quadro com o perfil das enfermeiras participantes do estudo.

Sujeitos	Idade	Residencia	Curso de Pós-Graduação / Outras graduações	Tempo de serviço na ESF	Mais de um vínculo
E1	44	Natal	Especialista em obstetrícia, saúde da criança, saúde sexual e reprodutiva e PROFAE.	05 anos	Sim
E2	46	Natal	Especialista pelo PROFAE.	10 anos	Não
E3	47	Natal	Especialista em Saúde Pública.	13 anos	Não
E4	50	Parnamirim	Especialista em saúde da família, PROFAE e enfermagem materno-infantil. Mestre em enfermagem pela UFRN. Graduada em História.	15 anos	Sim
E5	49	Parnamirim	Especialista em Enfermagem do Trabalho.	13 anos	Não
E6	46	Natal	Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela UFRN.	14 anos	Não
E7	46	Natal	Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Intervenção Sistêmica. Mestre em Enfermagem pela UFRN.	14 anos	Não
E8	48	Natal	Especialista em Saúde Pública.	13 anos	Não
E9	47	Natal	Especialista em Saúde Pública.	12 anos	Não
E10	50	Natal	Especialista em Epidemiologia, Saúde da Família, Saúde Mental, Atenção Psicossocial. Mestre em Enfermagem pela UFRN.	14 anos	Não
E11	53	Natal	Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família, Acupuntura, Arte-terapia. Mestre em Enfermagem pela UFRN.	14 anos	Não
E12	46	Natal	Especialista em Saúde Pública e Saúde da Família. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Graduada em Ciências Jurídicas.	12 anos	Sim
E13	52	Natal	Especialista em Saúde Mental e Saúde da Família.	14 anos	Não
E14	47	Natal	Não possui Pós-Graduação.	10 anos	Sim
E15	50	Parnamirim	Especialista em Saúde Pública.	12 anos	Não
E16	46	Parnamirim	Especialista em Saúde Pública. Graduada em Fisioterapia.	10 anos	Não

Fonte: dados da pesquisa, Natal, 2012.

Apêndices

Apêndice 01 – Questionário para levantamento do perfil de formação dos enfermeiros

Nº do Formulário: _____ Distrito sanitário: _____

1. Identificação

Sexo: () F () M

Idade: _____

Município onde reside: _____

2. Formação

Ano em que se graduou: _____ Instituição _____

Possui outra graduação? () sim () não

Caso sim, qual: _____

Pós - graduação: () sim, qual? _____ () não

Especialização : () _____ Ano _____

Mestrado : () _____ Ano _____

Doutorado : () _____ Ano _____

3. Situação Funcional

Jornada de Trabalho semanal: _____

Tempo de serviço no PSF: _____

Possui outro vínculo empregatício: () sim () não

Apêndice 02 – Roteiro de entrevista semi-estruturada

- 01.** No seu serviço, quais são os motivos que levam as mães a levarem seus filhos para as consultas de enfermagem?
- 02.** Em qual faixa etária as crianças adoecem mais e procuram a consulta de enfermagem?
- 03.** E quais são essas doenças?
- 04.** Quando essas crianças vêm ao posto com essas doenças, quais são as principais condutas que você utiliza na consulta de enfermagem?
- 05.** Para cuidar das crianças com as doenças que você citou você segue/utiliza o protocolo do AIDPI?
- 06.** Você considera AIDPI uma estratégia eficaz/útil na sua atuação durante a consulta de enfermagem? Você poderia detalhar?
- 07.** Quando você utiliza AIDPI, como ocorre esse processo? Você pode detalhar?
- 08.** Quando a criança necessita de encaminhamentos, como isso é feito?
- 10.** Como é a reação dos médicos mediante a atuação do enfermeiro no AIDPI?
- 11.** Em relação a prescrição de medicamentos AIDPI pelo enfermeiro, como isso ocorre?
- 12.** Que tipo de iniciativa seria necessário para melhorar a utilização da estratégia AIDPI pela enfermagem?

Apêndice 03 – Termo de autorização institucional**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

Título do Estudo: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Pesquisadoras: Profa. Dra. Akemi Iwata Monteiro (orientadora/coordenadora da pesquisa); Isabel Cristina Araújo Brandão (enfermeira/orientanda).

Após análise do Projeto e da Solicitação:

___ Autorizamos a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família do município de Natal;

___ Não autorizamos a coleta de dados nas Unidades de Saúde da Família do município de Natal;

Quanto à divulgação:

___ Autorizamos a menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

___ Não autorizamos a menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

No que diz respeito ao Relatório Escrito:

___ Requeremos a apresentação dos resultados da pesquisa na instituição.

___ Não requeremos a apresentação dos resultados da pesquisa na instituição.

Natal, RN, ____ de dezembro de 2011

Maria do Perpétuo Socorro Lima Nogueira
(Secretária de Saúde do município de Natal)

Apêndice 04 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA. Ela tem a finalidade de analisar a atuação dos enfermeiros na execução da estratégia AIDPI nas Unidades de Saúde da Família do município de Natal. Esta pesquisa é coordenada pela Dr^a. Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa objetiva: descrever a atuação do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no município de Natal, RN..

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) a responder uma entrevista e um questionário. Os riscos envolvidos com sua participação serão mínimos, pois cuidados serão tomados para manter a privacidade e sigilo das informações fornecidas por você, sendo resguardada a sua identidade.

Os benefícios em participar deste estudo estão relacionados à contribuição com a análise do desempenho dos enfermeiros na execução da estratégia AIDPI para o controle e prevenção de mortes evitáveis em decorrência de doenças prevalentes na infância e posterior sensibilização dos atores envolvidos no controle dessas doenças a nível municipal (gestores, profissionais de saúde e sociedade) quanto à necessidade de um maior investimento e comprometimento na organização dos serviços de saúde para a atenção a criança, bem como para a ampliação do conhecimento científico em saúde pública, especialmente no que concerne as doenças prevalentes na infância e a estratégia AIDPI.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Os registros de sua participação neste estudo serão mantidos em sigilo e, somente o pesquisador responsável e colaboradores terão acesso a essas informações. Se qualquer relatório ou publicação aparecer deste estudo, a identificação do participante não será revelada. Os resultados serão descritos de forma simplificada e o/a entrevistado (a) não será identificado (a). Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite e comprove a autenticidade dos gastos. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar a qualquer momento da pesquisa ou diretamente para Akemi Iwata Monteiro, no Campus Universitário, S/N, Departamento de Enfermagem, ou pelo telefone (84)3215-3862.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço: Praça do Campus Universitário, Lagoa Nova. Caixa Postal 1666, CEP 59072-970 Natal/RN ou pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA.

Nome do participante da pesquisa



Assinatura

Nome do pesquisador responsável
(Profa. Dra. Akemi Iwata Monteiro)

Assinatura

Pesquisador responsável:

AKEMI IWATA MONTEIRO - UFRN- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
Campus Universitário, BR 101 – Lagoa Nova, LAGOA NOVA; NATAL/RN, CEP: 59072-970ou pelo telefone (84)3215-3862.

Comitê de Ética em Pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campus, Campus Universitário, CEP 59.078-970, Natal, Brasil

Apêndice 05: Termo de autorização para gravação de entrevista

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA

Por intermédio deste termo pedimos a sua autorização para registrar a entrevista a qual você será submetido(a), ao participar da pesquisa intitulada: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA.

A entrevista será individual e você será requisitado(a) a responder a um roteiro de entrevista já estruturado. Mediante a sua autorização, durante a entrevista sua fala será gravada através de um gravador de voz digital e, posteriormente, será transcrita de modo a captar precisamente as informações.

Sua identificação estará sob sigilo e seu nome não será revelado em qualquer via de publicação ou uso. O registro das falas e suas respectivas transcrições serão guardadas pela coordenadora da pesquisa, em armário fechado, na sala 19 do Departamento de Enfermagem/UFRN por um período de cinco anos, que contará da data da realização da entrevista. Passados cinco anos da realização da entrevista o material será queimado para fins de destruição, e a qualquer momento você poderá ter acesso à transcrição resultante de sua entrevista para leitura.

A pesquisa terá a coordenação da Dr^a Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente ao pesquisador, no endereço Campus universitário, Lagoa Nova, Departamento de Enfermagem. E-mail: akemiiwata@hotmail.com ou pelo telefone (84)3215-3862.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador responsável
(Profa. Dra. Akemi Iwata Monteiro)

Assinatura

Pesquisador responsável

AKEMI IWATA MONTEIRO - UFRN- DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM Campus Universitário, BR 101 – Lagoa Nova, LAGOA NOVA; NATAL/RN, CEP: 59072-970 ou pelo telefone (84)3215-3857.

Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN), Praça do Campus, Campus Universitário, CEP 59.078-970, Natal, Brasil. e-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br; telefone: (84) 3215-3135.

Apêndice 06 - Termo de compromisso do responsável pelo projeto em cumprir os termos da Resolução 196/96 do CNS

Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

Eu, AKEMI IWATA MONTEIRO, Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, portadora do CPF: 084.497.404-87, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

AkemiIwata Monteiro (Orientadora)

Isabel Cristina Araújo Brandão (Orientanda)

NATAL, RN