

## CAPACITAÇÃO NA ESTRATÉGIA AIDPI: EFEITO SOBRE O DESEMPENHO DE ENFERMEIROS NAS AÇÕES DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PRIMÁRIA DA CRIANÇA

Nayara Alves de Oliveira (1); Simone Elizabeth Duarte Coutinho (2)

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba, e-mail: [nayara.alves90@hotmail.com](mailto:nayara.alves90@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, e-mail: [simonedc@hotmail.com](mailto:simonedc@hotmail.com)

**Resumo:** Estudo com o objetivo geral de conhecer o efeito da capacitação da estratégia da AIDPI sobre o desempenho dos profissionais da Enfermagem no contexto das ações de emergência a saúde da criança na APS, a partir da história oral da vivência de duas enfermeiras inseridas em diferentes realidades do Estado da Paraíba. Os resultados foram analisados e discutidos através da narrativa, caracterizando um estudo qualitativo. As vivências mostram que a capacitação foi imprescindível para nortear as ações de emergência à saúde da criança dentro da APS, entretanto ainda há barreiras que dificultam a implementação da estratégia, como a dinâmica do trabalho multiprofissional, o ato médico e os subsídios básicos que devem constar na unidade básica para atender às necessidades da criança.

**Palavras-chave:** Cuidado da Criança, cuidados primários de saúde, saúde infantil, Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância.

### INTRODUÇÃO

Na história contemporânea da atenção à saúde da criança no Brasil, o Ministério da Saúde, em 1984, juntamente com o Ministério da Previdência e Assistência Social, propôs a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), que visava reduzir a morbimortalidade infantil priorizando ações de promoção ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, imunizações e prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas<sup>1</sup>.

Apesar das diretrizes propostas no Brasil terem sido preconizadas para atender os principais e importantes agravos das crianças menores de 05 anos, o perfil da saúde infantil

ainda representava um grande desafio. A Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo Das Nações Unidas para Infância (UNICEF) se mobilizaram para oferecer e favorecer a construção de um sistema eficiente de atenção primária à saúde infantil, resultando na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que o Ministério da Saúde do Brasil adotou em 1996<sup>2,3</sup>.

A estratégia AIDPI visa reduzir a mortalidade na infância, introduzir o conceito de integralidade e promover a integração dos diversos setores envolvidos nesse âmbito. Especificamente, objetiva: reduzir a mortalidade em crianças menores de 05 anos,

reduzir o número e a gravidade de casos de infecções respiratórias agudas, diarreia e desnutrição e melhorar a qualidade da atenção a saúde prestada à criança<sup>4</sup>. Para isso, se alicerça em três pilares básicos: reorganização dos serviços de saúde para melhoria no suporte às necessidades; melhoria nas práticas da família e da comunidade através da educação em saúde; e capacitação dos profissionais de saúde em busca da melhoria da qualidade da assistência prestada<sup>5</sup>.

A capacitação em AIDPI dos profissionais de saúde foi iniciada a partir de 1996, incluindo médicos e enfermeiros numa atuação conjunta nos serviços de saúde. O enfermeiro capacitado poderia atuar na avaliação, classificação e tratamento das crianças com doenças prevalentes, particularmente na atenção primária à saúde<sup>2</sup>.

A AIDPI foi incorporada entre 2004 e 2005 como uma das principais estratégias da política de saúde através da publicação de uma “Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil no Brasil”, objetivando um atendimento mais humanizado e de melhor qualidade para as crianças e sua família<sup>6,7</sup>. Neste cenário promissor, uma fragmentação tornou-se evidente principalmente após a solicitação da aprovação do ato médico, rejeitado por todos os outros profissionais que atuam na equipe de saúde, que acabou

rompendo a continuidade das capacitações de forma sistematizada.

Entretanto, a capacitação foi proposta para ser incluída na graduação dos cursos. Neste caso, os estudantes receberam a capacitação original no decorrer dos cursos de medicina e enfermagem na Universidade Federal da Paraíba até meados de 2004. Na enfermagem, a capacitação totalizou uma carga horária de 48 horas durante a disciplina de Enfermagem Pediátrica e contou com atividades práticas em unidades básicas de saúde durante dois meses. Esse público foi submetido a uma pesquisa, que demonstrou que a capacitação em AIDPI tornava os médicos e enfermeiros mais seguros para a tomada de decisão em relação ao problema de saúde apresentado pela criança, fato esse bastante significativo, pois os profissionais não são especialistas em Pediatria<sup>2,8</sup>.

Passados 10 anos do final das capacitações ficou uma lacuna a ser respondida na história da saúde infantil na Paraíba: qual o impacto da capacitação no desempenho destes profissionais? A importância deste resgate se dá por a AIDPI versar sobre dois focos da atenção: a promoção da saúde e a prevenção de agravos com a identificação dos sinais de perigo.

Neste recorte, focaremos a prevenção dos agravos uma vez que um dos atributos da atenção básica em saúde é a coordenação dos

cuidados em saúde e um atraso na identificação da gravidade pode afetar as chances de sobrevivência da criança. As condutas de emergências contidas nos quadros de avaliação e classificação das doenças prevalentes na infância devem estar asseguradas pelo profissional de saúde. Ou seja, a estratégia deve assegurar a utilização de ações apropriadas para tratar as principais doenças na infância, como acelerar o tratamento de urgência em crianças gravemente doentes. A estratégia AIDPI permite identificar sinais clínicos preditivos que possibilitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida quanto à necessidade requerida pela criança, podendo ser um encaminhamento de urgência ao hospital ou atendimento especializado<sup>9</sup>.

Considerando a estratégia AIDPI como uma das mais completas estratégias para atenção integral à saúde da criança, e àquela que propicia vínculos e coparticipações multiprofissionais dentro da atenção primária a saúde, e ainda, a que possibilita a percepção precoce de sinais de agravo da saúde da criança de modo a identificar a conduta adequada, esse estudo teve como objetivo conhecer o efeito da capacitação da estratégia da AIDPI sobre o desempenho dos profissionais da Enfermagem no contexto das ações de

emergência a saúde da criança na APS. Diante disso, buscamos resgatar como dimensão viva dos protagonistas capacitados na AIDPI durante a graduação em Enfermagem na UFPB até meados de 2004 a narrativa de sua história acerca da prática profissional na prevenção dos agravos na APS.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e exploratória, visto que o estudo trata da concepção humana e aspectos psicossociais do indivíduo, não sendo possível quantificar a sua subjetividade. O cenário da pesquisa foi definido pela comodidade do colaborador, sendo entrevistado em seus locais de trabalho, sendo um ambiente calmo e tranquilo, livre de interrupções, deixando o colaborador à vontade.

Os participantes da pesquisa foram duas enfermeiras atuantes na APS. Adotaram os seguintes critérios de inclusão: ser profissionais de Enfermagem que trabalhassem na equipe multiprofissional e atendessem crianças na ESF e que tivessem sido capacitados pela estratégia AIDPI enquanto alunos da graduação do curso de Enfermagem do CCS da UFPB até meados 2004. Foram excluídos dessa pesquisa os profissionais que participaram da capacitação, mas não atuaram na APS. A coleta de dados

ocorreu no período de janeiro de 2014 a maio de 2014.

O material empírico foi obtido por meio da História Oral, que se baseia no depoimento gravado. A História Oral consiste em tudo aquilo que é obtido por meio da fala de alguém, desde que haja uma pesquisa básica sobre o tema em estudo por parte do pesquisador, direcionando a formulação do roteiro da entrevista. As questões direcionadas para coleta das entrevistas consistiam no significado da capacitação em AIDPI para vida profissional do entrevistado e qual o real significado dentro da vivência e a sua aplicabilidade; qual a representação do ato médico diante a prática do profissional de enfermagem no contexto da estratégia; e quanto a aplicabilidade das condutas de emergência propostas pela AIDPI na APS. As entrevistas foram agendadas de acordo com a conveniência do colaborador e realizadas em um clima de solidariedade aberto ao aconchego, a confiança e ao respeito, com o consentimento para gravar<sup>11,12</sup>. Nesse sentido, a história oral foi escolhida por ser considerada uma prática importante de fonte oral da historiografia contemporânea<sup>10</sup>.

A entrevista passou pelas etapas de transcrição, onde as falas foram transformadas em um documento escrito sem a menor modificação. Em seguida, foi submetido a uma textualização, em que as perguntas foram

suprimidas e agregadas às respostas e a uma reorganização do conteúdo para o documento tornar-se mais claro. Por fim, passou por um “teatro de linguagem”, recriando a atmosfera da entrevista, procurando trazer o mundo de sensações provocadas pelo contato, o que não ocorreria reproduzindo-se palavra por palavra. Nesta etapa, foi vital a participação do colaborador para legitimar o texto<sup>11</sup>. Após várias leituras do material com incorporações e retiradas de trechos, resultou em uma narrativa a partir da entrevista, buscando transformar informação (dados brutos da entrevista) em conhecimento (dados tratados da narrativa), como uma evidência qualitativa da sua experiência com a estratégia AIDPI após a capacitação<sup>13</sup>.

O estudo respeitou os aspectos éticos preconizados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos<sup>14</sup>. Esta pesquisa está articulada ao Projeto de Pesquisa: “*História oral temática de enfermeiros e o AIDPI: o que mudou para o cuidado da Enfermagem em atenção à saúde da criança?*”, que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do CCS/UFPB em obediência aos princípios éticos contidos Na Resolução CNS nº 466/2012, sendo apreciado e aprovado sob protocolo nº 0171/11. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi oferecido aos participantes,

que ficaram livres para concordar e participar ou não com o que o estudo propõe, bem como desistir de sua participação a qualquer momento da pesquisa, através de suas assinaturas. Convém mencionar que, para manter o anonimato das enfermeiras inseridas no estudo, os depoimentos oriundos das entrevistas foram identificados como Margarida e Mônica.

Para análise dos resultados, foi utilizada a narrativa, permitindo identificar um significado próprio da história de vida do enfermeiro e sua vivência com a estratégia AIDPI, que foi analisado qualitativamente devido à natureza da pesquisa. E ainda, para melhor compreensão da narrativa, foi realizada uma espécie de triangulação com a documentação escrita, com outros testemunhos e com as diversas fases do discurso do testemunho<sup>15</sup>.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Atenção Básica à Saúde é uma estratégia para atender de forma regionalizada, contínua e sistematizada às necessidades da população adstrita, integrando ações preventivas, curativas e de promoção de saúde, bem como ações de educação em saúde, abrangendo o cuidado a indivíduos e à comunidade. Assim, a dinâmica da APS possui características diretamente relacionadas ao território em que está inserida, moldando as prioridades e a

dinâmica da equipe em torno das necessidades identificadas.

Não obstante, a atenção primária à saúde da criança colabora significativamente para redução da mortalidade infantil, visto que muitos dos problemas de saúde prioritários dessa faixa etária são passíveis de identificação, controle e assistência na APS<sup>16</sup>. A incorporação da AIDPI consistiu em um avanço importante para enfatizar a necessidade de focar a atenção (de forma holística) na condição de saúde das crianças menores de 05 anos antes da avaliação, classificação e tratamento de uma doença específica apresentada no momento da consulta.

A AIDPI permitiu não só responder ao motivo principal da consulta, mas avaliar a presença de outros sinais de perigo ou problemas de saúde que frequentemente afetavam a saúde infantil através de uma sequência de etapas aplicadas durante a consulta. Sendo assim, a AIDPI contribui para evitar as oportunidades perdidas de diagnóstico e tratamento de problemas, bem como para integrar na consulta as intervenções de prevenção e promoção da saúde que muitas vezes não fazem parte da atenção rotineira da prática profissional<sup>17</sup>.

Nesse contexto, é possível identificar as diferenças da prática profissional e do olhar da equipe sobre determinados pontos da

atenção à criança quando observamos as vivências dos profissionais que lidam com a APS. A história de duas enfermeiras, nascidas no mesmo âmbito de formação da UFPB e sob o mesmo olhar da capacitação da estratégia AIDPI, evidenciam as diferentes realidades dentro de um mesmo Estado. A enfermeira Margarida tem sua história de vida na atenção à criança construída em uma UBS na cidade de Campina Grande, que tem uma história de luta e perseverança dentro da atenção primária. Já Mônica, tem sua história contada dentro de uma unidade integrada de atenção primária à saúde na cidade de João Pessoa, onde viveu 12 anos da sua experiência profissional com a saúde da criança.

As enfermeiras relatam realidades distintas quanto à frequência da necessidade de intervenções em situações de emergências na APS. A enfermeira Mônica nunca vivenciou esse tipo de situação na USF, como crise de asma severa ou convulsões. Os casos mais comuns era a dermatite por contato por uso de fraldas, as infecções respiratórias agudas, alguns casos de diarreia, obesidade e hiperatividade, e afirmou com muito orgulho: *“Em todos os casos, prestei assistência qualificada e humanizada, segui os protocolos preconizados pelo AIDPI e Ministério da Saúde. Nos casos que a conduta necessária fugia da minha competência de*

*enfermeira, eu encaminhava para o médico da unidade ou para um médico nos centros de referência da USF, como dermatologista, nutricionista, psicólogos, entre outros”*. Entretanto, Margarida já passou por alguns momentos de tensão, pois necessitava de suporte para resolver o agravo na unidade básica, sem precisar encaminhar para outros setores de atenção à saúde, mas não possuía esse suporte.

A identificação correta e precoce dos sinais de perigo implica diretamente na sobrevivência da criança. Os sinais gerais de perigo consistem em: a criança não consegue beber nem mamar, vomita tudo o que ingere, apresentou convulsões, está letárgica ou inconsciente. Quanto aos sinais de perigo para determinadas doenças prevalentes, como a pneumonia grave, tem-se a tosse ou dificuldade de respirar, onde deve-se observar a frequência respiratória da criança, verificar se há sibilância e/ou estridor e se há tiragem subcostal<sup>18</sup>. As condutas de emergências contidas nos quadros de avaliação e classificação das doenças prevalentes na infância devem estar asseguradas pelo profissional de saúde. Estudos mostram que na prática profissional, a atenção aos sinais gerais de perigo é focada aos itens “se a criança bebe líquidos ou mama” e “se vomita tudo que ingere”, possuindo os outros itens uma atenção menor. Esse dado é preocupante,

visto que pode contribuir para a não detecção precoce dos casos mais graves, dificultando o bom prognóstico da criança<sup>19,20</sup>.

Para isso, além da capacitação do profissional, são necessários os subsídios básicos na unidade de saúde para realização das intervenções. Margarida citou o caso de uma pneumonia grave, onde é necessário o aporte de oxigênio e muitas vezes não está disponível no serviço. Assim como em casos de desidratação grave, que na conduta estabelecida pela estratégia, poderia ser realizada hidratação ainda na APS antes de referenciar a criança.

Lembrando que, a AIDPI não é apenas estabelecer um diagnóstico específico de uma determinada doença, mas identificar os sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro e fazer uma triagem rápida quanto à natureza da atenção requerida pela criança: as condutas são iniciadas na USF e podem ter o encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio<sup>9</sup>.

Margarida afirma que a capacitação clareia a visão que o profissional tem acerca do que é prioridade naquele momento, porque a estratégia guia a visão de maneira mais rápida para o sinal durante a avaliação quando se trata, por exemplo, de uma criança acompanhada da mãe e toda angustia

envolvida diante de uma queixa. Defende que a maior proposta da AIDPI é justamente identificar o sinal como uma necessidade da criança e poder agir em tempo hábil. Há estudos que comprovam isso, que a capacitação em AIDPI torna os médicos e enfermeiros mais seguros quando estão diante de situações que necessitam avaliação e intervenções imediatas para suprir as necessidades naquele momento<sup>3,21</sup>.

Essa segurança é refletida no momento de decidir com propriedade se a criança necessita ser encaminhada para tratamento especializado ou para internamento, o que faz diferença na redução da mortalidade e do agravamento das doenças<sup>8</sup>. Além de que, profissionais capacitados na estratégia contribuem diretamente para melhorar o conhecimento dos pais sobre o cuidado de seus filhos em sua residência, pois se bem orientados, possuem maior conhecimento acerca dos sinais de perigo cuja manifestação alertaria para a necessidade de buscar ajuda no serviço de saúde<sup>21</sup>.

Estudo realizado com profissionais de saúde capacitados em AIDPI mostrou que eles prestaram cuidados significativamente melhores que os profissionais de saúde sem esse treinamento, além de apresentar uma probabilidade maior de classificar corretamente a criança. E ainda, a relação do enfermeiro com a genitora mostrou-se

melhor, pois houve um número maior de mães orientadas a, por exemplo, oferecer líquidos adicionais à criança doente, a administrar medicamentos orais e a retornar de imediato à unidade de saúde na presença de sinais de perigo<sup>3</sup>.

Apesar das melhorias significativas apontadas em estudos, a vivência profissional traz suas particularidades. Por mais que facilite e subsidie a identificação e avaliação dos sinais de perigo existentes, há a dificuldade na resolutividade e todas as suas consequências, como a medicalização da saúde. Margarida sente a estratégia de modo frágil durante a conduta, pois dentro do cenário da enfermagem em que estava inserida, não era possível dar o seguimento medicamentoso. Frustrada e até mesmo com um ar de indignação, Margarida não aceita que apesar de identificar e classificar, não possa dar a conduta, pois para ela implica em resolutividade zero. Visto que, ela pode fazer a classificação de acordo com o protocolo universal do Ministério da Saúde, o que implica no fato de que todos seguirão a mesma regra e definirão do mesmo jeito.

A conduta medicamentosa, no item ‘Tratamento’, ainda consiste em uma barreira para implantação da estratégia em sua plenitude. Apesar de o estudante aprender durante a capacitação sobre o medicamento recomendado (sua dosagem e forma de

administração), existem as barreiras institucionais para enfermeiros prescreverem medicamentos. Há erro de julgamento, pois na verdade a medicação já foi prescrita pelo programa e o enfermeiro faz apenas as orientações sobre a forma adequada de administração e acompanhamento<sup>9</sup>. Essa realidade vai de encontro a uma das características da AIDPI, que é a possibilidade de identificar rapidamente as crianças gravemente doentes, de modo a não retardar o início do tratamento<sup>8</sup>.

Doutra parte, quando há o médico na unidade, como no caso de Mônica, no momento em que as condutas fogem da competência do enfermeiro e além do que é preconizado pelo MS, o médico assume o caso. O que já não refletia a realidade de Margarida, que teve que lidar muitas vezes com a falta do médico na unidade e se via diante da necessidade de uma intervenção medicamentosa imediata para criança, mas fugia de sua competência quanto enfermeira: *“Então o profissional de enfermagem tem mais essa barreira a enfrentar. Ele pode identificar o sinal, fazer toda avaliação, classificar o problema de saúde da criança naquele momento, mas aí como dar a conduta? Como dar o seguimento medicamentoso? Esse é um ponto como uma fragilidade, uma limitação da implementação da estratégia do AIDPI”*. Então, Margarida,

como meio de atender à necessidade da criança, optava pelo encaminhamento aos serviços de média ou alta complexidade.

Segundo a Lei COFEN nº7498/86 que rege a regulamentação do exercício profissional de enfermagem, o enfermeiro tem autonomia para solicitar exames complementares e de rotina, bem como prescrever medicamentos e escolher a posologia dos mesmos no âmbito de programas de saúde pública do Ministério da Saúde, a exemplos do PAISC e AIDPI desenvolvidos na APS<sup>15</sup>. Em contrapartida, a hegemonia médica a favor do Ato Médico define como sendo privativo aos médicos quaisquer atividades que emanem a necessidade de métodos diagnósticos e condutas medicamentosas. E na rotina da APS, quando a criança chega ao serviço com sinais e sintomas de alguma doença é encaminhada para atendimento médico, na perspectiva do profissional prescrever os medicamentos apropriados, condicionando assim, a conduta ao estado da criança.

Nos demais casos em que não necessita de uma prescrição, a enfermagem faz uso de medidas paliativas e desenvolvem ações promocionais e preventivas, não utilizando as condutas estabelecidas pela AIDPI<sup>23</sup>. Margarida, de acordo com sua vivência, refere que as medidas paliativas e as ações promocionais nem sempre são levadas

em consideração, pois a população espera por um medicamento que resulte em um prognóstico mais rápido e então acaba tendo que escutar que a avaliação da “doutora” é melhor, pois ela passa remédio.

Essa realidade retrata bem a medicalização da saúde, em que há a transformação das vivências, dos sofrimentos e das dores em necessidades médicas, acentuando a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos desnecessários e por vezes, danosos à saúde dos usuários. Com a influência do modelo biomédico, os clientes esperam por sempre que precisar, tomar um medicamento que controle os sinais ou sintomas da doença. Tudo isso se deve às funções atribuídas aos fármacos, gerando uma expectativa que os mesmos possuam conforto moral, diminuam a sensação de insegurança, aliviem a angústia e ajudem a viver. E com isso, acaba gerando uma desvalorização dos hábitos de vida saudáveis e intervenções não medicamentosas para o combate à fragilidade, quando possível<sup>23</sup>.

Então, mediante o entrave em relação a prescrição, na falta do médico na unidade, a equipe de enfermagem se vê na necessidade de realizar o encaminhamento, tornando-se a conduta mais frequente durante o atendimento à criança doente. Contrariando as condutas da AIDPI, pois o encaminhamento para serviços

de média e alta complexidade é realizado sem uma triagem efetiva, mas muitas vezes, por falha do serviço. Além de que, algumas doenças poderiam ser inicialmente tratadas na APS e ter continuidade do tratamento em casa, através de orientações e retornos à unidade agendados para avaliação da criança. É importante salientar que, antes da criança ser referenciada, ela necessita de cuidados ainda na unidade básica de saúde, o que inclui primeira dose do medicamento<sup>18,21</sup>.

Ultimamente, os níveis assistenciais de média e alta complexidade estão atendendo grande parte da demanda que deveria ser da APS, resultando na dificuldade de acesso aos serviços especializados para quem realmente precisa e no aumento desnecessário dos gastos do SUS<sup>23</sup>. A vivência de Margarida garante que o difícil acesso a esse nível de assistência torna-se uma barreira para implantação do AIDPI: *“Após anos de implantação, ainda existem desafios, como ainda o insuficiente acesso a procedimentos de média e alta complexidade. Também, é importante salientar que setores estratégicos deste processo ainda apresentam avanços tímidos, setores que são importantes para garantir a resolutividade da Atenção Básica e o processo de Referência e Contra Referência eficaz”*.

A ampliação do acesso a serviços de média complexidade quando necessário é um

meio de potencializar a resolubilidade da atenção básica. Isso é possibilitado a partir do momento que há a descentralização e ampliação da oferta de atenção especializada. A não resolutividade das necessidades do cliente que podem ser atendidas no âmbito da atenção básica culmina em grandes filas de espera nos serviços especializados, afogando o sistema. Essa situação prejudica o princípio de integralidade do SUS no tocante a integração e o fluxo entre os níveis de atenção<sup>25</sup>. Somado a isso, há ainda a precariedade na contra referência, já que o paciente retorna a UBS e o profissional não sabe o que foi realizado nos outros níveis da assistência, prejudicando a atenção integral à criança e muitas vezes, a descontinuidade da atenção.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar da estratégia e a capacitação serem as mesmas para ambas, os princípios serem os mesmos para a APS, as vivências pelas enfermeiras dentro de um mesmo Estado foram distintas, variando de acordo com a necessidade da população a qual a UBS está adstrita.

As vivências mostram que a capacitação foi importante para nortear as consultas dentro da atenção primária a criança no contexto das condutas de urgência, pois permitiam a avaliação e classificação de acordo com os protocolos, clareando a visão

do profissional no momento da consulta. Em contrapartida, as barreiras para implementação da estratégia variam de acordo com o processo de trabalho multiprofissional e o aporte que a unidade de saúde oferece ao profissional para atender as demandas.

A falta do profissional médico na unidade mostrou-se um obstáculo importante para a continuidade do protocolo, visto que em sua ausência, o enfermeiro não poderia dar a conduta medicamentosa e precisa referenciar a criança para atendimento especializado, mesmo quando a conduta poderia ser realizada na APS. Essa realidade é refletida também, pelas barreiras impostas pelo ato médico, que não permite o diagnóstico ou condutas medicamentosas por outros profissionais da área de saúde, mesmo o medicamento estando prescrito através do protocolo. E ainda, a falta de subsídios para o atendimento na atenção básica que influenciam de forma direta na resolutividade da estratégia quanto aos protocolos de emergências, prejudicando o princípio de integralidade requerido pelo SUS.

#### REFERENCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Metas da Cúpula em Favor da Infância:** avaliação de meia década, 1990-1995. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.
2. VERISSIMO, M.L.O.R. et al. Formação do enfermeiro e a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. *Revista*

*Brasileira de Enfermagem.* v. 56, n. 4, p. 396-400, 2003.

3. AMARAL, J.J.F. et al. Efeito da AIDPI sobre o desempenho de profissionais de saúde. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Implantação e avaliação no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 55-75.
4. CUNHA, A.J.L.A.; SILVA, M.A.F.S.; AMARAL, J.J.F. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI” e sua implantação no Brasil. *Revista Pediátrica do Ceará.* p. 33-38, 2001.
5. VICTORA, C.G.; CÉSAR, J.A. Saúde materno-infantil no Brasil: Morbimortalidade e possíveis intervenções. In: ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO N.A. *Epidemiologia e Saúde.* São Paulo: Ed. Médico e Científica, 2003.
6. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância.. **Relatório da sessão especial das Nações Unidas sobre a criança:** As metas das nações unidas para o Milênio. Nova Iorque: Nações Unidas, 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
8. BRINGEL, G.M.; OLIVEIRA, A.C.; REICHERT, A.S. Assistência à Criança após capacitação em AIDPI. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** Implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 205-217.
9. CABRAL, I.E.; RODRIGUES, E.C. O Ensino da AIDPI na Enfermagem. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F.

- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** Implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.187-203.
10. MATOS, J.S.; SENNA, A.K. *História oral como fonte: problemas e métodos*. Historiae. Rio Grande, 2011. p. 95-108.
  11. MEIHY, J.C.S.B. *Manual de história oral*. 3 ed. São Paulo: Editora Loyola, 2002.
  12. BRÊTAS, A.C.P. Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 13, n. 3, p. 81-91. 2000. .
  13. NUNES, E.D.; CASTELLANOS, M.E.P.; BARROS, N.F. A experiência com a doença: da entrevista à narrativa. *Revista de Saúde Coletiva*. V. 20, n. 4, p. 1341-1356. 2010.
  14. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Resolução 196/96 de 09 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos**.
  15. THOMPSON, P. *A voz do passado – História Oral*. 2nd ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.
  16. OKAY, Y. Atenção integral a saúde do ser humano. In: GRISI, S.; OKAY, Y.; SPEROTTO, G. *Estratégia atenção integrada às doenças prevalentes da infância AIDPI*. São Paulo, 2005. p.3-18.
  17. GUPTA, R.; SACHD, H.P.S.; SHAH, D. Evaluation of the WHO/UNICEF algorithm for Integrated Management of Childhood Illness between the ages of one week to two months. *Indian Pediatric*. 2000.
  18. BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade**: módulo 2. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.
  19. AMARAL, J.J.F. et al. Avaliação da AIDPI no Ceará. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** Implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.125-143
  20. MAGALHÃES, M.G. et al. AIDPI nas unidades do programa saúde da família em Pernambuco. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** Implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.111-123.
  21. BENGUIGUI, Y.; CUNHA, A.J.L.A.; SILVA, M.A.S.F. Panorama atual e perspectivas da AIDPI na região das Américas. In: CUNHA, A.J.L.A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M.A.S.F. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** Implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.27-54
  22. BRASIL. Decreto-Lei nº94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem**.
  23. BRANDÃO, I.C.A. *Atuação do Enfermeiro na Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, em RN*. 2012. 97 f. Dissertação – Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN; 2012.
  24. BARROS, J.A.C. Pensando o Processo de Saúde-doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. V. 11, n. 1, p. 67-84. 2001.
  25. ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*. V. 26, n. 2, p. 286-298. 2010.