

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Desafios para aplicação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância

Challenges implementation of the integrated attention to childhood illness

Desafíos para la aplicación de la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia

Ingrid Leticia Fernandes dos Santos¹, Maria Aparecida Munhoz Gaiva²

ABSTRACT

Objective: to analyze the advantages and difficulties faced by professionals working in the family health strategy cuiabá / mt for the application based integrated management of childhood illnesses (imci). **Method:** exploratory descriptive study quantitative approach with 101 professionals working in family health units. with data collected from march to may 2013, a questionnaire applied to professional and systematic observation of the health unit. **Results:** the main difficulties pointed out by professionals in implementing the strategy were the lack of training of the staff members (31.0 %) and prescription drug protocols for nurses (23.4 %). the facility that stood out was the link with the enrolled population (30.3 %). **Conclusions:** the results boost the reflection of practice for professionals responsible for childcare as well as managers should support the implementation of this important strategy for health care for the child. **Descriptors:** AIDPI; Primary health care; Child health; Family health.

RESUMO

Objetivo: Analisar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam na estratégia saúde da família de Cuiabá/MT para aplicação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). **Método:** Estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa com 101 profissionais atuantes em unidades de saúde da família. Os dados foram coletados de março a maio de 2013, por meio de questionário aplicado aos profissionais e observação sistemática da unidade de saúde. **Resultados:** As principais dificuldades apontadas pelos profissionais na aplicação da estratégia foram a falta de capacitação dos membros da equipe (31,0%) e de protocolos de prescrição de medicamentos para enfermeiros (23,4%). A facilidade que mais se destacou foi o vínculo com a população adscrita (30,3%). **Conclusões:** Os resultados impulsionam a reflexão da prática dos profissionais responsáveis pelo atendimento à criança, bem como dos gestores que deveriam apoiar a aplicação desta importante estratégia de atenção à saúde da criança. **Descritores:** AIDPI; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Saúde da Família.

RESUMEN

Objetivo: analizar las ventajas y las dificultades que enfrentan los profesionales que trabajan en la estrategia de salud de la familia cuiabá / mt para la aplicación basada en la gestión integrada de las enfermedades de la infancia (aiepi). **Métodos:** estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo con 101 profesionales que trabajan en las unidades de salud de la familia. con los datos recogidos entre marzo y mayo de 2013, se aplicó un cuestionario a la observación profesional y sistemática de la unidad de salud. **Resultados:** las principales dificultades señaladas por los profesionales en la aplicación de la estrategia eran la falta de capacitación de los miembros del personal (31,0 %) y los protocolos de los medicamentos recetados a los enfermeros (23,4 %). la instalación que se destacó fue el vínculo con la población inscrita (30,3 %). **Conclusiones:** los resultados impulsar la reflexión de la práctica de los profesionales encargados de la atención del niño, así como los gerentes deben apoyar la aplicación de esta importante estrategia para la atención de salud para el niño. **Descriptor:** AIDPI; Atención primaria de salud; Salud del niño; Salud de la familia.

1 Enfermeira. Professora Mestre do UNIVAG. 2 Professora Doutora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Pesquisadora do CNPq

INTRODUÇÃO

Estima-se que cerca de 400 mil crianças residentes nas Américas morrem antes de completar cinco anos de idade, e mais da metade (65%) destas mortes estão relacionadas aos fatores que dificultam o controle das doenças de maior prevalência na infância, como condições inadequadas de vida, desconhecimento da gravidade da doença e dos tratamentos por parte do cuidador.¹

Diante dessa situação, a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), criaram em 1994, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com o objetivo de reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos, principalmente as ocasionadas pelas doenças prevalentes e preveníveis; abreviar os episódios e a gravidade de doenças infecciosas e garantir atenção integral de qualidade às crianças menores de cinco anos nos serviços de saúde e nos domicílios.¹ No Brasil, a estratégia foi introduzida oficialmente em 1996, para ser aplicada por médicos e enfermeiros das unidades de saúde da família (USF).

As mudanças promovidas pela estratégia na saúde infantil foram perceptíveis no Brasil e em outros países que a adotaram. Em Benin, Marrocos e Bangladesh houve melhoras sensíveis nos indicadores de saúde, mortalidade infantil e hospitalização de crianças, na abordagem dos sintomas, uso racional de medicamentos e nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.^{2,3} Em Bangladesh, estudo randomizado que comparou os indicadores de saúde de áreas em que a AIDPI estava implementada com áreas que não estava, apontou que a mortalidade infantil era 13,4% mais baixa em regiões onde os profissionais aplicavam a estratégia que naquelas que não ocorria.⁴ Além destes, o processo de avaliação e acompanhamento dos resultados da AIDPI

mostraram que os países têm enfrentado problemas financeiros e falta de supervisores treinados para avaliar a sua aplicação e implementação.⁷

Apesar da importância demonstrada pelos estudos que avaliaram a AIDPI, os processos de implantação e implementação da estratégia no Brasil enfrentam grandes desafios como parcialidade da aplicação, opiniões divergentes sobre a eficácia da mesma, falta de apoio político, mudanças frequentes dos profissionais das equipes de saúde e carência de facilitadores treinados para promover as capacitações.^{5,6}

A disponibilidade de recursos materiais também é considerada um dos desafios para aplicação da AIDPI, uma vez que em determinadas regiões, os elementos essenciais, muitas vezes não estão disponíveis nas unidades de saúde.⁷ O Ministério da Saúde preconiza que, para a aplicação plena da AIDPI, além de profissionais capacitados, cada unidade deve dispor minimamente de alguns medicamentos, todas as vacinas do calendário básico de imunização infantil, infraestrutura, equipamentos e alguns insumos para o desenvolvimento da estratégia.

Assim, para que a implantação e implementação da AIDPI aconteça faz-se necessária a realização de capacitações para melhorar as habilidades dos profissionais, aperfeiçoamento das práticas de saúde comunitária com educação em saúde, descentralização dos serviços e fortalecimento dos sistemas de saúde, mantendo nas unidades profissionais e recursos adequados para sua aplicação.¹

Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo analisar as facilidades e dificuldades que os profissionais de saúde de Cuiabá- MT enfrentam para a aplicação da AIDPI.

MÉTODO

Pesquisa exploratória descritiva de abordagem quantitativa, que contou com a participação de 101 profissionais, sendo 51 enfermeiros e 50 médicos, lotados em 58 unidades de saúde da família (USF) em Cuiabá/MT. O município possui uma população total de 551.098 habitantes, sendo que destes, estima-se que 49.818 são crianças com menos de cinco anos de idade.⁸ A rede de atenção básica do município conta com 22 centros de saúde e 63 equipes de saúde da família, distribuídas em quatro regiões administrativas. O estudo foi desenvolvido em USF, pois no Brasil, a estratégia foi definida para ser aplicada preferencialmente pelas equipes de saúde da família.

Em Cuiabá, as USF, em sua maioria, são compartilhadas por duas equipes, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Estas unidades estão vinculadas à Coordenação de Atenção Básica do município, que é composta por uma equipe multidisciplinar responsável pelo planejamento e avaliação das ações desenvolvidas.

Para obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos: questionário e observação sistemática da unidade de saúde. O questionário, com questões fechadas e abertas, foi aplicado aos médicos e enfermeiros, para traçar o perfil destes profissionais, bem como para apreender as dificuldades e facilidades encontradas no cotidiano do trabalho para a aplicação da AIDPI. Considerando que os estudos que avaliam a AIDPI apontam a carência de recursos como uma das dificuldades para a sua efetiva aplicação, foi realizada também a observação sistemática das unidades para classificar a disponibilidade dos recursos essenciais para desenvolvê-la.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de março e maio de 2013 e foi realizada pela pesquisadora e por estudantes de graduação em enfermagem, especialmente treinados para a aplicação dos questionários e observação das unidades.

Os recursos disponíveis para aplicação da AIDPI foram classificados em adequados ou inadequados, tomando como referência os critérios de avaliação da AIDPI do Ministério da Saúde (MS), que estabelece os componentes essenciais para sua aplicação e os divide nos seguintes grupos: infraestrutura, equipamentos, medicamentos, vacinas, insumos e impressos. Foram considerados adequados os grupos em que todos os elementos essenciais estavam disponíveis na unidade ou faziam parte da rotina do serviço. Os grupos em que qualquer item essencial não fazia parte da rotina do serviço foram classificados como inadequados.⁹

Assim foram considerados essenciais pelo menos um tipo de antibiótico oral, antitérmico/analgésico, ferro, anti-helmíntico, broncodilatador, soro de reidratação oral (item medicamentos), todas as vacinas do calendário básico de vacinação (item vacinas), balança, termômetro, pano ou gaze para mechas, jarra, copo e colher (equipamentos e insumos), local para realização de reidratação oral e endovenosa (infraestrutura), formulários de atendimento da AIDPI, caderneta de saúde da criança e manual de procedimentos da AIDPI (impressos).⁹

Os dados foram processados com os recursos do software estatístico EPI-Info na versão 3.5.2. Para análise utilizou-se da estatística simples (frequência e proporção das repostas) e para melhor visualização, os resultados foram apresentados em tabelas.

O presente estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 194.315.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados mostraram que a maior parte da população estudada era do sexo feminino (69,3%) e tinha graduação em enfermagem (50,5%). Quanto ao tempo de formação, 32,7% era graduado entre 3 e 5 anos. No que diz respeito à pós-graduação, 70,3% possuía algum curso de pós-graduação lato sensu, sendo 41,6% na área da saúde

da família. No que se refere ao tempo de atuação na ESF, 1/3 dos profissionais atuavam entre 3 a 5 anos (Tabela 1)

Tabela 1 - Perfil dos enfermeiros e médicos estudados. Cuiabá Mato Grosso, Brasil, 2013

| Dados pessoais e profissionais | n | % |
|---------------------------------|----|------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Feminino | 70 | 69,3 |
| Masculino | 31 | 30,7 |
| <i>Graduação</i> | | |
| Enfermagem | 51 | 50,5 |
| Medicina | 50 | 49,5 |
| <i>Tempo de graduação</i> | | |
| 3 a 5 anos | 33 | 32,7 |
| 6 a 10 anos | 27 | 26,7 |
| Acima de 10 anos | 26 | 25,7 |
| 1 a 2 anos | 9 | 8,9 |
| Menor de 1 ano | 6 | 5,9 |
| <i>Pós-graduação lato sensu</i> | | |
| Sim | 71 | 70,3 |
| Não | 24 | 23,8 |
| Andamento | 6 | 5,9 |
| <i>Área da pós-graduação</i> | | |
| Saúde da família | 32 | 41,6 |
| Outras | 28 | 36,3 |
| Saúde pública | 15 | 19,5 |
| Saúde da criança | 2 | 2,6 |
| <i>Tempo de atuação na ESF</i> | | |
| 3 a 5 anos | 30 | 29,7 |
| 1 a 2 anos | 24 | 23,8 |
| 6 a 10 anos | 19 | 18,8 |
| Menor de 1 ano | 15 | 14,9 |
| Acima de 10 anos | 13 | 12,9 |

As principais dificuldades apontadas pelos profissionais para aplicar a AIDPI foram: falta de capacitação da equipe (31,0%), falta de protocolo de prescrição de medicamentos para enfermeiros no município (23,4%) e ausência de infraestrutura adequada (15,8%). Dentre as facilidades destacaram-se o vínculo com a população adscrita (30,3%) e resolutividade dos atendimentos (21,2%). Quanto a opinião dos profissionais sobre a AIDPI, 44,6% avaliaram-na como boa (Tabela 2).

Tabela 2 - Dificuldades, facilidades e opinião dos profissionais sobre a aplicação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes a Infância. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2013

| Variáveis | n | % |
|--|----|------|
| <i>Dificuldades para a aplicação da AIDPI</i> | | |
| Falta de capacitação para os membros da equipe | 53 | 31,0 |
| Falta de protocolos de prescrição de medicamentos para enfermeiros | 40 | 23,4 |
| Infraestrutura inadequada | 27 | 15,8 |
| Não sabe responder | 18 | 10,5 |
| Falta de medicamentos | 13 | 7,6 |
| Demanda de atendimento além da capacidade da unidade | 12 | 7,0 |
| Falta de impressos | 3 | 1,8 |
| <i>Facilidades para a aplicação da AIDPI</i> | | |
| Vínculo com a população adscrita | 50 | 30,3 |
| Resolutividade dos atendimentos | 35 | 21,2 |
| Não sabe responder | 28 | 17,0 |
| Integralidade das ações | 23 | 13,9 |
| Educação em saúde | 20 | 12,1 |
| <i>Opinião sobre a estratégia AIDPI</i> | | |
| Muito boa | 27 | 26,7 |
| Boa | 45 | 44,6 |
| Não sabe | 26 | 25,7 |
| Regular | 3 | 3,0 |

Quanto a classificação da disponibilidade dos recursos para a aplicação da AIDPI em Cuiabá, o item vacinas foi classificado como adequado em todas as USF e os

impressos como inadequado também em 100% das unidades. Em relação ao grupo de medicamentos e infraestrutura imprescindíveis para a aplicação da AIDPI, 50% das unidades foram classificadas como adequadas. Por sua vez, os equipamentos eram inadequados em 74,1% das unidades (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação da disponibilidade de recursos para a aplicação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil, 2013

| Recursos/insumos | Adequado | | Inadequado | |
|------------------|----------|-------|------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Medicamentos | 29 | 50,0 | 29 | 50,0 |
| Vacinas | 58 | 100,0 | - | - |
| Equipamentos | 15 | 25,9 | 43 | 74,1 |
| Infraestrutura | 29 | 50,0 | 29 | 50,0 |
| Impressos | - | - | 58 | 100,0 |

A predominância de profissionais do sexo feminino na estratégia saúde da família (ESF) é uma característica da força de trabalho da atenção primária em muitos estados brasileiros. Pesquisa que traçou o perfil sociodemográfico e ocupacional dos profissionais da ESF do Estado de Mato Grosso evidenciou que 59% dos trabalhadores eram do sexo feminino.¹⁰ Resultado semelhante foi encontrado em Montes Claros/MG e Anápolis/GO.¹¹⁻¹²

Outra característica do perfil dos profissionais do presente estudo foi o tempo relativamente curto de formação. Pesquisa que analisou o perfil do profissional de nível superior da estratégia saúde da família de Anápolis/GO, também apontou esta característica, já que 52% dos médicos e enfermeiros eram graduados há menos de cinco anos.¹² Tempo menor ainda foi observado na pesquisa que avaliou a implantação da AIDPI em Russas /CE, onde 58% dos médicos e 29% dos enfermeiros que atuavam na ESF eram formados há menos de um ano.¹³

O tempo de formação recente pode contribuir para a consolidação de estratégias de atenção na saúde da família, inclusive a AIDP¹⁴, já que os currículos escolares na área de saúde vêm sofrendo mudanças e buscando uma formação mais generalista, o que possibilita ao estudante desenvolver habilidades e as competências necessárias para intervir nos vários aspectos do processo saúde doença, tanto no âmbito individual como no coletivo. Além disso, a AIDPI vem sendo oferecida como conteúdo básico nos cursos de graduação de medicina e enfermagem no Brasil há mais de 15 anos.⁶

A busca por pós-graduação pelos profissionais de saúde é uma realidade presente no país. Em Anápolis/GO e Montes Claros/MG, a maioria dos profissionais possuía algum curso de pós-graduação *lato sensu*,^{12,11} tal qual na presente pesquisa e no estudo realizado em Mato Grosso em 2000.¹⁰ O expressivo número de profissionais que buscaram especializações evidencia o interesse destes em garantir respaldo científico para realizar o trabalho na ESF. Além disso, esse perfil revela comprometimento com o desempenho profissional e pode ser entendido como uma forma de manter-se no emprego, devido à instabilidade dos vínculos empregatícios na área da saúde.

A escolha por especializações na área de saúde pública e saúde da família indica um perfil de sanitarista dos profissionais que atuam na ESF em Cuiabá/MT, análogo ao encontrado em Anápolis/GO.¹² Por sua vez, os estudos realizados em Russas/CE e no estado de Mato Grosso, apontaram percentuais menores de profissionais com especializações nessas áreas, 33% e 32,8% respectivamente.^{13,10}

No que concerne ao tempo de atuação dos profissionais na ESF, os resultados mostraram que 1/3 deles atuava entre três a cinco anos, percentual idêntico ao tempo de formação, o que indica que esses iniciaram suas atividades profissionais tão logo concluíram a graduação. Pesquisa que avaliou a implantação da AIDPI em Russas/CE, evidenciou que os profissionais atuavam na ESF há menos de um ano.¹³ É importante ressaltar que um tempo curto de atuação na ESF pode comprometer o desenvolvimento do trabalho e o estabelecimento de vínculo com a comunidade, o

que no caso da criança é fundamental para a adesão da família ao acompanhamento da saúde infantil.

O vínculo consiste na construção de relações de confiança e afetividade entre profissionais de saúde e a comunidade, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização pela saúde ao longo do tempo.¹⁵ Nesse sentido, pode-se considerar que o tempo de atuação do profissional na equipe de saúde da família é essencial para o sucesso das ações desenvolvidas no âmbito da atenção primária em saúde como a AIDPI.

A qualidade e sucesso da implementação de qualquer estratégia de atenção à saúde está diretamente relacionada ao perfil dos profissionais. No caso da AIDPI, uma das maiores dificuldades para sua consolidação é a carência de trabalhadores que atendam aos requisitos para atuar no novo modelo de atenção à saúde.¹³

Estudo que identificou os desafios para implementação da AIDPI em 27 países, inclusive o Brasil, evidenciou como uma das principais dificuldades a falta de capacitação para toda a equipe da unidade.⁷ Na realidade brasileira, essa situação pode estar relacionada à falta de apoio político e financeiro e a alta rotatividade dos profissionais que atuam na ESF. É importante ressaltar que a capacitação dos recursos humanos para a aplicação da AIDPI é um dos três pilares que fundamentam a estratégia e a sua ausência pode gerar fragilidades no conhecimento dos profissionais sobre a mesma e na sua aplicação.¹⁶

Diferentemente das dificuldades apontadas pelos profissionais da presente pesquisa, estudo de abordagem qualitativa com médico e enfermeiros realizado anteriormente em Cuiabá, evidenciou como principal empecilho para aplicação da AIDPI, a demanda excessiva de atendimentos e a estrutura física deficiente.¹⁷

A falta de protocolos para prescrição de medicamentos por enfermeiros também foi evidenciada em pesquisa que analisou as práticas deste profissional na AIDPI.¹⁶ Cabe enfatizar que no presente estudo, este aspecto foi mencionado tanto por enfermeiros como por médicos. A prescrição de medicamentos por enfermeiros da atenção primária não é bem aceita no município de Cuiabá e em outras cidades do

país,¹⁶⁻¹⁷. Essa situação indica desconhecimento por parte dos profissionais das atribuições dos membros da equipe multiprofissional da ESF definidas pela Política Nacional de Atenção Básica,¹⁸ bem como das leis que regulamentam o exercício das diversas profissões de saúde no país.

No que tange a prescrição de medicamentos, a lei do exercício profissional de enfermagem—define em seu artigo 11º como “atividade privativa do enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”.¹⁹ Assim, o enfermeiro, como membro da equipe de saúde, tem o direito e o dever de exercer sua autonomia profissional, o que inclui prescrever medicamentos que fazem parte dos protocolos assistenciais, como a AIDPI.

Vale salientar que a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá possui regulamentação específica que dispõe sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros. Segundo a Portaria nº 103 de três de setembro de 1998, os enfermeiros estão respaldados legalmente a prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública, durante a consulta de enfermagem, quando investidos em cargo e função no âmbito da Fundação de Saúde de Cuiabá.²⁰ Desta forma, fica claro que não existe em Cuiabá nenhum impedimento legal para esse exercício, principalmente para a aplicação da AIDPI, já que a referida portaria inclui a lista de medicações cuja prescrição é permitida aos enfermeiros do município e nela constam todos os medicamentos preconizados pela estratégia. É importante ressaltar que a aplicação da AIDPI não se restringe apenas a prescrição de medicamentos, especialmente porque o componente educacional é parte fundamental para o sucesso da mesma.

A educação em saúde é o terceiro pilar da AIDPI, além de ser uma ação inerente à prática dos profissionais que atuam na ESF. No contexto da atuação da enfermagem, a educação em saúde é um instrumento que facilita a interação entre enfermeiro, família e comunidade. Nesta perspectiva, as ações educativas devem ser sustentadas na realidade dos indivíduos, favorecendo o desenvolvimento da consciência individual

e coletiva, no sentido de repensar crenças, práticas e valores em saúde, para promover a autonomia e o exercício da construção da cidadania.¹ Por isso, o processo educativo não pode ser entendido apenas como transmissão de conteúdo.

Destarte, para que o processo educativo em saúde seja efetivo, em qualquer população, inclusive a infantil, faz-se necessário conhecer o contexto de vida dos indivíduos, bem como suas suscetibilidades e potencialidades para que seja possível adaptar ações educativas às suas necessidades e conhecimentos prévios.²¹

A principal facilidade apontada pelos participantes do presente estudo foi a criação de vínculo com a população adscrita. O estabelecimento do vínculo favorece a qualidade da educação em saúde preconizada pela AIDPI, promovendo a co-responsabilização da família e profissional na identificação e resolução dos problemas de saúde das crianças menores de cinco anos. A territorialização e a criação de vínculo são fundamentais para o sucesso das estratégias implementadas no âmbito da saúde da família como é o caso da AIDPI. O vínculo proporciona além da corresponsabilidade do usuário com sua saúde, o desenvolvimento de práticas pautadas na prevenção de agravos e promoção da saúde.¹⁵

Quanto aos medicamentos disponíveis para a aplicação da AIDPI, o resultado encontrado em Cuiabá é diferente dos observados em Russas/CE, que possuía 80% dos equipamentos e 100% dos medicamentos preconizados para o desenvolvimento da estratégia.¹³ No que diz respeito às vacinas, os achados do presente estudo foram semelhantes aos encontrados em pesquisa que avaliou a estrutura física das unidades básicas de saúde para assistência à criança, em Cuiabá, MT.²²

O fato de nenhuma unidade pesquisada ter disponível os impressos necessários para aplicação da AIDPI e, somente 2% dos profissionais mencionarem esse aspecto dentre as dificuldades para sua aplicação, indica pouca valorização da estratégia tanto por parte dos gestores como dos próprios profissionais.

CONCLUSÃO

Apesar de os participantes do estudo avaliarem a estratégia AIDPI como boa para a assistência de crianças menores de cinco anos, eles apontaram diversas dificuldades para a sua aplicação. Segundo os profissionais, os principais desafios para sua implementação estão localizados nos processos de educação permanente, evidenciados pela falta de capacitação para todos os membros da equipe, na prática profissional, com a ausência de protocolos para a prescrição de medicamentos por enfermeiros, e pela escassez de recursos essenciais para aplicação da AIDPI nas unidades.

Desta forma, os resultados impulsionam a reflexão da prática dos profissionais responsáveis pelo atendimento à criança, bem como dos gestores que deveriam apoiar a aplicação desta importante estratégia de atenção à saúde da criança.

REFERÊNCIAS

1. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. Washington, DC, OPAS, 2009.
2. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Osterholt DM, Rowe SY, Deming MS. A Multifaceted Intervention to Improve HealthWorker Adherence to Integrated Management of Childhood Illness Guidelines in Benin. *American Journal of Public Health* [periódico na internet]. 2009 May [acesso em 04 jun 2012];99(5): [837-46]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667861/pdf/837.pdf>
3. Basaleem HO, Amin RM. Integrated Management of Childhood Illness in Lahej, Yemen: a qualitative analysis from the perspective of health providers. *EMHJ* [periódico na internet]. 2011 Aug [acesso em 04 jun 2012];17(2): [101-08]. Disponível em: http://applications.emro.who.int/emhj/V17/02/17_2_2011_0101_0108.pdf
4. Arifeen SE, Hoque DME, Akter T, Rahman M, Hoque ME, Begun K, et al. Effect of the integrated management of childhood illness strategy on childhood mortality and nutrition in a rural area in Bangladesh: a cluster randomized trial. *Lancet* [periódico na internet]. 2009 Aug [acesso em 21 jan 2014];374(9787): [393-403]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS014067360960828X.pdf?id=a02f57d1811fcb77:7f493569:143b57e6ef0:6db21390326214843>
5. Costa GD, Cotta RMM, Reir JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 17 nov 2012]; 16(7): [3229-40]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/22.pdf>
6. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MDLOR, Mello DF. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Rev. Gaúcha Enferm* [periódico na internet]. 2011 [acesso em 08 mar 2012.];32(2) [241-47]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a05v32n2.pdf>
7. Goga AE, Muhe LM. Global challenges with scale-up of the integrated management of childhood illness strategy: results of a multi-country survey. *BMC Public Health* [periódico na internet].2011 [acesso em 04 jun 2012.];11(503)[10 páginas] Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/503>

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207&id_pagina=1> Acesso em: 04 abr. 2012.
9. Ministério da Saúde (BR). Manual de acompanhamento e avaliação da AIDPI. 1. Ed. Brasília; 1999. 50p.
10. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no estado de Mato Grosso: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública [periódico na internet]. 2006 [acesso em 02 fev 2014.];22(9) [1881-92]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/12.pdf>
11. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WSS, Gomes Filho ZC, et al,. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 18 fev 2014.];8(27) [90-6]. Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/530/552>
12. Spíndola OS, Lemos CLS, Reir LBM. Perfil do profissional de nível superior nas estratégia saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde. [periódico na internet]. 2011 [acesso em 18 fev 2014.];24(4) [367-75]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40820855012.pdf>
13. Rocha, LMB. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa de Saúde da Família, no município de Russas - CE - 2000-2004 [dissertação]. Fortaleza (CE): Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas, Universidade Estadual do Ceará; 2007.
14. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zano T. Caracterização das equipes de saúde da família e de seu processo de trabalho. Rev. Esc. Enferm USP. [periódico na internet]. 2010 [acesso em 13 jan 2014.];44(4) [956-61]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/14.pdf>
15. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal, e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
16. Cunha ARR. Práticas do enfermeiro na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância [dissertação]. 2012. João Pessoa (PB): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba; 2012.
17. Borralho LLC, Corrêa LZM, Silva MA. Atenção integral às doenças prevalentes na infância (AIDPI) em Cuiabá/MT: a prática dessa estratégia em unidades de saúde da família. Revista Nursing. 2010;12(144):241-45

18. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
19. BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. Diário oficial da União.
20. CUIABÁ. Portaria nº 103, de 03 de setembro de 1998. Dispõe sobre a prescrição de medicamentos por enfermeiros. Fundação de Saúde de Cuiabá.
21. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças - uma revisão conceitual. Rev. Esc. Enferm USP. [periódico na internet]. 2007 [acesso em 14 fev 2014.];46(3) [641-49]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/16.pdf>
22. Modes PSSA, Gaíva MAM. Structure of children's basic health units: descriptive study. OBJN. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 02 fev 2014.];12(2) [471-81]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3624>.

Recebido em: 13/06/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 31/10/2014
Publicado em: 01/10/2015

Endereço de contato dos autores:
Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Avenida Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 Bairro Boa Esperança
Cuiabá, MT 78060-900
Email: mamgaiva@yahoo.com.br