



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Coelho Pina, Juliana; Falleiros Mello, Débora; Martins Mishima, Silvana; Lunardelo, Simone Renata
Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de
crianças menores de cinco anos

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 2, 2009, pp. 142-148

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023834005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos*

Contribution of a shelter-based Integrated Management of Childhood Illnesses Program for children under the age of five years

Contribuciones de la estrategia Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes en la Infancia a la acogida de niños menores de cinco años

Juliana Coelho Pina¹, Débora Falleiros Mello², Silvana Martins Mishima³, Simone Renata Lunardelo⁴

RESUMO

Objetivo: Descrever o acolhimento, estruturado pela Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, às crianças menores de cinco anos, em unidade de saúde da família. **Métodos:** Estudo descritivo. Dados coletados por observação participante durante acolhimento realizado por uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem a 30 crianças, com roteiro e diário de campo. **Resultados:** Os três temas encontrados - comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica e resolutividade - demonstraram que: a atuação desses profissionais de enfermagem foi maior na avaliação da criança; a utilização do gráfico de crescimento, levantamento de hábitos de saúde e alimentares necessitam ser melhor explorados; foram identificadas as situações prioritárias e outros problemas além da queixa inicial. **Conclusão:** Houve contribuições ao trabalho em equipe para manejo adequado dos casos e organização do acolhimento às crianças. **Descritores:** Saúde da criança; Atenção integral às doenças prevalentes na infância; Acolhimento; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

Objective: To describe the contribution of a shelter-based integrated management of childhood illnesses program for children under the age of five years from a family health unit. **Methods:** The study was descriptive. Data were collected from 30 children by a nurse and two licensed practical nurses through participant observation using a guide and field diary. **Results:** The three themes identified were: communication and promotion of bond; anamnesis, clinical assessment, and problem solving, which showed that clinical assessment was the focus of nursing contribution; and utilization of the growth curve and assessment of eating habits need to be further explored. In addition to the children's chief complaints, there were opportunities for identification of needed care priorities and other health problems. **Conclusion:** The shelter-based integrated management of childhood illnesses program contributed to the interdisciplinary work in providing adequate care to the sample of children who participated in this study.

Keywords: Child health; Integrated management of childhood illness; User embracement; Primary health care

RESUMEN

Objetivo: Describir la acogida, estructurada por la Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes en la Infancia, a los niños menores de cinco años, en una unidad de salud de la familia. **Métodos:** Estudio descriptivo cuyos datos fueron recolectados por observación participante durante la acogida realizada por una enfermera y dos auxiliares de enfermería a 30 niños, con la utilización de una guía y diario de campo. **Resultados:** Los tres temas encontrados - comunicación y actitudes promotoras de vínculo; anamnesis y evaluación clínica y resolutividad - demostraron que: la actuación de esos profesionales de enfermería fue mayor en la evaluación del niño; la utilización del gráfico de crecimiento, identificación de hábitos de salud y alimenticios necesitan ser mejor explorados; fueron identificadas las situaciones prioritarias y otros problemas además de la queja inicial. **Conclusión:** Hubo contribuciones al trabajo en equipo para el manejo adecuado de los casos y organización de la acogida a los niños.

Descriptores: Salud del niño; Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia; Acogimiento; Atención primaria de salud

* Estudo desenvolvido no Programa de Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto-SP, como parte da Dissertação de Mestrado intitulada "Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância", apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Mestre em Saúde Pública. Enfermeira do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Professor Associado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Mestre em Saúde Pública. Enfermeira do Núcleo de Saúde da Família-Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Na saúde da criança, a redução da mortalidade infantil tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo⁽¹⁾. Entre as causas de morte infantil, as doenças transmissíveis têm sido responsáveis por até 70% dos óbitos nas regiões mais pobres do mundo⁽²⁾. Além disso, representam até um terço do total das hospitalizações de crianças menores de cinco anos na região das Américas⁽³⁾. Tais doenças podem ser evitadas pela melhoria das condições de vida da população e disponibilidade de ações eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

No Brasil, vem ocorrendo queda da mortalidade infantil e esta redução é uma importante meta. No período entre 1994 e 2004, houve queda de 32,6%, chegando em 2004, ano de estimativa mais recente, a 26,6 óbitos por mil nascidos vivos⁽⁴⁾. No entanto, cabe ressaltar que há diferenças regionais, pois os coeficientes são mais elevados nas regiões Norte e Nordeste, além de haver diferenças dentro de uma mesma região.

A promoção da saúde integral da criança vai além da preocupação com a redução da mortalidade na infância, englobando o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança.

O conceito de integralidade das ações de atenção à saúde da criança fundamentou a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) no desenvolvimento de uma iniciativa global em saúde da criança, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)⁽⁵⁾.

Essa estratégia surgiu como uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a atenção primária à saúde, propondo uma avaliação sistemática dos principais fatores que afetam a saúde infantil, integrando ações curativas com medidas de promoção e prevenção, buscando a qualidade do atendimento⁽⁶⁻⁷⁾.

Em nosso país, a saúde infantil tem um perfil que está intimamente ligado ao oferecimento, ao conjunto da população, de condições básicas de vida, tais como oferta e qualidade de serviços de saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras⁽⁸⁾. Nesse sentido, a estratégia AIDPI contempla a necessidade de uma abordagem integral da saúde das crianças brasileiras.

A AIDPI foi adotada no Brasil em 1996, de acordo com a proposição da OMS e do Unicef, tendo como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas e de distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde quanto no domicílio e na comunidade;

fortalecimento da promoção da saúde e de ações preventivas na infância⁽⁹⁾.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e instituído como política nacional de atenção primária à saúde, vem se apresentando como campo propício à incorporação da estratégia AIDPI^(2,7). O PSF procura contemplar a humanização da atenção à saúde através do estabelecimento de vínculo com a população e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade. O acolhimento no PSF é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário, promovendo atendimento humanizado e melhor resolutividade, com vistas à reorganização dos serviços de saúde de maneira usuário-centrada⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Para que uma unidade de saúde da família (USF) seja centrada no usuário é preciso que ela acolha a demanda espontânea e entenda o quanto a população valoriza os eventos agudos, que geralmente não encontram espaço nas agendas dessas equipes. O profissional deve acolher as demandas dos usuários, por cuidados imediatos, consultas, exames ou procedimentos e, a partir delas, oferecer outras possibilidades de assistência, embasadas na promoção, prevenção e continuidade do cuidado⁽¹¹⁾.

Os cuidadores das crianças partilharão sua realidade, fraquezas e sofrimentos com aqueles profissionais que demonstrarem, além da capacidade de escuta, um desempenho clínico que vá ao encontro das necessidades da criança e da família. Nessa perspectiva, os profissionais da equipe de saúde da família devem proporcionar atendimento clínico aos usuários com continuidade, possibilitando a criação de vínculos⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A AIDPI reúne os componentes de comunicação e de prática clínica em uma estratégia que proporciona a avaliação das crianças e condutas tomadas com segurança. Esse aspecto é de valiosa importância, especialmente quando se pensa nos atendimentos não-agendados (eventuais) de crianças, no qual o acolhimento embasado em aspectos da AIDPI poderia contribuir para a resolutividade da atenção.

Assim, o presente estudo teve por objetivo descrever o acolhimento realizado por profissionais de enfermagem às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família, com vistas a repensar as práticas de saúde e as contribuições da estratégia AIDPI na atenção básica à saúde da criança.

MÉTODOS

Esta investigação configura-se como um estudo descritivo e o local selecionado para o estudo foi uma USF, na cidade de Ribeirão Preto, no interior do Estado de São Paulo. Inicialmente, houve aproximação ao campo na fase exploratória de pesquisa, para partilhar das dificuldades relatadas pelos profissionais em seu cotidiano.

A prática de acolhimento realizada na unidade foi identificada, conjuntamente, como passível de discussão e reformulação, vislumbrando propostas de ação.

Em um primeiro momento, ainda na fase exploratória, houve um processo de educação permanente (EP) com os profissionais de saúde da unidade, tendo como conteúdos principais o acolhimento e a estratégia AIDPI, integrando atividades teóricas e práticas. Foram realizadas discussões e reflexões acerca da temática do acolhimento. Também foram discutidos e apreendidos os objetivos, as etapas, a abordagem clínica, as orientações e o processo de comunicação com a família, propostos pela estratégia AIDPI.

Durante essa dinâmica de trabalho conjunto, as pesquisadoras propuseram estruturar, com os profissionais, a implantação do acolhimento às crianças com base na estratégia AIDPI, naquela USF. Foi de comum acordo que os aspectos de avaliação e orientação da estratégia AIDPI deveriam ser incorporados ao acolhimento. No entanto, a classificação e o tratamento não seriam incorporados pela enfermagem isoladamente, devendo ser realizados em conjunto com os médicos, na perspectiva multiprofissional da equipe de acolhimento.

Após a EP, teve início o processo de implantação do acolhimento com enfoque na estratégia AIDPI. Nesse momento, foi desenvolvido o trabalho de campo do presente estudo, com a coleta dos dados por meio da observação participante conduzida por um roteiro, durante os meses julho e agosto de 2006. O roteiro constituiu-se em um guia para ressaltar aspectos da atuação do profissional em relação a cada criança/cuidador. As pesquisadoras observaram se houve atitude de escuta e comunicação entre o profissional e o cuidador da criança, se houve avaliação da criança e quais as condutas adotadas conforme aspectos da AIDPI. As questões observadas que extrapolaram os limites do roteiro, bem como as impressões das pesquisadoras, foram registradas em um diário de campo.

Os sujeitos envolvidos na coleta de dados foram: uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e 30 crianças menores de cinco anos que buscaram atendimento não agendado na USF. A enfermeira é graduada há 11 anos, com habilitação em Saúde Pública e capacitação prévia em AIDPI. As auxiliares de enfermagem e a enfermeira trabalham nessa USF desde 2001, ano em que a mesma foi criada. As 30 crianças estavam nas seguintes faixas etárias: cinco até seis meses, cinco maiores de seis meses até um ano, cinco maiores de um ano até dois anos, seis maiores de dois anos até três anos, cinco maiores de três anos até quatro anos e quatro maiores de quatro anos até cinco anos de idade. As crianças residiam em uma área periférica do município, onde há uma favela e a população é predominantemente jovem.

A análise dos dados foi baseada nas informações

coletadas durante a observação dos atendimentos às crianças no setor de recepção da USF. Esses momentos originaram um volume de informações descritivas e narrativas que compuseram os registros do estudo. De acordo com a pesquisa descritiva⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, este estudo trata da descrição e documentação de aspectos de uma situação como ela ocorreu, trazendo contribuições da estratégia AIDPI ao processo de acolhimento de crianças menores de cinco anos na perspectiva da atenção primária à saúde.

Os dados da observação do acolhimento às crianças na USF, registrados em roteiro e diário de campo, foram submetidos a leituras repetidas, com vistas a apreender as especificidades do acolhimento oferecido a cada criança, de acordo com os itens do roteiro de observação participante. A partir dessa análise, os dados foram organizados e descritos ao redor de três temas: comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica; e resolutividade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde/Escola de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito do caráter do estudo e seus objetivos, solicitando sua participação e consentimento, com garantia do sigilo da identificação desses participantes. Os que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Este estudo teve por base a observação de casos atendidos pelos profissionais de enfermagem no acolhimento, em conjunto com a equipe. Cabe ressaltar que as auxiliares de enfermagem, mesmo capacitadas na AIDPI, realizaram o acolhimento das crianças estudadas sob supervisão da enfermeira.

Embora o acolhimento perpassasse todos os momentos de encontro entre profissional/usuário, neste estudo foi realizado um recorte, observando o acolhimento desenvolvido na recepção da USF pelos profissionais de enfermagem. Contudo, procurou-se não perder de vista o processo de acolhimento desencadeado para cada criança pela equipe de saúde na unidade (consulta médica, condutas, aplicação de tratamentos e encaminhamentos).

Os aspectos levantados durante os atendimentos, através do roteiro de observação participante e diário de campo, são apresentados ao redor de três temas supra citados. Entretanto, cabe ressaltar que, mesmo com essa categorização, não se perdeu de vista a inter-relação entre as habilidades clínicas profissionais, capacidade comunicativa, resolutividade e vinculação do usuário à unidade.

Comunicação e atitudes promotoras de vínculo

Em todos os casos os profissionais de enfermagem

demonstraram iniciativa para o atendimento. Estabeleceu-se o contato visual, às vezes tímido no início, com crescente demonstração de interesse pela queixa / problema, assumindo uma atitude de escuta comprometida.

Houve preocupação em acomodar em cadeiras a criança e o acompanhante, mesmo que muitos atendimentos (18 casos) tenham sido realizados no setor de recepção da unidade.

Mesmo após intervenções das pesquisadoras, uma estratégia importante – a verificação do entendimento do cuidador através de perguntas – foi pouco utilizada.

Verificou-se a preocupação dos profissionais com a continuidade do processo de trabalho, estabelecendo-se comunicação com outros membros da equipe, como discussão dos casos com o médico, encaminhamento para consulta médica, com posterior diálogo entre médico e profissional da enfermagem responsável pelo atendimento, esclarecendo sinais, sintomas, hipóteses diagnósticas e tratamento. Estabeleceu-se, também, a comunicação com os agentes comunitários de saúde (ACS), a fim de acompanhar crianças que deveriam receber cuidados especiais e tratamento em casa e aquelas contra-referidas após encaminhamento.

Anamnese e avaliação clínica

Em todos os casos foi verificado o peso das crianças e a temperatura axilar. A frequência respiratória foi verificada em todas as crianças com queixas que necessitassem dessa mensuração.

Segundo a queixa que trouxe a criança à unidade, apresentou-se a seguinte distribuição: tosse ou dificuldade para respirar – 18 casos; febre – 15 casos; diarreia – nove casos; problemas de ouvido – 6 casos e outros – 15 casos, como secreção nos olhos, assadura, dor de garganta, dor de dente, vômito, constipação, dor abdominal e prurido anal. Ressalta-se que 25 crianças apresentaram mais que uma queixa inicial e que entre as crianças que apresentaram outra queixa que não fosse um problema preconizado pela AIDPI (15 crianças), 11 também apresentaram queixas abordadas pela estratégia.

Foram pesquisados os sinais gerais de perigo preconizados pela estratégia AIDPI⁽²⁾ em todas as crianças, os quais são: a criança não consegue beber ou mamar, a criança vomita tudo que ingere, a criança apresenta(ou) convulsões e a criança está letárgica ou inconsciente. Assim, foram detectados três casos em que as crianças apresentavam sinais gerais de perigo: uma criança vomitava tudo que ingeria e duas estavam letárgicas.

Exceto em um caso, os cuidadores foram questionados quanto à presença dos sintomas principais nas crianças (tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre e problemas no ouvido). Na presença de um dos sintomas, a criança não foi avaliada quanto aos sinais relacionados somente em dois atendimentos.

Considerando o proposto pelo AIDPI⁽²⁾, as 22 crianças com tosse ou dificuldade para respirar foram avaliadas quanto a esse problema, detectando-se que duas apresentavam respiração rápida, uma apresentava tiragem subcostal e duas apresentavam estridor ou sibilância. Das nove crianças com diarreia, uma apresentava diarreia persistente, outra estava letárgica e outra estava irritada, bebia avidamente o líquido oferecido, tinha os olhos fundos e sua pele voltava ao estado anterior lentamente após o sinal da prega. Nenhuma criança com diarreia estava inconsciente, sem conseguir beber ou bebendo mal e nenhuma delas apresentou sangue nas fezes e sinal da prega muito lento. Entre as 15 crianças que apresentavam febre, nenhuma delas teve febre todos os dias por mais de sete dias, apresentou rigidez de nuca, petéquias ou abaulamento de fontanela. Das sete crianças com problemas no ouvido, quatro queixavam-se de dor, três de secreção e nenhuma possuía tumefação dolorosa atrás do pavilhão auditivo. As sete foram encaminhadas à realização de otoscopia pelo médico, sendo que uma daquelas com queixa de secreção possuía apenas cerúmen.

A pesquisa de anemia através de verificação da presença de palidez palmar foi realizada em todos os casos, detectando-se dois casos de palidez palmar leve e nenhum de palidez palmar grave. Contudo, em relação à desnutrição, o único sinal pesquisado em todas as crianças foi o emagrecimento acentuado visível.

A avaliação do crescimento e desenvolvimento, assim como da alimentação e aleitamento materno foi realizada em sete crianças que apresentaram queixas pertinentes. A verificação da situação vacinal foi realizada em apenas 15 crianças, ressaltando que em 12 casos o profissional perguntou sobre a situação vacinal, mas o cuidador não trouxera o cartão.

Por fim, as questões sobre hábitos e cuidados de saúde foram levantadas no acolhimento em nove casos, quando relacionadas ao problema da criança, como: higiene perineal para crianças com assadura; alimentação e higiene dos alimentos e das mãos para crianças com diarreia; hábito de mamar deitada para crianças com problemas de ouvido e higiene dentária para uma criança com dor de dente.

Resolutividade

Houve iniciativa da equipe em solucionar os problemas, identificando com prontidão situações prioritárias e urgentes.

Após serem atendidas pelas profissionais de enfermagem no acolhimento, 14 crianças necessitaram de consulta médica, sendo que as demais foram liberadas após a avaliação, discussão do caso com o médico e orientação no acolhimento.

Em relação ao tratamento, as profissionais de enfermagem e o médico adotaram, em conjunto, tratamentos sintomáticos, medicamentosos (como antitérmicos e analgésicos) ou não. Além dos sintomáticos,

foram prescritos conjuntamente tratamentos tópicos, como banho de permanganato de potássio e pomadas. Outros tratamentos, como vermífugos, antibióticos e aerosol com broncodilatadores foram prescritos somente pelo médico. Sete crianças receberam o tratamento no serviço, totalmente ou em parte.

Conforme preconizado pela AIDPI⁽²⁾, no presente estudo, as mães e cuidadores foram orientados acerca do tratamento (21 casos), da alimentação correta para o problema da criança (7 casos), da continuidade da alimentação e oferecimento de mais líquidos à criança (20 casos), dos sinais e sintomas de retorno imediato (27 casos) e da data de retorno agendado, quando necessário (19 casos).

Outra prática da AIDPI⁽²⁾, a entrega de folhetos explicativos para o cuidador, que contribui para o reforço das orientações, ocorreu em apenas um caso, referente a orientações alimentares.

Cinco crianças necessitaram ser referidas à unidade distrital de saúde e tiveram seu encaminhamento agilizado pela equipe. Uma delas apresentava frequência respiratória elevada, tiragem subcostal e letargia; uma apresentava estridor e sibilância; uma vomitava tudo que ingeria e estava letárgica; uma necessitava de atendimento odontológico de emergência e uma foi encaminhada para atualizar a situação vacinal.

Seguindo a proposta da AIDPI⁽²⁾ de aproveitar a demanda espontânea para organizar o serviço de saúde, o agendamento para o seguimento de puericultura de cada criança foi verificado e teve sua importância abordada, sendo que aquelas que estavam sem seguimento foram agendadas nessa oportunidade.

DISCUSSÃO

A recepção de unidades de saúde pode ser vista como espaço que permite adequado acolhimento aos usuários. Um estudo que buscou descrever o acolhimento realizado em dez USF destacou a falta de privacidade para a realização do acolhimento, o que poderia diminuir o seu potencial, já que a privacidade seria uma das bases para a desejada relação de confiança entre usuários e profissionais⁽¹⁸⁾. A inadequação física do ambiente também foi apontada como condição desfavorável à vivência do acolhimento pelos profissionais do PSF entrevistados em outra pesquisa⁽¹⁹⁾.

No presente estudo, observou-se que havendo disponibilidade de consultórios, os atendimentos eram preferencialmente lá realizados. Porém, muitas vezes, todos os consultórios estavam ocupados e aguardar a disponibilidade de salas poderia representar perdas de oportunidade para a escuta qualificada e avaliação da criança. Essa estratégia evitou que crianças que requeriam atenção imediata aguardassem atendimento junto aos outros usuários, bem como agilizou a resolução de

problemas para os quais não seria necessária a atenção médica. Por isso, a recepção da unidade foi adaptada para esses atendimentos, na medida do possível, mudando-se a disposição dos móveis e mantendo os materiais em fácil localização.

A falta de verificação do entendimento do cuidador através de perguntas demonstra a necessidade de melhor compreensão, por parte dos sujeitos desta pesquisa, a respeito do processo de comunicação com o cuidador. Situação semelhante também foi apontada em estudo⁽⁷⁾ que buscou definir os determinantes contextuais do grau de implantação da estratégia AIDPI em dez municípios do Estado de Pernambuco.

A comunicação dos profissionais com os ACS, observada neste estudo, visou a continuidade do processo de trabalho. Essa questão também teve sua importância destacada em um estudo pioneiro sobre a utilização da estratégia AIDPI por ACS em visitas domiciliares nos municípios de Recife e Olinda, no qual o seguimento domiciliar pós-consulta, realizado pelo ACS, para a orientação e supervisão das famílias na administração de medicamentos, eliminou dúvidas e contribuiu para maior aderência ao tratamento⁽²⁰⁾.

Em relação ao questionamento quanto aos quatro sintomas principais, segundo a AIDPI, se o cuidador nega a presença de um sintoma, o profissional não deve avaliar a criança quanto aos sinais relacionados a esse sintoma⁽²⁾. Porém, na presença de um desses sintomas, a criança deve ser avaliada quanto aos sinais relacionados, o que não ocorreu somente em dois atendimentos durante a observação participante na coleta de dados. O fato de perguntar sobre a presença dos quatro sintomas principais garante que possam ser detectados outros problemas além da queixa inicial. Entre os participantes desta pesquisa, o número de crianças com queixa inicial de tosse, por exemplo, foi menor do que o número de crianças que foram avaliadas quanto à tosse, pois, apesar desse problema não ser a queixa inicial, ele foi identificado como problema passível de avaliação.

Quanto à identificação de desnutrição, em poucos casos atentou-se para a busca de edema em ambos os pés e para o registro e análise do peso na curva de crescimento. Os profissionais referiam que a vigilância do peso das crianças já é realizada nas consultas de puericultura. Além disso, quando as crianças menores de dois anos de idade faltam às consultas agendadas, os ACS realizam visitas domiciliares (VD) para, ao menos, obter o peso e a situação vacinal das crianças. Houve um consenso, portanto, em que a avaliação do crescimento e desenvolvimento, assim como da alimentação e aleitamento materno somente seriam realizadas no acolhimento se houvessem queixas pertinentes, o que ocorreu em sete casos. Cabe mencionar que, nos casos em que foi necessária a avaliação do desenvolvimento,

quem a realizou foi a enfermeira.

A avaliação das práticas alimentares das crianças dentro da estratégia AIDPI foi identificada como insuficiente (35,4%) em estudo avaliativo sobre a AIDPI no nordeste brasileiro⁽²¹⁾. No mesmo estudo, embora o registro do peso da criança no cartão de crescimento fosse significativamente melhor no grupo de profissionais capacitados em AIDPI, ainda assim essa prática não foi realizada em todos os casos, atingindo o percentual de 77,3%.

A verificação da situação vacinal foi dificultada porque vários cuidadores ainda não possuem o hábito de levar o cartão de vacinas das crianças quando vão à unidade de saúde. Essa foi uma questão reforçada pelos profissionais a cada encontro no acolhimento. No entanto, os ACS também avaliam o cartão de vacinação das crianças menores de dois anos de idade, mensalmente, em VD.

Os cuidados à saúde da criança, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o controle de enfermidades infantis, a orientação alimentar e a vacinação, constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância, e o enfermeiro tem relevante papel na qualidade dessa atenção⁽²²⁾.

O processo de acolhimento com avaliação da criança, discussão de equipe e orientação foi uma valiosa contribuição para a dinâmica de trabalho da unidade, pois, anteriormente a essa experiência, qualquer criança que demandasse por atendimento eventual era dirigida para a consulta médica, sem avaliação de risco. Desse modo, as vagas para consultas médicas eventuais se esgotavam já no início do dia, obrigando as crianças que chegassem depois a procurarem o pronto atendimento da unidade distrital, superlotando-a. Mesmo que, após o acolhimento, a criança tivesse que ser submetida à consulta médica, já ocorreria a identificação das necessidades através da escuta e valorização da queixa, um aspecto promotor de vínculos, conforme referido em um ensaio que trata do trabalho da enfermagem em atenção primária⁽²³⁾.

Isso se torna especialmente importante na saúde da criança, pois os eventos agudos consistem em motivo de muita angústia e ansiedade para os cuidadores das crianças que, se não encontrarem acolhidas as suas queixas nas USF, conformam uma demanda reprimida e acabam sendo atendidos em pronto-socorros, buscando a satisfação de suas necessidades imediatas e forçando a organização do sistema de saúde em torno dos serviços mais voltados ao pronto-atendimento. Desse modo, a atenção primária, destinada a ser organizadora do sistema de serviços de saúde, assume um caráter apenas de porta de entrada desse sistema, ou seja, um local, em geral, com baixa resolutividade, cuja função é apenas recepcionar os usuários e encaminhá-los aos níveis de atenção, sem uma articulação dentro do sistema de serviços de saúde⁽²⁴⁾.

O fato de algumas crianças receberem o tratamento no serviço, além de garantir a administração correta do

tratamento, também serviu como demonstração para o acompanhante. Essa prática consiste em uma estratégia para aconselhar a mãe ou o acompanhante e ocorreu em apenas sete casos neste estudo. Julga-se essa prática como de extrema importância, sendo que ela poderia ter sido mais explorada nas situações observadas.

Embora não tenha sido proposta deste estudo realizar entrevistas, de certa forma, a satisfação dos usuários e profissionais com a estratégia foi apreendida. No início da observação participante, mães ou cuidadores demonstravam preocupação com a avaliação feita por um profissional não médico e com o fato de a abordagem no acolhimento ser mais um dispêndio de tempo se também fosse necessário realizar consulta médica. Posteriormente, à medida que os usuários foram percebendo a capacidade de escuta, diálogo, avaliação clínica e tomada de decisão dos profissionais de enfermagem e entenderam que o processo conta com a integração de toda a equipe, inclusive dos médicos, a satisfação dos sujeitos foi expressa tanto verbalmente quanto no fato dos cuidadores solicitarem a avaliação da equipe de acolhimento para as crianças ao chegarem à unidade e não especificamente a consulta médica.

As auxiliares de enfermagem também verbalizaram maior confiança e autonomia em sua prática profissional, com crescente satisfação à medida que se sentiram capazes de agir prontamente frente às aflições dos usuários. O acolhimento, portanto, configura-se como um recurso fundamental para que profissionais e usuários se coloquem positivamente no espaço assistencial, possibilitando que as demandas efetivas da população norteiem as propostas de intervenções⁽²⁵⁾.

As ações e os achados desta pesquisa estão em consonância com outro estudo, no qual os autores apontam fatores que atuam na resolutividade da equipe de acolhimento, como discussões permanentes, capacitação da equipe, interação e utilização de protocolos⁽¹⁰⁾. No presente estudo foi promovida uma EP, com discussões e capacitação da equipe, que agiu de maneira interativa no acolhimento das crianças, com base na AIDPI, que propõe ações sistematizadas de assistência.

CONCLUSÃO

De modo geral, as ações desenvolvidas neste estudo contribuíram para a dinâmica e resolutividade do acolhimento a crianças menores de cinco anos de idade que demandavam atendimentos eventuais.

Houve maior atuação das auxiliares de enfermagem frente às queixas apresentadas pelas crianças e apontadas por seus cuidadores, gerando autoconfiança e satisfação profissional. Os usuários tiveram possibilidades de que suas queixas fossem acolhidas e avaliadas, mesmo não havendo mais vagas para consultas médicas no dia. As

situações prioritárias puderam ser identificadas rapidamente, bem como outros problemas além da queixa inicial foram levantados e abordados. Os cuidadores receberam orientações pertinentes acerca do cuidado à criança, que se adequavam à sua realidade.

A capacidade de escuta qualificada, aliada ao desempenho clínico dos profissionais e à interação da equipe identificados neste estudo são fatores que podem influenciar a forma como os usuários vinculam-se à unidade, especialmente os cuidadores de crianças menores de cinco anos.

Alguns aspectos precisam ser superados em curto prazo, relacionados à avaliação das crianças, manejo de casos e comunicação com o cuidador. Outros, porém,

como a inadequação do espaço físico e pouca articulação intersetorial relacionam-se à estrutura e dinâmica dos serviços e vão além do escopo deste estudo.

Os resultados desta investigação mostram potencialidades de reprodução em outras USF. Para tal, é importante a criação de um espaço reservado e equipado para o acolhimento, com mesa, cadeira, formulários de atendimento, impressos com os quadros da estratégia AIDPI, termômetro, solução fisiológica para instilação nasal, solução de reidratação oral, estetoscópio infantil, maca, balança e cartazes com informações em saúde. Ainda, a EP constitui um caminho para o aprimoramento e continuidade do acolhimento, mesmo em meio às barreiras cotidianas do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI. Reunión de evaluación 2000 y perspectivas futuras de la iniciativa regional AIEPI del proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS II. Washington: OPS; 2001.
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Situação da infância brasileira 2006: crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento. Brasília (DF): Unicef; 2005. [citado 2006 Fev 12]. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>.
5. Comitê Coordenador Interagencial para as Américas; Benguigui Y, Land S; Paganini JM, Yunes J, editores. Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington: OPAS; 1997.
6. Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. Conversando com as mães sobre AIDPI: o processo de comunicação com as mães durante as consultas nos serviços de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde; 1999.
7. Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2002;18(6):1737-45.
8. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública = J Public Health. 2000;34(6 Supl):8-12.
9. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI. Melhorando a saúde das crianças. AIDPI: o enfoque integrado. Washington: OPAS; 2000. 20 p. [Série HCT/AIEPI].
10. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 1999;15(2):345-53.
11. Franco TB, Merhy EE. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124.
12. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano ME, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço - interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.
13. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande Sul, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2003;19(1):27-34.
14. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2004;20(6):1487-94.
15. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AMCA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. J Pediatr (Rio J). 2005;81(3):251-8.
16. Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora; 1994.
17. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
18. Fraccolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.
19. Silveira MFA, Felix LG, Araújo DV, Silva LC. Acolhimento no Programa de Saúde da Família: um caminho para humanização da atenção à saúde. Cogitare Enferm. 2004;9(1):71-8.
20. Vidal AS, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, Cavalcante MGS. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003;3(2):205-13.
21. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 2004;20(Supl 2):209-19.
22. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. Rev Latinoam Enferm. 2003;11(4):544-51.
23. Teixeira RA, Mishima SM, Pereira MJB. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000;53(2):193-206.
24. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
25. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc. 2004;13(3):16-29.