UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**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**

JULIANA COELHO PINA

Ribeirão Preto

2007

JULIANA COELHO PINA

**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**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para a obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em
Saúde Pública

Inserida na linha de pesquisa: Assistência à
Criança e ao Adolescente.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pina, Juliana Coelho.

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 / Juliana Coelho Pina. – Ribeirão Preto, 2006. 135 f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Mello, Débora Falleiros

1. Saúde da criança. 2. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 3. Acolhimento. 4. Atenção primária à saúde. 5. Saúde da família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliana Coelho Pina

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

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª. Drª. Débora Falleiros de Mello

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. Regina Aparecida Garcia de Lima

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª. Drª. Lislaine Aparecida Fracolli

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Orivaldo e Cecília, que,
com seu exemplo, ensinaram-me o que
é a verdadeira dedicação.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha fonte de vida e inspiração, porque sem Ele eu nada posso fazer.

À minha família: Orivaldo e Cecília, meus pais; Marcelo, meu irmão, e João Pedro, meu sobrinho muito amado... pessoas que tantas vezes compreenderam minha ausência durante a construção deste trabalho e rodearam-me de carinho.

Ao José Francisco, porto seguro, onde encontro apoio e carinho em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis.

À Prof^a. Dr^a. Débora Falleiros de Mello, minha orientadora, uma pessoa de luz, com a qual tenho o prazer de trabalhar desde a graduação e que me ensinou como é maravilhoso cuidar de nossas crianças.

Às Profas. Dras. Regina Aparecida Garcia de Lima, Silvana Martins Mishima e Lislaine Aparecida Fracoli, pelas suas contribuições ao presente trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, seus funcionários e docentes, que me acompanham desde os primeiros passos como enfermeira.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio fornecido.

À equipe do Núcleo de Saúde da Família IV, com a qual eu partilho momentos profissionais e pessoais há um bom tempo e que ocupa um lugar todo especial, não

somente nesse trabalho, mas principalmente em meu coração. Por isso eu quero dizer muito obrigada a todos vocês: Simone, Alessandra, Benedita, Flávio, André, Cínthia, Elisa, Fernando, Ricardo, Vicente, Alex, “Chica da Silva”, Dona Marilene, Karina, Cristina, Mayara, Cíntia e Raila. Sentirei muitas saudades de todos (e dos churrascos também!!!).

Aos companheiros da Pós-Graduação, junto dos quais partilhei essa caminhada.

Ao Padre Edson Maia, conselheiro espiritual e pessoal, uma amizade que a distância nunca será capaz de desvanecer.

E, por fim, um dos agradecimentos mais importantes é dirigido aos amigos da 48ª turma de enfermagem da EERP/USP, junto dos quais eu aprendi, entre alegrias, erros e tropeços, o que é ser enfermeira!!!

“Há tempos são os jovens que adoecem
Há tempos o encanto está ausente
E há ferrugem nos sorrisos
E só o acaso estende os braços
A quem procura abrigo e proteção”.

Renato Russo

RESUMO

PINA, J. C. **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. 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O presente estudo teve como objetivo descrever e apreender as contribuições da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) para o acolhimento realizado por profissionais de enfermagem às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família (USF). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa em saúde, realizado em uma USF da cidade de Ribeirão Preto – SP. Os dados foram coletados em duas etapas, através de observação participante. A primeira etapa ocorreu durante uma experiência de educação permanente (EP) com a equipe de saúde da família, enfocando o acolhimento realizado na unidade e a AIDPI, com dados registrados em diário de campo. A segunda etapa ocorreu durante a implantação de uma estratégia de acolhimento embasada em aspectos da AIDPI, realizada por profissionais de enfermagem, sendo os dados sobre o acolhimento a 30 crianças registrados em roteiro e diário de campo. Durante as discussões da EP, emergiram questões relacionadas à demanda espontânea, à maneira como a equipe lida com essa demanda, ao acolhimento, ao resgate dos espaços coletivos de ação e à necessidade de capacitação dos profissionais para o acolhimento. Visando atender à demanda da população infantil por atendimentos não-agendados, buscou-se, durante a EP, estruturar o acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade, através de aspectos da AIDPI, após a apresentação dessa estratégia à equipe, enfocando o trabalho dos profissionais de enfermagem. Com o intuito de apreender o processo de implantação desse acolhimento, os dados coletados na segunda etapa foram descritos e explorados segundo três temas: *comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica; e resolutividade*. Os profissionais de enfermagem demonstraram atitude de escuta comprometida e preocupação com a continuidade do processo de trabalho na equipe. Forneceram orientações claras ao cuidador, embora algumas estratégias de comunicação tenham sido pouco utilizadas. Revelou-se uma maior atuação da enfermagem na avaliação da criança. No entanto, a utilização do gráfico de crescimento e o levantamento de hábitos de saúde e questões alimentares necessitam ser mais bem explorados. Foram identificadas situações prioritárias e outros problemas além da queixa inicial, agilizando as ações. As principais dificuldades relacionaram-se à inadequação do espaço físico e à continuidade desse acolhimento qualificado pela AIDPI no cotidiano do serviço. Considera-se que a experiência contribuiu para um trabalho em equipe contínuo, que promoveu o manejo adequado dos casos e organizou o atendimento às crianças que chegam ao serviço para atendimento não agendado. Apontamos a necessidade da incorporação da EP na filosofia de trabalho da unidade, como forma de contribuir para o aprimoramento e continuidade desse acolhimento, no processo de trabalho cotidiano e com a saída e inclusão de membros na equipe.

PALAVRAS-CHAVE: saúde da criança; atenção integrada às doenças prevalentes na infância; acolhimento; atenção primária à saúde; saúde da família.

ABSTRACT

PINA, J. C. **Welcoming children under five years old at a family health unit: contributions of the integrated management of childhood illness strategy.** 2007. 135 f. Paper Degree (Master) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

This study aimed to describe and learn about the contributions of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) strategy to the welcoming of children under five years old in a Family Health Unit (FHU) by nursing professionals. This is a descriptive health study with a qualitative approach, carried out in a FHU in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. Data were collected in two stages through participant observation. The first stage occurred during a permanent education (PE) experience with the family health team, which focused on the welcoming performed in the unit and the IMCI. Data about this stage were recorded in a field diary. The second stage occurred during the implementation of a welcoming strategy based on IMCI aspects, performed by nursing professionals. Data about the welcoming of 30 children were recorded in a script and field diary. During PE discussions, some questions emerged related to the spontaneous demand, to the ways the team dealt with this demand, the welcoming, the rescuing of collective spaces of action and to the need to train professionals for welcoming. With a view to attending to the infant population's demands for non-scheduled care, during PE, we tried to structure the welcoming of children under five years old according to IMCI aspects, after presenting this strategy to the team, with a focus on nursing professionals' work. In order to apprehend the implementation of this welcoming, data collected data in the second stage were described and explored according to three themes: *communication and bond-promoting attitudes*; *medical history taking and clinical assessment*; and *problem solving capacity*. The nursing professionals listened attentively and demonstrated concern regarding the continuity of the work process in the team. They provided clear orientation to caregivers, although some communication strategies were underused. It was demonstrated that nurses are more active in child assessment. However, the use of the growth chart and surveys of health and eating habits should be better explored. Besides initial complaints, priority situations and other problems were identified, streamlining actions. The main difficulties were related to inadequate physical space and the continuity of this welcoming qualified by IMCI in routine care. The experience contributed to continuous team work, promoted adequate case management and organized the attendance of non-scheduled demands. Permanent education needs to be incorporated into the unit's work philosophy, as a way to contribute to the improvement and continuity of this welcoming in the daily work process and in view of the turnover of team members.

KEYWORDS: child health; integrated management of childhood illness; welcoming; primary health care; family health.

RESUMEN

PINA, J. C. **Acogimiento a los niños menores de cinco años de edad en una unidad de salud de la familia: contribuciones de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia.** 2007. 135 f. Tesis (Magíster) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2007.

La finalidad de este estudio fue describir y aprehender las contribuciones de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) al acogimiento realizado por profesionales de enfermería a niños menores de cinco años de edad en una unidad de salud de la familia (USF). Se trata de un estudio descriptivo con aproximación cualitativa en salud, realizado en una USF de Ribeirão Preto – SP. La recolecta de datos ocurrió en dos etapas mediante observación participante. La primera etapa fue llevada a cabo durante una experiencia de educación permanente (EP) con el equipo de salud de la familia, enfocando el acogimiento realizado en la unidad y la AIEPI, con datos registrados en un diario de campo. La segunda etapa ocurrió durante la implantación de una estrategia de acogimiento basada en aspectos de la AIEPI, realizada por profesionales de enfermería. Los datos sobre el acogimiento de 30 niños fueron registrados en un guión y un diario de campo. Durante las discusiones de la EP, surgieron cuestiones relacionadas a la demanda espontánea, a la manera como el equipo lidia con esa demanda, al acogimiento, al rescate de los espacios colectivos de acción y a la necesidad de capacitación de los profesionales para el acogimiento. Con objeto de atender a la demanda de la población infantil por atención no-marcada, se intentó, durante la EP, estructurar el acogimiento a los niños menores de cinco años de edad, a través de aspectos de la AIEPI, tras la presentación de esa estrategia al equipo, enfocando el trabajo de los profesionales de enfermería. Con el propósito de aprehender el proceso de implantación de ese acogimiento, los datos recolectados en la segunda etapa fueron descritos y explorados según tres temas: *comunicación y actitudes promotoras de vínculo; anamnesis y evaluación clínica; y resolutividad*. Los profesionales de enfermería demostraron actitud de escucha comprometida y preocupación con la continuidad del proceso de trabajo en el equipo. Proveyeron orientaciones claras al cuidador, aunque algunas estrategias de comunicación hayan sido poco utilizadas. Se reveló una mayor actuación de la enfermería en la evaluación del niño. Sin embargo, la utilización del gráfico de crecimiento y el inventario de hábitos de salud y cuestiones alimentarias necesitan ser mejor explorados. Se identificaron situaciones prioritarias y otros problemas además de la queja inicial, agilizando las acciones. Las principales dificultades se relacionaron a la inadecuación del espacio físico y a la continuidad de ese acogimiento cualificado por la AIEPI en la cotidianidad del servicio. Se considera que la experiencia contribuyó para un trabajo en equipo continuo, que promovió el manejo adecuado de los casos y organizó la atención a los niños que llegan al servicio sin horario marcado. Apuntamos la necesidad de la incorporación de la EP en la filosofía de trabajo de la unidad, como forma de contribuir para la mejoría y la continuidad de ese acogimiento, en el proceso de trabajo cotidiano y con la salida e inclusión de miembros en el equipo.

PALABRAS-CLAVE: salud del niño; atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia; acogimiento; atención primaria de salud; salud de la familia

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo idade, dia da semana, período do dia e queixa inicial, Ribeirão Preto, 2006.....	68
Quadro 2 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema comunicação e atitudes promotoras de vínculo, Ribeirão Preto, 2006.....	85
Quadro 3 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema anamnese e avaliação clínica, Ribeirão Preto, 2006.....	94
Quadro 4 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema resolutividade, Ribeirão Preto, 2006.....	101

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CSE / FMRP / USP	Centro de Saúde Escola / Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Frequência Respiratória
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto-Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SF 0,9%	Soro fisiológico 0,9%
SRO	Soro de reidratação oral
SUS	Sistema Único de Saúde
TRO	Terapia de reidratação oral
UBS	Unidade básica de saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de saúde da família
VD	Visita domiciliar

APRESENTAÇÃO

Sou bacharel em enfermagem, graduada pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) em 09 de dezembro de 2004. Durante a graduação fui bolsista de iniciação científica junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desenvolvi projeto na área de saúde da criança, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Débora Falleiros de Mello. Estive também inserida em atividades de pesquisa, ensino e extensão junto ao Programa de Educação Tutorial – PET/EERP/USP. Sou membro, desde a graduação, do Grupo de Estudos em Saúde da Criança e do Adolescente (GESCA) da EERP/USP e do Capítulo RHO Upsilon da Sociedade Honorífica de Enfermagem Sigma Theta Tau International.

Essas atividades motivaram-me a iniciar o Mestrado junto ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP no ano de 2005.

Mesmo certa de minha escolha pela pós-graduação, decidi exercer atividades profissionais como enfermeira de um hospital geral, a fim de apreender aspectos da prática profissional que acredito serem de extrema importância para o ensino e a pesquisa. Após um ano trabalhando e cursando o mestrado, decidi me dedicar apenas à pós-graduação e tornei-me bolsista junto ao CNPq.

Durante o curso de pós-graduação, além das disciplinas cursadas, que subsidiaram a construção do objeto de estudo e da metodologia utilizada, também desenvolvi atividades de extensão junto ao Núcleo de Saúde da Família-4, vinculado ao Centro de Saúde Escola, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, por meio de estágio voluntário, e ao Capítulo Rho Upsilon da Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing, vinculado à EERP-USP. Também participei

de eventos científicos, como membro efetivo, e inclusive apresentando trabalho em um dos eventos (PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006). Enviei artigos para publicação (PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006; VEIGA; PINA; MELLO; SILVA, 2006; PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006), sendo um dos trabalhos publicado (PINA; MELLO; LUNARDELO, 2006).

Em relação ao objeto de estudo, minha inserção na saúde da criança deu-se desde a graduação, conforme já exposto. A aproximação com o campo de pesquisa e a realidade vivida no Programa Saúde da Família (PSF) conduziram-me ao estudo do acolhimento e suas potencialidades na abordagem de crianças e seus cuidadores que demandam por atendimentos eventuais em unidades de saúde da família. Para subsidiar essa abordagem, a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) revelou-me importantes aspectos na avaliação clínica e abordagem integral. A exploração dessas questões guiou-me à construção do presente objeto de estudo.

Nesta pesquisa, o tema central é o acolhimento às crianças em uma unidade de saúde da família e as contribuições da estratégia AIDPI, buscando repensar as práticas de saúde com vistas a intensificar o vínculo com a população e o acesso aos serviços de saúde.

Na introdução deste trabalho, exponho o atual panorama de morbidade e mortalidade infantil, contexto no qual surgiu a estratégia AIDPI. Ao apresentar a estratégia, aponto sua operacionalização, a nível nacional, no PSF, e trago a discussão de alguns autores sobre a viabilização do PSF como política nacional de Atenção Primária à Saúde, destacando a proposta do acolhimento. Ao final, realizo considerações sobre o acolhimento e a AIDPI no processo de trabalho em saúde, buscando subsídios para, a seguir, apresentar os objetivos do estudo.

No percurso metodológico, caracterizo o estudo, os participantes e o campo selecionado, este último através dos dados mais recentes do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e também através de minha aproximação na fase exploratória da pesquisa, por meio de estágio voluntário, no qual pude detectar como a prática do acolhimento era realizada na unidade e como a demanda espontânea constituía-se como problema para profissionais e usuários. São também descritas a coleta e análise dos dados e os procedimentos para garantir os aspectos éticos.

Nos resultados descrevo a educação permanente realizada com a equipe, ressaltando as discussões desencadeadas sobre o acolhimento aos usuários daquela unidade de saúde. Apresento como as potencialidades da AIDPI para o acolhimento à população infantil são exploradas conjuntamente entre pesquisadora e equipe, a partir da apresentação da estratégia por meio de recursos didáticos. A seguir, descrevo a implantação do acolhimento com enfoque na AIDPI pelos profissionais de enfermagem daquele serviço de saúde, bem como discuto as contribuições e dificuldades dessa proposta, que são resumidas posteriormente nas considerações finais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO

1.1. A saúde infantil e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).....	19
--	----

1.2. A Estratégia Saúde da Família e a demanda espontânea.....	33
--	----

1.3. O acolhimento e a AIDPI no processo de trabalho em saúde	36
---	----

2. OBJETIVOS

2.1. Geral	58
------------------	----

2.2. Específicos	58
------------------------	----

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do estudo	60
-------------------------------------	----

3.2. Local do estudo	60
----------------------------	----

3.3. Fase exploratória.....	62
-----------------------------	----

3.4. Coleta de dados.....	64
---------------------------	----

3.4.1. Primeira etapa	64
-----------------------------	----

3.4.2. Segunda etapa	66
----------------------------	----

3.5. Aspectos éticos	69
----------------------------	----

3.6. Análise dos dados	69
------------------------------	----

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Educação permanente: espaço para a interlocução sobre o acolhimento...	74
---	----

4.2. Acolhimento às crianças em uma unidade de saúde da família e as contribuições da estratégia AIDPI	83
--	----

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
-------------------------------	-----

6. REFERÊNCIAS	115
----------------------	-----

ANEXO E APÊNDICES	125
-------------------------	-----

1.INTRODUÇÃO

1.1. A saúde infantil e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

Os primeiros anos de vida constituem um importante alicerce para a saúde futura dos indivíduos, motivo pelo qual a criança merece especial atenção em todas as sociedades (ROCHA et al., 1998).

Na saúde da criança, a redução da mortalidade infantil tem sido um grande desafio para gestores, profissionais de saúde e sociedade como um todo (BRASIL, 2004a). No Brasil, vem ocorrendo queda da mortalidade infantil, e no período de 1994 a 2004 houve queda de 32,6%, chegando em 2004, ano de estimativa mais recente, a 26,6 óbitos por mil nascidos vivos (UNICEF, 2006). Cabe ressaltar que temos diferenças regionais, pois os coeficientes são mais elevados no Norte e Nordeste, além de haver diferenças dentro de uma mesma região.

Entre as causas de morte infantil, as doenças transmissíveis são responsáveis por até 70% dos óbitos nas regiões mais pobres do mundo (BRASIL, 2002a). Além disso, representam até 1/3 do total das hospitalizações de crianças menores de cinco anos na região das Américas (OPS, 2001). Tais doenças podem ser evitadas pela melhoria das condições de vida da população e disponibilidade de ações eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (OPAS, 2000).

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 saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras (BRASIL, 2002b; MONTEIRO; FREITAS, 2000).

Além das condições de vida da população, a saúde infantil também requer o acesso a intervenções de saúde eficazes em tempo oportuno. Para Victora e Barros (2005), embora avanços venham ocorrendo no tocante à redução da mortalidade infantil e ampliação da cobertura dos serviços de saúde, temos dois importantes desafios: como melhorar a qualidade das intervenções de saúde e como alcançar as crianças mais desfavorecidas nas regiões mais pobres. Destacam que, em muitos países, as intervenções não estão ao alcance da maioria das crianças, merecendo importância a redução da desigualdade, tanto entre países quanto dentro de um mesmo país.

Portanto, condições de vida inadequadas, como falta de saneamento básico, má higiene e aglomeração dificultam o controle das doenças transmissíveis de maior prevalência na infância. Mas, além disso, os pais ou responsáveis podem deixar de buscar a atenção de saúde se não forem capazes de reconhecer os sinais de doença em suas crianças. É também possível que, mesmo que haja a procura por esta atenção em uma unidade de saúde, o atendimento recebido não seja efetivo, pois os profissionais de saúde podem não estar capacitados para reconhecer mais de uma condição que necessite de intervenção (CUNHA et al., 2001).

Apesar da redução da mortalidade infantil ser uma importante meta, a promoção da saúde integral da criança vai além, englobando o compromisso mútuo entre instituições governamentais e sociedade pela qualidade de vida da criança. Para isso,

[...] o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação [...], com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda sua plenitude (BRASIL, 2004a, p. 8).

O conceito de integralidade das ações de atenção à saúde da criança fundamentou a Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde (OPAS / OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) para o desenvolvimento de uma iniciativa global em saúde da criança, a estratégia AIDPI, que traz aspectos de programas de controle específicos existentes anteriormente, porém que propunham atuações isoladas (BENGUIGUI et al., 1997). Dessa forma, a AIDPI surgiu como uma metodologia de atenção à saúde da criança em consonância com a Atenção Primária à Saúde (APS), propondo uma avaliação sistemática dos principais fatores que afetam a saúde infantil, integrando ações curativas com medidas de promoção e prevenção, conjugando ações de menor complexidade com a qualidade do atendimento (FELISBERTO et al., 2002; OPAS, 1999).

Essa estratégia, de acordo com proposição da OMS/OPAS e do Unicef, tem 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, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningite, tuberculose, malária, sarampo e também 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; o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (OPAS, 2000).

Os protocolos clínicos da AIDPI proporcionam uma abordagem e um manejo de casos baseados em evidências, os quais sustentam o uso racional e efetivo de medicamentos e ferramentas diagnósticas. A avaliação sistemática e cuidadosa dos sinais clínicos e sintomas preconizados garante informação suficiente para guiar intervenções efetivas (BENGUIGUI; STEIN, 2006).

Os materiais e protocolos da AIDPI são adaptados de acordo com o contexto epidemiológico, político e social de cada país, respondendo às necessidades específicas em termos de doenças de maior prevalência, política de medicamentos e estrutura organizacional (WHO, 2006). A estratégia foi adotada no Brasil a partir de 1996, com a adaptação do material instrucional às normas nacionais, realizada pelo Ministério da Saúde (MS). A implantação da AIDPI, inicialmente, teve como prioridade os municípios com índices de mortalidade infantil acima de 40 por mil nascidos vivos (em que a pneumonia, a diarreia, a desnutrição e outras doenças evitáveis eram as principais causas de óbito) e municípios que tivessem implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Os primeiros estados escolhidos no país foram Ceará, Pará, Pernambuco e Sergipe, com posterior ampliação para outras regiões (BENGUIGUI, 2001; FELISBERTO et al., 2000).

A AIDPI preconiza uma série de passos a serem seguidos toda vez que os profissionais de saúde tiverem contato com crianças menores de cinco anos. Tais passos permitem a detecção precoce de sinais de doença, mesmo que esse não tenha sido o principal motivo que trouxe a criança ao serviço de saúde. Assim, qualquer contato com as crianças torna-se uma oportunidade para realizar diagnóstico precoce, prevenir doenças e promover hábitos saudáveis nos primeiros anos de vida (BENGUIGUI, 2003; OPS, 1999).

Segundo o boletim da OMS, a AIDPI é um instrumento simples, porém baseado em evidências científicas, que visa facilitar a abordagem e o manejo de casos, ao mesmo tempo em que considera a criança como um todo. Como a capacitação na estratégia inclui a promoção de habilidades comunicativas entre o profissional de saúde e o cuidador, os profissionais sentem-se capazes de melhor

orientar os cuidadores, que estarão mais propensos a compreender e aderir às orientações (WHO, 2006).

Desse modo, além da detecção precoce dos sinais de perigo em doenças graves, avaliação e tratamento adequado dos agravos de maior prevalência na infância, a estratégia enfatiza as atividades preventivas de alto impacto, como educação em saúde, imunização e promoção ao aleitamento materno (BENGUIGUI, 2001).

Para tanto, essa metodologia de abordagem às crianças fundamenta-se em três aspectos básicos: 1) capacitação de recursos humanos na atenção básica à saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada; 2) reorganização dos serviços de saúde na perspectiva da atenção integrada e 3) educação em saúde, na família e na comunidade (BRASIL, 2002a).

A ADPI vem sendo implantada em vários países e em diferentes contextos. A seguir, serão apresentados estudos que abordam a AIDPI no contexto da prática em diferentes serviços e instituições de ensino.

Conforme referido no presente trabalho, a estratégia AIDPI é submetida a adaptações em cada país, de acordo com a epidemiologia e estrutura do sistema de saúde. Portanto, assim como são desenvolvidos estudos para avaliar a aplicação da estratégia de maneira integral, encontramos estudos que exploram a abordagem da AIDPI em relação a específicos agravos e condições, conforme sua prevalência e gravidade em cada local, inclusive buscando a aplicabilidade do manejo de determinada agravo no contexto do país ou da região.

Nesse sentido, um estudo foi desenvolvido em um distrito da África do Sul, com o objetivo de determinar a validade de um algoritmo utilizado na atenção primária, implementado como parte da AIDPI, para identificar as crianças com

infecção por HIV sintomática e promover o manejo dos casos. A validade do algoritmo para detectar a infecção sintomática foi comparada com o diagnóstico clínico de um pediatra e com os resultados de sorologia para o vírus. Das 690 crianças que participaram do estudo, 198 apresentavam sorologia positiva para o HIV, sendo que o pediatra identificou corretamente 142 crianças e o algoritmo identificou 111. Os autores encontraram que o algoritmo apresenta 67.2% de sensibilidade e 81.5% de especificidade na detecção clínica da infecção pelo HIV. Consideram que ele pode ser utilizado em países com alta prevalência de infecção por HIV, como parte da AIDPI, para habilitar os profissionais da atenção básica a identificar e tratar das crianças acometidas (HORWOOD et al, 2003).

Na cidade de Bucaramanga, Colômbia, onde a prevalência de anemia infantil é de aproximadamente 28% e as condições econômicas dificultam a dosagem de hemoglobina em todas as crianças com suspeita de anemia, foi conduzido um estudo para estabelecer a eficiência e determinar a reprodutibilidade do teste de palidez palmar, preconizado pela AIDPI, naquela região. A palidez palmar foi avaliada em 167 crianças e os dados confrontados com dosagem da hemoglobina em cada criança. A prevalência de anemia no grupo estudado foi de 28.74 %. A sensibilidade do teste foi de 33.33 %, a especificidade de 79.83 %, o valor preditivo positivo de 40 % e o valor preditivo negativo de 74.8 %. As conclusões apontam que o teste da palidez palmar é um valioso instrumento para o diagnóstico de anemia severa, mas de menor utilidade para identificar anemia moderada e leve na região estudada (CALA et al., 2005).

Com o intuito de promover o desenvolvimento saudável das crianças, além da redução da mortalidade infantil, a OMS incluiu o Cuidado para Intervenção Desenvolvidor como um módulo da capacitação em AIDPI. Um estudo cego

controlado, desenvolvido por Ertem et al (2006), na Turquia, buscou determinar a eficácia e segurança dessa intervenção quando implementada durante consultas a crianças com doenças sem gravidade. Um mês após a consulta, uma versão adaptada do inventário Home Observation for Measurement of the Environment foi aplicada no domicílio. Um número significativamente maior de famílias no grupo de intervenção alcançou escores ótimos no inventário (17.5% versus 6.2% no grupo controle), possuía mais brinquedos feitos em casa (42.5% vs 10.6%), e mais cuidadores que relataram ler para suas crianças (20.0% vs 3.5%). Os autores consideram que a intervenção é um método efetivo através do qual os profissionais de saúde auxiliam as famílias na promoção de mais estímulos ambientais às crianças.

No contexto da prática em serviço, Naimoli et al. (2006) conduziram um estudo visando avaliar o uso da AIDPI pelos profissionais de saúde e identificar fatores que influenciam a qualidade do cuidado recebido pelas crianças de duas províncias do Marrocos. Os resultados indicam que a qualidade do cuidado prestado foi melhor no grupo que recebeu o treinamento em AIDPI, de acordo com a aderência às recomendações da estratégia (79.7% versus 19.5% no grupo controle, $P < 0.0001$) e prescrição correta de antibióticos, que foi realizada apenas para as crianças que realmente necessitavam desse medicamento (60.8% versus 31.3%, $P = 0.0013$). O estudo revelou fatores significativamente associados à qualidade do cuidado, incluindo aqueles relacionados aos profissionais de saúde (pré-capacitação para o serviço, moradia e sexo) e às crianças (idade, temperatura corporal, quantidade de queixas principais e tipo de cuidador).

Um estudo desenvolvido por Chaudhary, Mohanty e Sharma (2005), na Índia, avaliou a prática das habilidades aprendidas por trabalhadores de saúde após

treinamento em AIDPI e identificou as limitações da prática. O grupo de profissionais que recebeu a visita de seguimento entre 4 e 8 semanas após o treinamento apresentou melhor desempenho no manejo dos casos do que o grupo que recebeu a visita 1 ano após o treinamento. (81.8% e 47.9%, respectivamente). Realizou-se uma nova visita a esse último grupo entre 4 e 8 semanas após a primeira, verificando-se que o desempenho no manejo de casos melhorou durante a segunda visita de seguimento (47.9% e 83.8%, respectivamente). O desempenho no aconselhamento do cuidador aumentou de 15.6% durante a primeira visita para 52.1% durante a segunda visita de seguimento. Os autores concluem que os profissionais da atenção básica são capazes de manejar adequadamente as crianças doentes, utilizando-se da estratégia AIDPI. Ressaltam que os profissionais se beneficiam de visitas de seguimento regulares e que a primeira visita não deve distar muito da capacitação em AIDPI.

O treinamento em AIDPI também foi objeto de estudo de Pariyo et al. (2005), que pesquisaram a sua influência na qualidade do cuidado recebido por crianças doentes em 10 distritos de Uganda, na África. Apesar dos achados indicarem que os trabalhadores de saúde treinados em AIDPI comunicam-se significativamente melhor que aqueles não treinados, os níveis absolutos de qualidade do serviço continuaram baixos. Os autores consideram que o treinamento em si não é suficiente para uma melhora duradoura da qualidade do cuidado, apontando outros fatores, como a qualidade do treinamento, a supervisão efetiva, a disponibilidade de medicamentos essenciais, vacinas e equipamentos e o contexto político.

Bryce et al. (2005a) conduziram um estudo controlado não-randomizado, a fim de comparar a qualidade do cuidado em saúde infantil e seus custos em distritos rurais da Tanzânia, na África, com e sem implantação da AIDPI. A pesquisa

revelou que o treinamento em AIDPI foi associado com um cuidado infantil significativamente melhor nas unidades de saúde, sem custos adicionais aos distritos. O custo por consulta foi menor nas unidades que utilizavam a estratégia do que nas unidades tradicionais (\$4.02 versus \$25.70).

Uma avaliação multicêntrica sobre a efetividade, o custo e o impacto da AIDPI, que incluiu a análise documental da implantação da AIDPI em 12 países e a realização de pesquisas com desenhos compatíveis em Bangladesh, Brasil, Peru, Tanzânia e Uganda comparou seus achados com as expectativas da OMS sobre a implantação da estratégia a nível mundial. Embora a AIDPI tenha sido introduzida com sucesso na maioria dos países com altos e moderados índices de mortalidade infantil, algumas das expectativas básicas acerca do desenvolvimento da AIDPI não foram encontradas. Quatro dos cinco países pesquisados (exceto a Tanzânia) encontraram dificuldades em expandir a estratégia a nível nacional mantendo sua adequada qualidade. As intervenções a nível familiar e comunitário preconizadas pela AIDPI não foram implementadas desde o início e os países interromperam os esforços para aumentar a cobertura populacional. O estudo ressalta que as maiores limitações dos sistemas de saúde na implementação da AIDPI não foram apreciadas desde o princípio e, somente agora, está claro que as soluções para os grandes problemas referentes ao compromisso político, recursos humanos, financiamento, integração ou, pelo menos, coordenação dos programas de saúde e efetiva descentralização são pontos importantes para o sucesso dos esforços na redução da mortalidade infantil (BRYCE et al., 2005b).

Amaral et al. (2004), em estudo que integra essa avaliação realizada em cinco países acerca do custo e impacto da AIDPI, realizaram um inquérito em 24 unidades de saúde de quatro estados do nordeste brasileiro. A pesquisa comparou unidades

com e sem implantação da AIDPI em relação ao desempenho dos profissionais e à estrutura de apoio. Os resultados apontam que os profissionais treinados na estratégia obtiveram desempenho significativamente melhor que os não treinados na avaliação da criança, classificação do agravo e comunicação com o cuidador. Os enfermeiros treinados mostraram desempenho tão bom quanto e, às vezes, até melhor do que os médicos treinados em AIDPI. Entre os profissionais médicos não houve diferenças significativas nas condutas terapêuticas, mas os autores ressaltam que o fato da comunicação com o cuidador melhorar significativamente com o treinamento em AIDPI contribui para o sucesso do tratamento tanto quanto a conduta terapêutica correta. Embora a maioria dos indicadores demonstre uma melhora significativa da qualidade do cuidado, algumas práticas importantes ainda são pouco utilizadas, mesmo após o treinamento em AIDPI, como: checar os sinais gerais de perigo, avaliar a alimentação em menores de dois anos de idade, administrar vacinas necessárias e providenciar a primeira dose da medicação na unidade. Em relação à estrutura de apoio, foi demonstrado que havia boa disponibilidade de medicações orais essenciais e vacinas em todas as unidades; no entanto, a provisão de medicamentos injetáveis (utilizados especialmente antes de referir a criança) era baixa, o que geralmente ocorre em unidades de atenção primária, segundo os autores.

Felisberto et al. (2002) realizaram um estudo avaliativo para definir os determinantes contextuais do grau de implantação da estratégia AIDPI no estado de Pernambuco, selecionando uma amostra de 33 unidades de saúde da família (USF) para a aplicação de um sistema de escores específicos, dos indicadores de processo normatizados pelo MS para a estratégia e de entrevistas, além da análise de documentos oficiais. Alguns dos dados também foram coletados a partir das

visitas de seguimento pós-capacitação preconizadas. As unidades foram avaliadas quanto à estrutura e ao processo, gerando um escore final que definiu o grau de implantação, que se apresentou aceitável para a maioria das unidades. Onde se identificou grau insatisfatório, isso se deu especialmente em decorrência do componente que reflete a interação entre a prática profissional e o entendimento dessa prática pelo cuidador, como, por exemplo, a falta de verificação da compreensão da mãe ou cuidador acerca das orientações fornecidas a até mesmo a orientação inadequada. Outros fatores que influenciaram a obtenção do grau insatisfatório em algumas unidades foram: não seguimento da sistematização proposta pela AIDPI, ausência de medicamentos e insumos padronizados pela estratégia, fichas de atendimento, termômetro e cartão da criança. A análise da implantação, que relacionou o grau de implantação e o contexto organizacional através de entrevistas e análise de documentos, destacou, entre os aspectos positivos da implantação da AIDPI, a adesão da equipe e o aumento da capacidade resolutive da unidade.

Samico et al. (2005) avaliaram a implantação da atenção à saúde da criança na rede básica de saúde de dois municípios do estado de Pernambuco, considerando uma USF com profissionais treinados em AIDPI, uma USF sem esse treinamento e uma unidade tradicional em cada município. Através da observação do manejo de casos e da estrutura, de entrevistas e discussões em grupos focais chegou-se à obtenção do grau de implantação satisfatório para as USF e insatisfatório para a unidade tradicional do município 1 e para todas as unidade do município 2. Observou-se que o manejo de casos inadequado e a não inserção dos profissionais de enfermagem na atenção infantil foram os determinantes do escore insatisfatório nas unidades citadas, pois, estruturalmente, praticamente todos os

serviços eram satisfatórios. Os profissionais entrevistados consideraram como bons a resolutividade e o relacionamento interpessoal, mas relataram dificuldades no sistema de referência e falta de integração da equipe nas unidades tradicionais. Os usuários referiram boa resolutividade, mas dificuldades no acesso e nas relações interpessoais.

Ainda no contexto da prática em serviço, porém enfocando a questão alimentar, um estudo randomizado, controlado e cego, cujo objetivo foi avaliar o impacto do aconselhamento nutricional da AIDPI sobre o crescimento infantil foi conduzido por Santos et al. (2002) em 28 unidades de saúde de Pelotas (RS). Os resultados sugerem uma forte associação causal entre o aconselhamento nutricional da AIDPI e a melhora do conhecimento materno, das práticas alimentares e da aderência às recomendações. Os médicos do grupo de intervenção apresentaram maior conhecimento e melhor desempenho na avaliação da alimentação e no aconselhamento nutricional. O recordatório materno, a satisfação com a consulta, o uso referido dos alimentos recomendados, o aporte diário de lipídeos, calorias e zinco e o ganho de peso das crianças também foram melhores no grupo de intervenção.

A importância do ensino da estratégia AIDPI em instituições de nível superior, como parte da grade curricular, tem sido ressaltada nas discussões sobre capacitação de recursos humanos em saúde. Grisi et al. (2001) consideram o ensino da estratégia como fundamental para preparar os alunos a lidar com as doenças de maior prevalência na infância, contribuindo para a qualidade e a resolutividade da atenção básica. Bringel e Oliveira (2002) avaliaram a opinião de alunos do curso de medicina da Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa, acerca do curso da AIDPI. Os alunos, de maneira geral, foram favoráveis ao curso em relação

à proposta de ensino, abordagem metodológica, conteúdo, dinâmica das atividades teóricas e práticas e desempenho dos facilitadores.

No ensino de graduação em enfermagem, as potencialidades da estratégia AIDPI também têm sido reconhecidas, visando à melhoria da atuação do enfermeiro em saúde coletiva, tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios e comunidade. O enfermeiro é considerado um profissional fundamental na operacionalização da estratégia, não se restringe ao emprego do instrumental clínico, mas abarca as dimensões da vigilância em saúde, da organização do processo de trabalho, da orientação e apoio ao trabalho de agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, da orientação de cuidadores que atuam em outros locais de atendimento infantil (creche, pré-escola, escola, abrigo, entre outros), e do fortalecimento de práticas para a promoção da saúde infantil, prevenção de agravos e identificação precoce de sinais de gravidade (VERÍSSIMO et al., 2003).

Vários estudos enfatizam a aplicação da AIDPI por profissionais médicos e enfermeiros. O estudo pioneiro no Brasil sobre a utilização da AIDPI por profissionais sem formação de nível superior foi conduzido por Vidal et al. (2003), após a adaptação do material instrucional da AIDPI, realizada conjuntamente pelo MS e pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), que originou os livros *Atenção Básica à Saúde da Criança: Texto de Apoio para o Agente Comunitário de Saúde* e *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde*. Nesse estudo, discute-se a ampliação do acesso da população infantil aos serviços de saúde através da capacitação de todos os profissionais das equipes, inclusive dos agentes comunitários de saúde (ACS). Os autores realizaram uma avaliação sobre utilização da estratégia AIDPI por ACS em visitas domiciliares (VD), em duas cidades do

nordeste brasileiro. Observou-se, na faixa etária de uma semana a menos de dois meses de idade, que houve correta avaliação dos sinais gerais de perigo em 91,7% dos casos e dos sinais de alerta em 83,3% dos casos. Entre as crianças de dois meses a menos de cinco anos de idade, 73,1% foram corretamente verificadas quanto aos sinais gerais de perigo e 80,8% foram corretamente avaliadas quanto aos sinais de alerta. A avaliação acerca da alimentação, do crescimento e da vacina foi adequadamente conduzida em 96,9%, 99% e 99% dos casos, respectivamente. Concluiu-se que os ACS foram capazes de apreender o conteúdo e aplicar adequadamente a estratégia, sendo o *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde* considerado como um importante instrumento para auxiliar nessa abordagem (grifos nossos).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, instituído como política nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2002), destaca-se para a operacionalização da AIDPI (AMARAL et al., 2004; BRASIL, 2002a; FELISBERTO et al., 2002). O PSF preconiza o vínculo com a comunidade, a definição de responsabilidades entre serviço e população, a humanização das práticas de saúde, o estímulo à participação popular e tem como objetos de atenção a família, a vigilância à saúde, a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1997), que também são pressupostos da AIDPI.

1.2. A Estratégia Saúde da Família e a demanda espontânea

O crescimento do PSF trouxe para debate a insuficiência da organização dos serviços e a falência das práticas profissionais e de gestão, sendo também considerado importante uma mudança de denominação de programa para estratégia saúde da família (ESF), em função do acúmulo de discussões e de experiências em torno desses dois referenciais (GIL, 2006). Nesse sentido, Lunardelo (2004) refere que os termos programa e estratégia se mesclam no decorrer dos anos, sendo que programa é um termo utilizado pelo MS, porém com caráter verticalizado e não consistente com a proposta de mudança do modelo assistencial, motivo pelo qual a autora opta por utilizar o termo estratégia.

Franco e Merhy (2003) colocam a ESF como estratégia para mudança do modelo assistencial. No entanto, afirmam que ela parece cometer um erro estratégico que enfraquece a sua proposta renovadora, pois as USF não se organizaram de maneira usuário-centrada. Exemplo disso é um esquema insuficiente para o atendimento da demanda espontânea, ou seja, o atendimento dos eventos agudos, tão importante para o usuário, não tem sido muito valorizado na agenda de trabalho dessas equipes, parecendo não haver uma real desburocratização do acesso aos serviços de saúde.

A valorização dos eventos agudos por parte dos usuários perpassa pela questão do processo de construção social dos problemas de saúde, já que esses não são objetos dados (em uma concepção naturalizada dos problemas de saúde), mas produtos da interação entre profissionais, serviços de saúde e usuários, que mudam ao longo do tempo (CAMARGO JR, 2005). Nessa perspectiva, o modelo

médico-hegemônico, centrado nas tecnociências e procedimentos, durante muito tempo, esteve presente nas experiências vividas de profissionais e usuários, participando da construção social das concepções de saúde e problemas de saúde (AYRES, 2004). Portanto, as demandas da população por saúde incorporaram, além das experiências corporais e subjetivas dos sujeitos, elementos biológicos do inventário de doenças da biomedicina e os arsenais técnicos e teóricos criados para enfrentá-las (CAMARGO JR, 2005). Assumir esse fato abre possibilidades de ação, pressupondo que uma mudança no modelo tecnoassistencial, vivida cotidianamente nos encontros entre profissionais e usuários, possibilitará a construção de novas formas de demandas por saúde. Mas para que isso aconteça, o profissional deverá acolher as demandas dos usuários, quer sejam por cuidados imediatos, consultas, exames ou procedimentos e, a partir delas, oferecer outras possibilidades de assistência.

Os usuários que não encontram 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 (PA). Desse modo, a APS, 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 encaminha-los aos níveis de atenção, sem uma articulação dentro do sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

Dentro do princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de universalidade – que pressupõe acesso, integralidade e resolutividade –, a ESF deve oferecer atendimento aos usuários em visitas domiciliares, grupos programáticos,

atendimentos agendados ou não-agendados (ditos eventuais), através da equipe de saúde da família, procurando contemplar a humanização da atenção à saúde pelo estabelecimento de vínculo com a população e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Essa proposta de trabalho está atrelada a uma capacidade profissional de escuta e diálogo, expressa em termos do dispositivo tecnológico do acolhimento, conforme denominado por Ayres (2004). O mesmo autor, citando Teixeira (2003)¹, coloca o acolhimento como um recurso fundamental para que profissionais e usuários surjam positivamente no espaço assistencial, possibilitando que as demandas efetivas da população norteiem as propostas de intervenções. Desse modo, o encontro entre usuários e profissionais de saúde deve configurar-se como encontro terapêutico efetivo, rumo à humanização da assistência (AYRES, 2004).

Recentemente, no Brasil, a temática do acolhimento tem sido veiculada nos documentos oficiais do MS e em pesquisas da área da saúde, ganhando ênfase discussões sobre acesso, humanização, escuta e integralidade da atenção à saúde. Para Franco et al. (1999), o acolhimento é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário que chega à unidade, promovendo atendimento humanizado e melhor resolutividade, com vistas à reorganização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, a ESF deixa de operar mudanças somente baseadas na estrutura, buscando agir, de modo amplo, naquilo que potencialmente define o perfil da assistência, ou seja, a produção em saúde embasada nas necessidades da população.

¹ TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade** – cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003.

1.3. O acolhimento e a estratégia AIDPI

Segundo Merhy (1994), a resolução dos problemas no setor saúde depende do contexto macropolítico, onde devem ser operadas mudanças organizacionais e aporte financeiro suficiente às instituições, porém não se restringe a ele, sendo também necessárias profundas transformações no processo de trabalho, no âmbito da micropolítica do trabalho em saúde, onde se situa o aspecto relacional trabalhador-usuário. É nesse *espaço intercessor* que ocorre o conflito e a possibilidade de mudança, a partir do ato criativo, permitindo a superação de barreiras e dificuldades na atenção à saúde. O autor traz que é nesse contexto micropolítico que o acolhimento surge como uma nova tecnologia de trabalho em saúde.

Tecnologias são aqui entendidas como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo, nesse caso a manutenção ou recuperação da saúde (MERHY et al., 1997a). Em relação aos aspectos tecnológicos, Merhy et al. (1997a) analisaram as dimensões tecnológicas do processo de trabalho em saúde, explicitando as tecnologias que os profissionais lançam mão no seu cotidiano: *tecnologias duras*, representadas pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais; *tecnologias leve-duras*, representadas pelos saberes estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia e rotinas; e *tecnologias leves*, que nos remetem ao plano relacional, como produção de vínculo, autonomia, acolhimento e gestão como uma forma de governar processos de trabalho.

O trabalho em saúde volta-se para o plano da prestação de serviços, onde a produção de bens se dá em ato, ou seja, no encontro entre profissional e usuário

ocorre a produção e consumo do bem produzido, que, no setor saúde, pode ser a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde. Nesse sentido, o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto (tecnologias duras e leve-duras - equipamentos e saberes estruturados), embora dele também necessite. Acontece que suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando no campo das relações e encontros de subjetividades (MERHY et al., 1997b).

A maior expressão de captura do trabalho em saúde pela lógica do trabalho morto é o modelo em saúde centrado em procedimentos, equipamentos, fármacos e no conhecimento altamente especializado e compartimentado. É estabelecida uma relação onde um é o sujeito no processo e outro o objeto, sobre o qual há uma intervenção para a melhoria de sua saúde. Para dar novo sentido ao trabalho morto, resgatando o potencial criador presente nesses objetos/procedimentos de modo cristalizado, o profissional de saúde, no trabalho vivo em ato, lança mão também de suas tecnologias relacionais para assistir os usuários. Essa assistência está pautada no estabelecimento de uma relação nova, intersubjetiva, que se dá entre sujeitos, onde tanto os profissionais quanto os usuários podem ser produtores de saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

Ayres (2004) ressalta a necessidade de se relacionar os aspectos técnicos aos aspectos humanistas da atenção à saúde. Aponta que as tecnociências biomédicas são necessárias, porém se elas não forem questionadas quanto ao seu sentido de uso para cada indivíduo corre-se o risco de que sejam recursos desejáveis, mas que nem usuários e nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Desse modo, elas seriam úteis no domínio técnico, mas pouco

exploradas como dispositivos para fazer do encontro trabalhador-usuário um encontro terapêutico, uma relação de cuidado. Torna-se necessário, portanto, que os aspectos técnicos da prática profissional em saúde sejam impregnados pela *dimensão dialógica* do encontro, isto é, uma autêntica abertura a ouvir o outro, a si mesmo e a fazer-se ouvir. Essa capacidade de diálogo tem sido relacionada ao acolhimento, que possibilita ao profissional agir positivamente diante do usuário no espaço assistencial.

O acolhimento, enquanto tecnologia leve do trabalho em saúde que opera estrategicamente nesse campo de relações, tem sido destacado como diretriz operacional do modelo tecno-assistencial, orientado nos princípios do SUS, propondo inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde (FRANCO et al., 1999, p. 347). Para isso, parte dos seguintes princípios:

- *Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.*
- *Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.*
- *Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.*

Podemos estabelecer uma relação entre tais princípios e os aspectos básicos que fundamentam a AIDPI, à medida que ambos propõem a melhoria da assistência prestada, através da capacitação dos profissionais, a fim de qualificar a relação entre trabalhadores e usuários e reorganizar o processo de trabalho nos serviços de saúde, visando uma assistência integral, prestada por uma equipe multiprofissional.

Em relação ao primeiro princípio acima explicitado, o da acessibilidade universal, prevê-se o sistema de porta aberta aos usuários. Devemos, no entanto,

levar em conta que a simples porta aberta não garante o acesso, que perpassa outras questões a serem abordadas com mais cuidado a seguir.

O acolhimento também tem sido relacionado com o espaço físico da recepção da clientela em unidades de saúde, onde se realiza a escuta e o atendimento do usuário. No entanto, ele não se restringe a esse setor e ao profissional responsável por ele, compondo apenas mais uma atividade no serviço. Ao contrário, compreende-se que ele se estenda até a resolução do problema apresentado, organizando a oferta de serviços de saúde a partir da escuta e avaliação de risco de cada situação, porém sem se restringir a apenas uma triagem. O acolhimento é entendido como parte do processo de trabalho em saúde, podendo ser praticado em toda situação de atendimento, por todo profissional de saúde que esteja apto a captar a necessidade do usuário e tomá-la como seu objeto de trabalho (LEITE et al, 1999; MATUMOTO, 1998). Teixeira (2005, apud TEIXEIRA, 2003)² ressalta o *acolhimento dialogado* como uma técnica de conversa a ser operada por qualquer trabalhador de saúde em situações de encontro com os usuários. Esse trabalhador deve ter uma postura de co-responsabilização pelas necessidades do usuário e, na medida do possível, atende-las ou direciona-las para o ponto do sistema capaz de resolver essa demanda (RAMOS; LIMA, 2003).

Apesar de a referência para outros pontos do sistema ser um recurso em saúde, as unidades devem mostrar-se resolutivas, ou seja, seu padrão tecnológico deve ser coerente com os tipos de demandas da comunidade (RAMOS; LIMA, 2003; SENA-CHOMPRÉ et al., 2000), lembrando que as tecnologias em saúde não se restringem a equipamentos e estruturas, conforme já discutido. Portanto, os serviços necessitam de plasticidade, expressa como a capacidade de adaptar técnicas e

² TEIXEIRA, R. R. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade** – cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003.

combinar atividades a fim de melhor responder aos problemas de saúde da população, mesmo trabalhando com recursos escassos e lidando com aspectos sociais, culturais e econômicos diversos presentes no cotidiano (CAMPOS, 1997a).

Desse modo, a questão do acesso também está atrelada à capacidade resolutive de uma unidade de saúde, pois para garantir acesso universal não basta garantir acessibilidade geográfica e “porta aberta”: há de se instituir o acesso funcional (RAMOS; LIMA, 2003), ou seja, fazer da unidade um espaço onde o usuário seja ouvido, tenha seu problema e/ou necessidade valorizados e confie na capacidade dos profissionais em atendê-los e resolvê-los, ou encaminhá-los à resolução.

Para Merhy (1997b), a implantação do acolhimento em seu aspecto formal (burocrático) não garante que ele se institua como um princípio ético do atendimento em saúde. Entende-se que o usuário partilhará sua realidade, fraquezas e sofrimentos com aqueles profissionais que demonstrarem, além da capacidade de escuta, um desempenho clínico que vá ao encontro de suas necessidades. Desse modo é que o acolhimento será validado culturalmente pela população.

Kovacs et al. (2005) constataram, através de estudo conduzido em cinco unidades públicas de referência para urgência / emergência pediátrica em Recife - PE, que 63,5% das crianças atendidas apresentavam problemas de saúde que poderiam ser solucionados na rede básica, demonstrando os encaminhamentos desnecessários e, além disso, a falta de confiança que a população tem na capacidade de algumas equipes de unidades básicas de saúde.

A escuta às demandas da população, aliada a um bom desempenho clínico, promove relações de confiança, que são determinantes na escolha do serviço de saúde, mais fortes que a proximidade geográfica (RAMOS; LIMA, 2003).

A AIDPI reúne os componentes de comunicação e clínica em uma estratégia que capacita os membros da equipe a avaliarem as crianças e tomarem condutas com segurança. Esse aspecto é de valiosa importância, à medida que podem contribuir com a capacidade resolutiva da unidade e promoção de vínculo com a população.

Neste estudo, parte-se do entendimento da clínica como

[...] o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presentes nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e / ou recuperação de um certo modo de viver a vida (FRANCO et al., 1999, p. 346).

Essa definição remete a uma compreensão ampliada de clínica, que busca a satisfação de necessidades, sem encapsular esse ato como competência de um profissional específico.

O conceito de clínica ampliada permite que outros aspectos dos sujeitos, além do biológico, sejam incorporados pelos profissionais de saúde, visando à transformação da atenção individual e coletiva. Preconiza o respeito pela demanda dos usuários e pelo trabalho em equipe. Lida, ao mesmo tempo, com a ontologia das doenças e a singularidade dos sujeitos, considerando que, mesmo que os usuários ora sofram intervenções quase que exclusivas ao plano biológico, é possível que estas sejam disparadoras de caminhos terapêuticos singulares (CUNHA, 2005). Desse modo, entendemos que se propõe uma ampliação da clínica para além do manejo de doenças, considerando quais as repercussões de determinada condição de agravo para determinado indivíduo, que tem uma história de vida singular e, portanto, necessita de um caminho terapêutico singular, a ser partilhado entre profissional de saúde e usuário. Outra proposta seria a ampliação da ação clínica

para outros profissionais, traduzindo o respeito pelo trabalho em equipe anteriormente referido.

Cunha (2005) refere que a discussão da clínica ampliada traz à tona questionamentos que, muitas vezes, são interpretados como ameaça ao poder corporativo dos profissionais, pois pressupõe que outros profissionais além do médico realizem ações clínicas. É necessário, em uma equipe de saúde, que essas questões sejam reconhecidas e debatidas, a fim de distinguir as perdas reais ou imaginárias para os atores e delimitar o interesse público e os interesses corporativos.

Em geral, encontramos, no cotidiano, uma demanda de atendimentos clínicos voltada para o médico, podendo gerar dificuldades de acesso e vinculação da população a uma classe profissional e não à equipe (SCHIMITH; LIMA, 2004). Essa questão nos remete ao segundo princípio do acolhimento enquanto diretriz operacional: a organização do processo de trabalho através da equipe multiprofissional, deslocando-se do eixo central do médico.

Nesse sentido, há o conceito de equipe de acolhimento, composta por profissionais de nível superior, técnicos e auxiliares de enfermagem (FRANCO et al., 1999), que utilizam a compreensão e a comunicação, aliadas ao desempenho clínico, para atender à demanda dos usuários, promovendo relações de confiança (RAMOS; LIMA, 2003).

Entendemos que a atuação multiprofissional é muito importante para a operacionalização da estratégia AIDPI. Embora seja preconizado que todo profissional capacitado possa desempenhar com segurança a estratégia, acreditamos que a atuação multiprofissional enriqueça sobremaneira o atendimento estruturado pela AIDPI. Para que isso ocorra, julgamos necessárias a comunicação

e relações de confiança entre os membros da equipe, onde cada um reconheça a sua contribuição e a do outro, não somadas, mas interligadas em um trabalho coletivo.

A necessidade de articulação das ações, da interação comunicativa entre os profissionais e da superação do isolamento dos saberes é explorada por Peduzzi (2001), que apresenta uma tipologia para o trabalho em equipe, destacando duas modalidades: equipe agrupamento, em que ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, com articulação das ações e interação entre os agentes. A autora constrói essa tipologia embasada em um quadro interpretativo que pressupõe a reciprocidade entre trabalho, em cuja perspectiva destaca-se a intervenção técnica, e interação, em cuja perspectiva se destaca a intersubjetividade. Refere que é através da intersubjetividade, expressa pela prática comunicativa e busca de consensos, que os profissionais podem construir um projeto de trabalho comum, em equipe, que responda às necessidades dos usuários sem abolir as especificidades dos diferentes trabalhos técnicos.

Compreendemos que essa questão passa por discussões sobre aspectos das práticas profissionais, não significando que outros profissionais, ao exercerem a clínica, por exemplo, pratiquem atos de exclusiva competência médica.

Na organização do processo de trabalho em equipes de saúde existe o conceito de *campo*, que abrange saberes e responsabilidades comuns a várias profissões e de *núcleo*, que abarca os saberes específicos (CAMPOS, 1997b). Esse conceito também é explorado por Franco e Merhy (2003), que explicitam a articulação de núcleos de competência específicos com a dimensão de cuidador, inerente a todo profissional de saúde, produzindo o cuidado a partir de relações intercessoras com os usuários. Este seria, portanto, um território que não se

restringe apenas ao cognitivo, aos saberes, mas expande-se aos fazeres, contando com a solidariedade profissional e colocando sempre o usuário no centro da assistência. Assim, os profissionais devem usar seu potencial criativo e criador, lançando-se ao *campo de produção do cuidado* durante a relação com os usuários. Essa questão assinala a valorização da clínica como um dispositivo disparador de novos processos de organização do trabalho, porém associada à formação de uma nova subjetividade envolvendo os profissionais entre si e os usuários.

Merhy (1998, p. 117), refletindo sobre a dimensão cuidadora dos atos de saúde, diz que

[...] todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.

Em trabalho posterior, o autor cria a imagem das porosidades entre os núcleos profissionais entre si e entre o mundo dos trabalhadores e o dos usuários, destacando que essas porosidades são os espaços desterritorializados onde nos *contaminamos* pelo outro e por onde o usuário surge com suas necessidades complexas que extrapolam nossos núcleos de competência. Coloca ainda que o modo mais eficaz de abordar essas necessidades é a partir das tecnologias leves, operando as diretrizes do acolhimento, responsabilização e vínculo (MERHY, 2005). Portanto, é nesse sentido que todos os profissionais de saúde devem ser capacitados para atuar no terreno das tecnologias leves.

Peduzzi (2001), ao discutir sobre a flexibilidade da divisão do trabalho, entende a mesma como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e de ações executadas por agentes de diferentes áreas de atuação, destacando o acolhimento entre essas ações comuns à equipe.

Dentro dessa perspectiva, apostamos, nesse estudo, nos seguintes dispositivos para transformação dos serviços de saúde, no que tange a saúde infantil: a estratégia AIDPI, os trabalhadores de saúde e o acolhimento. A utilização da AIDPI para capacitar trabalhadores de saúde a atuar clinicamente, em uma perspectiva multiprofissional, enriquecendo o modo de acolher os usuários que chegam à unidade, gerando responsabilização e vínculo.

É necessário que os profissionais da equipe de saúde da família assumam essa responsabilização comum, proporcionando atendimento clínico com continuidade aos usuários que, assim, estarão mais propensos à criação de vínculo (KOVACS et al., 2005; RAMOS; LIMA, 2003; SCHIMITH; LIMA, 2004). Desse modo, as ações dos profissionais terão maior impacto e produzirão cuidados mais resolutivos (SCHIMITH; LIMA, 2004), a partir do encontro entre trabalhador / usuário, que Merhy (1997a) denomina de *espaço intercessor*.

Vários estudos (BUENO, 1997; FRANCO et al., 1999; FRANCO et al., 2004; RAMOS; LIMA, 2003; SAMICO et al., 2005; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA; LOPES, 2003) ressaltam o potencial da enfermagem para o atendimento clínico ampliado, em conjunto com as ações de prevenção e promoção à saúde. Um dos aspectos ressaltados é que a elaboração de protocolos contribui com esse processo (FRANCO et al., 1999; SENA-CHOMPRÉ et al., 2000; SOUZA; LOPES; 2003), orientando sobre os procedimentos a serem adotados, com vistas a melhorar a resolutividade da unidade pelo processo de acolhimento, inclusive reduzindo as filas, que são um fator de desumanização no atendimento (FRANCO et al., 1999; SCHIMITH; LIMA, 2004; SOUZA; LOPES, 2003). No entanto, é necessário relembrar que os saberes estruturados e as rotinas, expressos em protocolos, não podem capturar o trabalho vivo; ao contrário, devem promover a integração entre o saber

clínico e a capacidade dialógica, extrapolando o domínio normativo e direcionado (ROSSI; LIMA, 2005).

A AIDPI, enquanto uma estratégia que engloba ações protocoladas, constitui-se principalmente de tecnologias leve-duras. No entanto, apresenta potencial para integrar tecnologias leves à sua dinâmica, à medida que valoriza aspectos comunicativos entre profissionais e pais ou cuidadores.

Como já assinalado, a demanda espontânea na ESF por atendimentos não-agendados tem gerado uma problemática que envolve: filas, atraso no atendimento, demanda reprimida, saturação das unidades de PA, insatisfação dos usuários e profissionais. Portanto, a utilização da AIDPI no acolhimento poderia ser especialmente explorada nos atendimentos eventuais (não agendados) de crianças, no qual o acolhimento embasado em aspectos da estratégia AIDPI poderia contribuir para a resolutividade do serviço e promoção de relações de confiança, aumentando o vínculo entre população e serviço de saúde.

Considerando as atividades de campo existentes na unidade de saúde, a avaliação rápida, porém cuidadosa, de um profissional de enfermagem (ou outro profissional não-médico) capacitado, aliada à atitude de escuta, poderia agilizar as ações de atenção às crianças que esperam na fila e que possuem um problema que requeira atenção imediata; revelar outro problema além da queixa manifestada pelo cuidador; solucionar questões que não requeiram consulta médica, diminuindo o tempo de espera por atendimento; manejar casos em conjunto com os outros profissionais; realizar orientações pertinentes, entre outros.

Embora a população tenha uma cultura de credibilidade nas condutas adotadas pelo médico, é possível que aceite aquelas praticadas pelos demais profissionais, à medida que perceba a existência de uma linguagem comum entre a

equipe, ou seja, que esse acolhimento embasado na AIDPI não esteja restrito somente à recepção, mas atenda às necessidades e que acompanhe a criança em sua trajetória pela unidade. Ressaltamos que se trata de assumir as atividades de campo existentes no processo de trabalho em equipe, com vistas à melhor integração desta e não de uma atitude no sentido de incorporar atividades exclusivas do núcleo médico.

Julgamos necessário esclarecer que, embora a estratégia AIDPI proponha uma abordagem em relação a *problemas de saúde*, pensamos que não se pode perder de vista o cuidado longitudinal e integral às *necessidades de saúde* dos usuários. A identificação e manejo dos problemas de saúde dos usuários pela equipe multiprofissional no acolhimento deve ser o ponto de partida para a continuidade do cuidado integral e longitudinal, com vistas a atender as complexas necessidades de saúde dos usuários que, muitas vezes, não se restringem ao plano biológico, conforme aponta Cunha (2005). Portanto, deve-se pensar em uma clínica ampliada mesmo a partir de uma queixa pontual. Mas, como abordado anteriormente a partir das reflexões de Merhy (2005), só é possível pensar na longitudinalidade e complexidade a partir desse momento pontual se ele estiver impregnado pelas tecnologias leves, ou seja, se houver uma capacidade de escuta, vinculação e responsabilização da equipe.

Embora tenhamos nos referido à escuta dos problemas trazidos pela população, devemos ressaltar que essa escuta não deve ser apenas clínica / biológica, dirigida somente à queixa pontual, sob o risco de restringir as potencialidades do acolhimento enquanto diretriz para inversão do modelo tecno-assistencial, reproduzindo os modelos de PA, com intervenções pontuais, pouco

resolutivas e não constituidoras de vínculo (FRACOLLI; ZOBOLI, 2001 apud CAMPINAS; ALMEIDA, 2004)³.

Desse modo, a postura profissional é imprescindível para garantir que o acolhimento não reduza a unidade a um PA. Ao contrário, possibilita reorganizar a oferta de serviços a partir da demanda espontânea, utilizando-a como um recurso a mais para abordar o usuário, incorporando o sujeito da maneira como ele sente seus problemas e suas necessidades de saúde. Ao invés de negar essa demanda, os serviços devem ir além dessa situação, utilizando-a como matéria-prima para oferecer alternativas de assistência, em busca do cuidado integral à saúde. O atendimento à demanda espontânea representa a incorporação do modo como o coletivo construiu a relação entre usuário e serviço de saúde, trabalhando na perspectiva usuário-centrada (FRANCO et al., 1999; LEITE et al., 1999; MERHY et al., 1991; PAIDÉIA, 2002; SENA-CHOMPRÉ et al., 2000; SILVEIRA et al., 2004).

Depreende-se que trabalhar na perspectiva usuário-centrada, solidarizando-se com a demanda espontânea, resulta em uma relação humanizada, conforme o terceiro princípio do acolhimento enquanto diretriz operacional. Entretanto, considerando que a humanização não se relaciona apenas às questões referentes ao usuário, mas também abrange a satisfação profissional e as condições favoráveis de trabalho, entendemos que seja necessária uma abordagem nesse sentido.

Segundo Rossi e Lima (2005), os profissionais devem vivenciar e receber o acolhimento em seu cotidiano para sentirem-se comprometidos em acolherem o usuário. Mas, além dessa lógica do somente poder doar aquilo que se recebe, existe a questão da identificação do trabalhador com a missão do SUS e do

³ CAMPINAS, L. L. S. L.; ALMEIDA, M. M. M. B. Tuberculose: o desafio da acessibilidade e do acolhimento nos serviços de saúde. **Mundo Saúde**, v. 28, n. 1, p. 69-76, jan/mar 2004.

estabelecimento de saúde, acreditando que seu trabalho tem um valor de uso nesse contexto (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Para Matumoto (1998) o trabalhador de saúde vive processos que interferem no acolhimento, sobre o seu posicionamento na relação com o usuário, os quais são: reconhecimento do seu próprio trabalho e de si como trabalhador; preparação técnica e emocional; espaço-tempo que destinará ao atendimento, forma como lançará mão das tecnologias do trabalho em saúde; disponibilidade para a escuta e para ir além do que está sendo dito. Em suma, coloca o trabalhador enquanto um ser com necessidades, tanto quanto o usuário.

Para contemplar tais processos do cotidiano profissional, julgamos que a prática educativa não deve se ater em aspectos tecnicistas e pontuais, representados nos tradicionais cursos de reciclagem e treinamentos dos programas de educação continuada institucionais. A capacitação técnica é de extrema importância, mas é preciso que a necessidade de capacitação ocorra a partir de uma reflexão acerca das particularidades do processo de trabalho em cada equipe e que essa associação continue sendo feita durante o cotidiano em serviço. De acordo com Merhy (2005), essa nova forma de construir os cotidianos nos serviços de saúde é expressa pela educação permanente (EP), na lógica do trabalho como um ato pedagógico em si.

A Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, proporcionando agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva. (BRASIL, 2004b). A EP, considerada como instrumento para a consolidação do SUS, deve ser entendida como aprendizagem-

trabalho, que acontece no cotidiano das instituições, realizada a partir das situações enfrentadas na realidade e do conhecimento prévio dos indivíduos. Como a EP objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, considera-se insuficiente a mera transmissão de novos conhecimentos para a qualificação profissional, já que o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central (BRASIL, 2005). Nessa proposta,

[...] a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (BRASIL, 2005, p. 12).

Visando contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população e superar as deficiências das práticas tradicionais de saúde, a EP pauta-se na integralidade da atenção e busca fortalecer os elementos dessa diretriz do SUS, os quais são: o acolhimento dos usuários; a produção de vínculo entre eles e a equipe; a responsabilização dos trabalhadores com a saúde individual e coletiva; o desenvolvimento da autonomia dos usuários; e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2005).

O presente trabalho busca fortalecer o acolhimento às crianças através da escuta qualificada e comprometida, da avaliação clínica e do aconselhamento ao cuidador, que se tornará mais confiante e capaz de prestar cuidados àquela criança. Desse modo, promove-se a vinculação dos usuários à equipe de saúde e a resolutividade da USF.

Na maioria das unidades de saúde, o processo inicial de acolhimento é realizado por técnicos ou auxiliares de enfermagem, no setor de recepção. Esse profissional, geralmente, tem suas atividades direcionadas à complementação da consulta médica, exercendo atividades de pré e pós consulta, sem uma

compreensão de todo o atendimento. Além disso, muitas vezes, eles manifestam angústia pela limitação de seu trabalho e conhecimento, bem como pela sensação de impotência diante da demanda reprimida, conforme demonstrado por Franco et al. (2004), Hennington (2005), Onocko Campos (2005) e Souza e Lopes (2003).

Nesse sentido, é necessária uma estrutura que dê apoio ao profissional e favoreça sua autonomia em relação às decisões a serem tomadas, administrativas ou assistenciais (SENA-CHOMPRÉ et al., 2000; SOUZA; LOPES, 2003). Para que essa autonomia se desenvolva, a educação em serviço é de suma importância, promovendo a autoconfiança profissional e maior propensão nos usuários a se vincularem à unidade, conforme apontado anteriormente.

Camelo et al. (2000) colocam os recursos humanos como possível solução dos maiores problemas de saúde, referindo que profissionais éticos e responsáveis, capazes de reconhecer a complexidade das necessidades trazidas pelos usuários podem interferir positivamente nas condições de vida e saúde da população.

A capacitação dos trabalhadores, um dos aspectos fundamentais da AIDPI surge, portanto, como qualificador da relação entre profissionais e usuários, sendo essencial para a humanização da assistência preconizada pelo acolhimento.

Como já assinalado, é ressaltado na literatura o potencial da enfermagem para o atendimento clínico ampliado, conjuntamente à promoção da saúde e prevenção de agravos. Profissionais de enfermagem responsáveis pelo acolhimento capacitados podem trabalhar na perspectiva usuário-centrada, acolhendo a demanda espontânea da população através de escuta clínica qualificada e dando uma resposta positiva às necessidades relatadas e identificadas, não perdendo de vista todo o processo de acolhimento, a integração entre a equipe e a continuidade do cuidado.

Nesse sentido, o presente estudo trabalha com a suposição de que aspectos da estratégia AIDPI podem contribuir para a qualificação do acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade que demandam por atendimento espontâneo em uma USF.

Os encontros entre profissionais, crianças e seus cuidadores ocorrem, no contexto da ESF, em várias ocasiões, como visitas domiciliares, grupos educativos, consultas agendadas e eventuais. É necessário que a equipe esteja apta a reconhecer os problemas de saúde das crianças, solucionando adequadamente os casos que a unidade comporta e encaminhando com agilidade aqueles que necessitam de atenção especializada, bem como proporcionando seguimento aos contra-referidos.

Não pretendemos, aqui, supervalorizar o PA dentro de uma USF; apenas ressaltamos as possibilidades de um acolhimento estruturado pela AIDPI como um recurso a mais para abordar as crianças que chegam à unidade. Como já discutido, a postura dos profissionais irá garantir a atenção integral, através do levantamento de outras necessidades além da queixa inicial e do oferecimento de alternativas de assistência a partir da incorporação da demanda espontânea.

Essa proposta de trabalho que realizamos encontra respaldo na concepção do acolhimento enquanto tecnologia leve do trabalho em saúde, que ocorre na dimensão das interações humanas do trabalho vivo em ato e, enquanto tal, é permeável às mudanças, ao novo, à reconstrução (MERHY, 2002).

O acolhimento, atualmente objeto de vários estudos, é apontado como diretriz operacional do modelo de saúde centrado no usuário, por se constituir em um espaço de escuta e interação. Até o momento, apresentamos os aspectos positivos apontados por autores que estudam as propostas de operacionalização do

acolhimento. No entanto, a diretriz operacional do acolhimento ainda encontra obstáculos à viabilização do acesso e humanização da assistência. Destacaremos, a seguir, as principais dificuldades apontadas por alguns estudos, visando subsidiar a proposta de qualificação do acolhimento à população infantil.

Schmith e Lima (2004), analisando o acolhimento em uma equipe da ESF do estado do Rio Grande do Sul, identificaram lacunas referentes à abertura do serviço para acolher a demanda, à responsabilização dos trabalhadores pelos problemas de saúde da população e ao estímulo à autonomia do usuário. Também identificaram que os princípios e diretrizes do SUS não se constituem enquanto projeto pensado dos trabalhadores da unidade.

Hennington (2005), em suas reflexões sobre um programa interdisciplinar de acolhimento ligado à Universidade do Vale do Rio Sinos, no município de São Leopoldo - RS, aponta como dificuldades do processo de acolhimento a pouca resolutividade, a impossibilidade de atender toda a demanda e a falta de infraestrutura de apoio à referência e contra-referência.

Ramos e Lima (2003), abordando a visão de usuários acerca da qualidade do atendimento relativo ao acesso e ao acolhimento, em uma unidade de saúde em Porto Alegre – RS, concluem que o processo de acolhimento encontra-se em uma fase de transição, pois a unidade ainda trabalha com alguns aspectos dos moldes tradicionais de organização, como o processo de trabalho centrado na consulta médica e o sistema de distribuição de fichas. Ressaltam a necessidade de capacitação da equipe para o acolhimento.

A insuficiente capacitação dos profissionais para o acolhimento também é destacada por Sena-Chompré et al. (2000), em análise do processo de acolhimento nos serviços básicos de saúde de Belo-Horizonte – MG. As autoras discorrem

acerca da falta de compreensão do processo de trabalho por parte das auxiliares de enfermagem, responsáveis pelo acolhimento dos usuários na unidade, que ainda têm a percepção do seu trabalho como complementar ao do médico e centrado em procedimentos. Outro aspecto destacado é a insatisfação desses profissionais pela falta de integração na equipe e desta com a comunidade, denotando certo distanciamento entre trabalhador de saúde e usuário.

Embora haja um discurso institucional a favor da humanização da assistência, Rossi e Lima (2005) apontam, em estudo sobre a utilização das tecnologias leves nos processos gerenciais do enfermeiro, o trabalho centrado em procedimentos e protocolos como obstáculo à escuta do usuário e à atenção direcionada às suas necessidades. A soberania das tecnologias leve-duras, representadas pelos saberes estruturados, estaria restringindo as possibilidades de reconhecimento das múltiplas dimensões do ser humano.

Camelo et al. (2000), em estudo sobre o acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Ribeirão Preto – SP ressaltam que nem sempre as relações entre trabalhadores e usuários são personalizadas havendo, muitas vezes, maior preocupação com as habilidades técnicas do que com o acolhimento.

Fracolli e Zoboli (2004), buscando identificar como se processa o acolhimento na ESF em São Paulo – SP, obtiveram resultados que apontam uma ação focalizada na queixa, com uma intervenção pontual, pouco resolutiva e não constituidora de vínculo.

Silveira et al. (2004), ao realizarem entrevistas com profissionais da ESF de Campina Grande – PB em busca de suas concepções sobre o acolhimento e o modo como o realizam, identificaram como condições desfavoráveis à vivência do

acolhimento a inadequação da área física, a demanda excessiva, a falta de médico na unidade e as condições sociais da comunidade.

A questão dos profissionais médicos também esteve presente na investigação que Franco et al. (1999) desenvolveram em uma UBS de Betim – MG. Após um ano de implantação do acolhimento da unidade, persistia a dificuldade para o agendamento de consultas médicas e a pequena inserção dos profissionais médicos no acolhimento.

Souza e Lopes (2003), em estudo sobre o acolhimento em UBS de Porto Alegre – RS destacam como principal desafio para a consolidação do acolhimento (e de um novo modelo em saúde) a vontade de mudança da equipe, que deve estar comprometida com a nova proposta, discutindo-a continuamente para o seu aprimoramento.

Como se pode depreender, entre as dificuldades expostas destacam-se a pouca resolutividade, a falta de capacitação profissional para o acolhimento e as intervenções focadas na queixa, com atitudes não promotoras de vínculo.

Conforme já demonstrado na seção 1.1 do presente trabalho, a AIDPI, uma estratégia de atenção em saúde da criança que integra componentes relacionados às doenças prevalentes na infância contribui para a capacitação dos profissionais, visando o atendimento integral, e para a resolutividade do serviço. Porém, também enfrenta dificuldades de implantação, entre as quais se destacam as questões estruturais e, especialmente, as questões de interação entre profissionais e cuidadores.

Neste estudo, buscam-se possibilidades de superar algumas dessas dificuldades, integrando as tecnologias leve-duras e leves da AIDPI e do acolhimento, visando acessibilidade, resolutividade e integralidade. Desse modo,

este estudo centra-se na capacitação da equipe responsável pelo acolhimento de uma USF para a escuta qualificada dos usuários, levantando questões além da queixa relatada, em uma abordagem clínica e dialógica, que utiliza os problemas de saúde como ponto de partida para o estabelecimento de um encontro entre sujeitos, que se expande para uma abordagem longitudinal e integral das complexas necessidades de saúde dos usuários, envolvendo a equipe multiprofissional.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

O presente estudo tem como objetivo geral descrever e apreender as contribuições da estratégia AIDPI para o acolhimento realizado por profissionais de enfermagem às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família.

2.2. Específicos

- Descrever um programa de educação permanente (EP) para a equipe de uma unidade de saúde da família, com enfoque no acolhimento de crianças menores de cinco anos e na atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), de acordo com número de encontros realizados, carga horária, número e atuação profissional dos participantes, conteúdos abordados, estratégia pedagógica adotada, produtos da EP e plano de implantação do acolhimento;
- Descrever a implantação de uma estratégia de acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade que chegam a uma unidade de saúde da família para atendimento não agendado, baseada em aspectos da estratégia AIDPI, de acordo com a comunicação estabelecida entre o profissional e o cuidador da criança, a avaliação clínica e as condutas adotadas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa em saúde, buscando priorizar os processos em micro-ambientes e focalizar as relações e situações em determinado contexto social (CHIZZOTTI, 1995; MINAYO, 1994;).

A pesquisa descritiva objetiva a observação, descrição e documentação de aspectos de uma situação como ela ocorre; é delineada para caracterizar um fenômeno social de interesse como ele correntemente existe (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.2. Local do estudo

O local selecionado para este estudo foi uma USF, na cidade de Ribeirão Preto-SP.

A unidade funciona de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min. A equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais. Até novembro de 2006⁴, o número de famílias cadastradas era de 896, totalizando 3295 pessoas, das quais 11,9% possuíam plano de saúde. A assistência realizada na unidade envolve consultas médicas e de enfermagem, acolhimento, visitas domiciliares, discussões da equipe sobre as

⁴ Dados coletados no Núcleo de Saúde da Família IV (não publicado).

famílias, grupos educativos, atividades culturais e comunitárias, assim como atividades de capacitação da equipe, o ensino de graduação em enfermagem, medicina e odontologia e o de especialização - modalidade residência - em medicina da família.

A área de abrangência da unidade inclui duas favelas. Cinco por cento do total de casas não são de alvenaria, sendo feitas de taipa, madeira ou material aproveitado. Em relação ao saneamento básico, 98,4% das famílias destinam seu lixo à coleta pública e 87,4% utilizam sistema de esgoto para o destino dos dejetos (11,6% utilizam fossa e 1% depositam-nos a céu aberto). Embora 98,5% das famílias cadastradas se abasteçam da água via rede pública (mesmo que ilegalmente), em 58% dos domicílios não há tratamento da água utilizada pela família. A energia elétrica está presente em 99,1% das casas, embora na área das favelas a sua obtenção é realizada de maneira ilegal. No aspecto educacional, 78,9% das crianças entre sete e quatorze anos de idade estão na escola e 92,5% da população de quinze anos de idade ou mais são alfabetizadas.

Em relação à morbidade e condição referidas, dados do sistema de informação em atenção básica (SIAB)⁵ mostram o seguinte perfil: alcoolismo (1,1%), doença de chagas (0,4%), deficiência física ou mental (1,7%), diabetes (2,2%), epilepsia (0,4%), hipertensão arterial (7,5%), hanseníase (0,1%) e gestação (1,8%).

Segundo a idade, a população cadastrada concentra-se na faixa etária de vinte a trinta e nove anos (35,3%). A população menor de seis anos de idade representa 13% da população cadastrada, havendo uma expressiva demanda por atendimentos nessa faixa etária. Como o presente trabalho se propôs a estudar o acolhimento a crianças menores de cinco anos de idade, esta unidade foi

⁵ Dados do consolidado de famílias cadastradas do SIAB, coletados no Núcleo de Saúde da Família IV (não publicado).

identificada como a mais adequada entre as USF do município de Ribeirão Preto ligadas à Universidade de São Paulo.

3.3. Fase exploratória

Houve uma aproximação da pesquisadora ao campo na fase exploratória de pesquisa. Essa aproximação formalizou-se através de um estágio voluntário, durante o qual a pesquisadora pôde partilhar das dificuldades relatadas pelos profissionais em seu cotidiano. Através do acompanhamento das atividades desenvolvidas e das reuniões de equipe, identificou-se na fala dos profissionais e na realidade compartilhada que a demanda por atendimentos eventuais estava sobrecarregando a equipe e causando insatisfação, tanto por parte dos profissionais da ESF quanto por parte dos usuários. A equipe se sentia impotente em acolher as necessidades da população, inclusive orientando-a a procurar atendimento em outra unidade por não haver mais vaga para atendimentos naquele dia, enquanto os usuários percorriam vários pontos do sistema de saúde em busca de atendimento, muitas vezes sem recebê-lo.

O acolhimento dos usuários na USF em questão é realizado por duas auxiliares de enfermagem, no setor de recepção da unidade. Elas contam com a atuação da enfermeira que, embora esteja constantemente envolvida em atendimentos individuais em consultórios ou em atividades de grupo, presta retaguarda às atividades das mesmas e, sempre que possível, permanece no setor de recepção, acolhendo os usuários. O espaço físico é composto por uma sala com

duas mesas, cadeiras, armários com os prontuários, poltrona para a aferição da pressão arterial dos usuários e cartazes educativos afixados nas paredes. As ações desenvolvidas pelas auxiliares no acolhimento envolviam, até o momento anterior à pesquisa, a abordagem inicial do usuário, englobando: solicitar o cartão do usuário, localizar o prontuário do mesmo, questiona-lo se possui atendimento agendado no dia ou deseja atendimento eventual e, nesse caso, perguntar qual a queixa que apresenta, há quanto tempo, verificar a temperatura corporal se pertinente, anotar os dados em uma folha de papel e verificar a disponibilidade de consulta médica no dia. Após a consulta, as auxiliares encarregavam-se da burocracia (carimbar receitas, agendar exames, etc.), faziam orientações sobre o tratamento e, se prescrito pelo médico, realizavam procedimentos como aplicação de medicamento via oral ou parenteral e terapia de reidratação oral (TRO). Embora sempre solícitas com a população e interessadas em seus problemas, as auxiliares deparavam-se com limitações em seu trabalho, angustiando-se pelo fato de presenciarem um aumento cada vez maior da demanda e uma capacidade cada vez menor da equipe em atender essa demanda. Além disso, consideravam que sua atuação poderia ser mais produtiva.

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

3.4. Coleta de dados

3.4.1. Primeira etapa

De acordo com o primeiro objetivo específico proposto nesta pesquisa, inicialmente, foi realizado um processo de EP com os profissionais de saúde da unidade, tendo como enfoque o acolhimento à criança e conteúdos da estratégia AIDPI.

Denomina-se essa experiência como educação permanente, buscando caracterizá-la dentro das propostas atuais do MS (BRASIL, 2004b), com reflexão acerca do cotidiano do trabalho em equipe e suas dificuldades, ao invés de treinamentos pontuais a alguns membros da equipe que, de modo geral, caracterizam a educação continuada. Essa experiência surgiu da necessidade de capacitação da equipe para o acolhimento de crianças menores de cinco anos de idade, em uma tentativa de integrar os componentes clínico e dialógico no acolhimento. Como colocado anteriormente, vários estudos apontam a necessidade de capacitação da equipe para que o acolhimento não fique centrado em uma conversa ou, em outro extremo, em uma triagem.

A EP foi desenvolvida de abril a junho de 2006, totalizando 25 horas. Participaram dessa primeira etapa da coleta de dados a enfermeira da unidade, as duas auxiliares de enfermagem, o médico contratado, cinco médicos residentes e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), todos pertencentes à unidade estudada.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser profissional da área da saúde, fazer parte da equipe da unidade estudada e cumprir carga horária igual ou superior a 20 horas semanais. Desse modo, a auxiliar de serviços gerais, a psicóloga e a dentista da unidade não participaram da coleta de dados, a primeira por não ser profissional da saúde e as últimas por cumprirem carga horária inferior ao estipulado e, naquele momento, não participarem da assistência prestada na recepção à clientela.

Nessa primeira etapa, os dados foram coletados por meio da observação participante (MINAYO, 1994) e registrados em um diário de campo. Nessa dinâmica de coleta de dados, a pesquisadora foi, ao mesmo tempo, facilitadora das discussões e do aprendizado e observadora da participação dos membros da equipe, bem como do processo de ensino-aprendizagem.

Foram propostas reflexões e discussões 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, tendo por base a estratégia AIDPI, buscando trabalhar esses conteúdos em dinâmicas de grupo, trazendo situações vivenciadas, conhecimentos, dúvidas e propostas. Durante essa dinâmica de trabalho conjunto, a pesquisadora propôs estruturar com os profissionais a implantação do acolhimento às crianças com base na estratégia AIDPI naquela unidade de saúde da família.

Após essa experiência, a equipe reconheceu na estratégia AIDPI uma possibilidade de ação e empenhou-se em construir conjuntamente com a pesquisadora essa proposta.

3.4.2. Segunda etapa

Após a EP, foi iniciada a implantação do acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade utilizando aspectos da estratégia AIDPI. De acordo com o segundo objetivo específico elucidado nesta pesquisa, descreveremos a implantação dessa abordagem de acolhimento.

Os sujeitos envolvidos nessa fase da coleta de dados foram a enfermeira, as duas auxiliares de enfermagem, as crianças menores de cinco anos que buscam atendimento não agendado na USF em questão e seus acompanhantes (pais ou cuidadores). Foram definidos como critérios de inclusão para os profissionais: ser profissional da enfermagem da unidade estudada e ter participado da EP.

Entende-se que o processo de acolhimento não se limita à recepção da unidade e aos profissionais por ela responsáveis. No entanto, para este estudo, realizamos um recorte para observação do acolhimento realizado por profissionais de enfermagem na recepção da unidade. Cabe ressaltar que se procurou não perder de vista todo o processo de acolhimento desencadeado para cada criança na unidade, pela equipe de saúde, ou seja consultas médicas, condutas, aplicação de tratamentos e encaminhamentos. Porém, todo esse processo de acolhimento, com todos os profissionais envolvidos, será objeto de estudos futuros.

Foram definidos como critérios de inclusão para os usuários: ser usuário da área de abrangência da USF estudada, ser pai/mãe ou cuidador de uma criança menor de cinco anos de idade, acompanhar a criança em busca de atendimento eventual na USF em questão e demandar por esse atendimento durante o tempo em que a pesquisadora estivesse na unidade.

Essa fase teve por base a observação participante, que “[...] se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (MINAYO, 1994, p. 59).

A observação foi realizada de julho a agosto de 2006, totalizando 80 horas. A observação foi intermitente, porém contemplou todos os dias da semana e horários de funcionamento da unidade, conforme demonstrado no Quadro 1.

A observação foi conduzida por um roteiro (APÊNDICE 1). Tal instrumento constituiu-se como um guia para ressaltar aspectos da atuação do profissional em relação a cada criança / cuidador. A pesquisadora observou 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. O registro dessas informações foi realizado no próprio instrumento, sob a forma de *check-list*.

As questões observadas que extrapolaram os limites do roteiro, bem como as impressões da pesquisadora sobre cada situação de atendimento, foram registradas em um diário de campo.

Quadro 1: Crianças observadas no acolhimento, segundo idade, dia da semana, período do dia e queixa inicial. Ribeirão Preto, 2006.

CRIANÇA	IDADE	DIA DA SEMANA	PERÍODO DO DIA	QUEIXA INICIAL
1	3 anos e 1 mês	Terça-feira	Manhã	Tosse, febre, dor de ouvido, dor de garganta
2	3 anos	Terça-feira	Manhã	Febre, diarreia, vômito
3	4 anos e 6 meses	Terça-feira	Tarde	Dor abdominal
4	4 meses	Sexta-feira	Tarde	Tosse
5	6 meses	Quarta-feira	Manhã	Assadura
6	7 meses	Quarta-feira	Manhã	Tosse, diarreia, febre
7	4 anos	Quarta-feira	Manhã	Diarreia, vômito
8	4 anos e 1 mês	Quarta-feira	Manhã	Tosse, febre
9	1 ano e 3 meses	Quinta-feira	Manhã	Febre, secreção nos olhos, refluxo
10	4 anos e 1 mês	Quinta-feira	Manhã	Dor de dente
11	3 anos e 2 meses	Quinta-feira	Tarde	Tosse, coriza
12	3 anos e 10 meses	Quinta-feira	Tarde	Tosse, secreção nos olhos
13	2 anos	Terça-feira	Tarde	Tosse, febre
14	1 ano e 7 meses	Quinta-feira	Manhã	Dificuldade para respirar, febre
15	2 anos e 9 meses	Quinta-feira	Manhã	Secreção no ouvido, alergia nas axilas
16	7 meses	Sexta-feira	Tarde	Tosse, febre, dor de ouvido
17	2 anos e 6 meses	Sexta-feira	Tarde	Tosse, secreção ouvido, dor de garganta
18	3 anos	Sexta-feira	Tarde	Inapetência, dor de garganta, dor abdominal
19	3 anos e 2 meses	Sexta-feira	Tarde	Tosse, febre, secreção nos olhos
20	6 meses	Segunda-feira	Manhã	Dificuldade para respirar, febre
21	1 ano	Segunda-feira	Manhã	Tosse, diarreia
22	3 anos	Segunda-feira	Tarde	Tosse, peito chiando, febre, dor de ouvido
23	8 meses	Segunda-feira	Tarde	Tosse, peito chiando, febre, diarreia
24	6 meses	Terça-feira	Manhã	Tosse, coriza, febre, diarreia
25	4 anos e 9 meses	Terça-feira	Manhã	Prurido anal
26	2 anos e 11 meses	Terça-feira	Manhã	Dificuldade para respirar, febre
27	5 meses	Terça-feira	Tarde	Tosse, obstrução nasal, constipação
28	10 meses	Quinta-feira	Manhã	Diarreia, dor de ouvido
29	1 ano e 2 meses	Segunda-feira	Manhã	Tosse, diarreia, vômito
30	1 ano e 2 meses	Terça-feira	Tarde	Diarreia, febre

3.5. Aspectos éticos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo (ANEXO ÚNICO). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos a respeito do caráter do estudo e seus objetivos, solicitando sua participação e consentimento, garantindo o sigilo dos dados coletados. Foram também informados a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Após terem ciência do exposto acima, aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento (APÊNDICE 2 – profissionais de enfermagem; APÊNDICE 3 – responsável pela criança).

3.6. Análise dos dados

A análise dos dados está baseada nas informações coletadas durante as reuniões da EP e observação do acolhimento às crianças no setor de recepção da USF.

Esses dois momentos originaram um volume de informações descritivas e narrativas que compõem os registros do estudo. De acordo com a pesquisa descritiva (BOGDAN; BIKLEN, 1994; POLIT; HUNGLER, 1995), este estudo trata da descrição e documentação de aspectos de uma situação como ela ocorre, trazendo

contribuições da estratégia AIDPI ao processo de acolhimento de crianças menores de cinco anos na perspectiva da atenção primária à saúde.

Os dados das reuniões da educação permanente, registrados em diário de campo, são descritos de acordo com: número de encontros realizados, carga horária, número e atuação profissional dos participantes, conteúdos abordados, estratégia pedagógica adotada, peculiaridades do processo, instrumentos confeccionados e plano de implantação do acolhimento utilizando a estratégia AIDPI. Dessa forma, procurou-se documentar a experiência de um programa de EP com a participação dos profissionais no contexto de uma unidade de saúde da família, visando a qualificação da assistência.

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 (*comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica; e resolutividade*) e as questões que extrapolaram o roteiro, como fluxo de pacientes no dia, disponibilidade de vagas para eventuais, falas dos participantes e impressões da pesquisadora, que foram registradas no diário de campo. A seguir, as informações do roteiro foram organizadas em três quadros, um por item do roteiro, proporcionando a visualização dos aspectos observados para cada uma das 30 crianças participantes do estudo.

Dessa maneira, o quadro referente à *comunicação e atitudes promotoras de vínculo* engloba: preocupação em acomodar a criança e o acompanhante; atitude de escuta; demonstração de interesse pelo problema; estabelecimento de contato visual; fornecimento de orientações claras; verificação do entendimento do cuidador através de perguntas; e preocupação com a continuidade do processo de trabalho.

O quadro seguinte, referente à *anamnese e avaliação clínica*, abrange as condutas: verificados peso e temperatura; verificada frequência respiratória; verificados sinais gerais de perigo; questionado sobre os quatro sintomas principais; na presença de um sintoma principal, avaliado quanto aos sinais relacionados; avaliado quanto à tosse; avaliado quanto à diarreia; avaliado quanto à febre; avaliado quanto a problemas de ouvido; verificados sinais de desnutrição e anemia; analisado cartão de crescimento; verificado cartão de vacina; levantados aspectos alimentares; e levantados hábitos de saúde.

As questões relativas à *resolutividade* são descritas no último quadro e relacionam-se a: identificadas prioridades; iniciativa para solucionar o problema; consulta médica; discussão do caso com o médico; orientada alimentação correta para o problema; prescritos medicamentos; orientada administração do tratamento; demonstrada administração do tratamento; iniciado tratamento na unidade; orientada a continuidade da alimentação e a ingestão de mais líquidos; agendado retorno; orientados sinais de retorno imediato; fornecido folheto explicativo; encaminhamento; e iniciativa para articulações intersetoriais.

Como cada criança recebeu uma numeração, que é a mesma desde o quadro da seção 3.4.2 que apresenta, entre outras informações, a queixa inicial de cada criança, é possível, percorrendo a linha correspondente à mesma criança nos três quadros, obter informações acerca de todo o acolhimento realizado àquela criança. Assim, pode-se averiguar, em cada caso, como o profissional estabeleceu a comunicação e o vínculo com o cuidador (se procurou acomodar a criança e o acompanhante, se teve atitude de escuta, etc.), como avaliou a criança (se verificou os sinais relacionados em uma criança que tinha queixa de tosse, se perguntou sobre os outros sintomas principais, etc.) e quais as condutas que adotou (se

agilizou o atendimento de uma prioridade, se encaminhou uma situação de risco, se prescreveu medicamento, etc.).

Além da apresentação em quadros, os dados do roteiro, juntamente com os dados do diário de campo, são descritos e discutidos em forma de texto, ao redor dos três temas - *comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica; e resolutividade* - buscando ampliar a discussão sobre a temática.

Nesse processo de análise e descrição dos dados, buscou-se identificar aspectos e temáticas relevantes para a assistência à saúde da criança, apreendendo elementos da implantação de um modo de acolhimento no contexto da unidade de saúde da família.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Educação permanente: espaço para a interlocução sobre o acolhimento

A EP, desenvolvida na própria USF, teve carga horária de 25 horas, sendo 15 horas de atividades teóricas, durante 15 encontros e 10 horas de atividades práticas, subdivididas em 5 momentos de 2 horas cada.

As atividades teóricas constituíram-se de discussões acerca do acolhimento e da estratégia AIDPI. Primeiramente, descreveremos como foram as discussões sobre o acolhimento. A seguir, será descrita a apresentação da estratégia AIDPI.

As discussões sobre o acolhimento ocorreram durante três das reuniões de equipe que já aconteciam na unidade, possibilitando a participação de todos. Foram discutidos aspectos teóricos e operacionais relativos à temática, confrontado a teoria com a realidade vivida naquela unidade, com dada estrutura física e organizacional, com dados trabalhadores e em dada comunidade. Nessa perspectiva, buscou-se ressignificar a prática de acolhimento da unidade através da EP, sendo que a pesquisadora assumiu o papel de facilitadora, deixando que as reflexões surgissem dos membros da equipe, à luz de questões teóricas.

A questão norteadora da discussão proposta pela facilitadora foi “O que eu, enquanto profissional da saúde, penso sobre a demanda espontânea?”. A essa questão os participantes foram explicitando suas concepções, sendo que um importante aspecto levantado nessa ocasião foi a compreensão limitada e até negativa que os trabalhadores possuem frente ao aumento da demanda espontânea. Muitas vezes, a demanda espontânea é vista como uma fonte de problemas na unidade estudada, à medida que muitos usuários deixam de comparecer às consultas agendadas e às atividades programáticas para procurarem

a unidade apenas quando um processo mórbido é instalado. Desse modo, a demanda espontânea é associada à procura por consulta médica eventual, sendo o atendimento focalizado na queixa e realizado de maneira rápida, a fim de atender a quantidade dessa demanda. Além disso, na maioria das vezes, a demanda ultrapassa a capacidade da equipe, em questão de quantidade, gerando uma demanda reprimida.

Um dos participantes relatou que os profissionais da equipe têm dificuldade em lidar com a demanda reprimida, especialmente as auxiliares de enfermagem, que expressam sua angústia em assumir a missão de dizer o NÃO aos usuários. Mas a questão que esse participante colocou foi a necessidade de vislumbrar o aumento da demanda como uma busca da população por cidadania, ou seja, a busca de seu direito por saúde, garantido constitucionalmente, bem como do exercício do controle social, preconizado pelo SUS. Afinal, segundo o participante, tem sido parte do discurso dos profissionais o vínculo entre o serviço e a comunidade. Desse modo, eles não poderiam tornar-se avessos à forma como a população encontrou para se vincular ao serviço.

No contexto dessas colocações, a facilitadora apresentou a discussão de Franco et al. (2004), que referem que a população ainda entende que precisa procurar a unidade de saúde quando se instala um processo mórbido que demande um cuidado imediato. Ou seja, a população não internalizou a noção de promoção, prevenção e acompanhamento, mas poderá internalizar se houver vinculação, a depender de nossa postura profissional no momento em que ela procura a unidade. Dessa maneira, os participantes foram levados a repensar sobre qual tem sido sua postura profissional ao acolherem os usuários.

Ao explicar sobre essa questão, uma das participantes referiu que, embora haja na unidade uma postura profissional de escuta do usuário no acolhimento, essa escuta é dirigida à queixa, de forma pontual, tendo a consulta médica como única forma de resposta. A participante levantou a necessidade de acolher a queixa do usuário no momento, porém explorando mais os espaços coletivos da unidade, como os grupos programáticos.

Com o intuito de aprofundar tais questões levantadas pela participante, a facilitadora demonstrou que essa discussão é pertinente e está em consonância com achados de vários estudos. Assim como na unidade em estudo, Fracoli e Zoboli (2004) encontraram, em seu estudo sobre o acolhimento realizado em 10 USF no município de São Paulo, que não existe uma avaliação das queixas segundo as categorias programáticas, sendo as condutas adotadas no acolhimento centradas apenas em consultas médicas, deixando de aproveitar outras possibilidades que podem ser oferecidas na lógica da ESF, como os grupos educativos, por exemplo. Experiências nesse sentido também são descritas nos estudos de Merhy et al. (1991) e Souza e Lopes (2003), buscando ampliar o acesso à população.

Nessa perspectiva, os profissionais que participavam da EP perceberam que devem ser capazes de fazer promoção e educação em saúde a partir da queixa clínica, resgatando os espaços coletivos de ação. Desse modo, foi acordado entre a equipe a idéia de fortalecimento dos grupos já existentes e criação de novos grupos, compondo: grupo de gestantes, grupo de condições crônicas (diabéticos e hipertensos), grupo de reeducação alimentar, grupo de pais e mães (para o cuidado dos filhos) e grupo de planejamento familiar. Além disso, foram apontados cursos de computação, bordado, dança, entre outros, em parceria com escolas e com a própria

comunidade, a fim de contemplar questões sociais (como o aprendizado de um ofício) e de promoção da saúde mental.

Outra questão proposta pela facilitadora foi a de que, embora muitos casos no acolhimento possam ser encaminhados aos espaços coletivos (grupos educativos), eles também podem requerer um cuidado imediato, podendo ser um medicamento, um procedimento ou uma orientação, entre outros. Portanto, outra discussão proposta foi a necessidade de uma avaliação clínica da queixa trazida pelo usuário.

Nesse sentido, um dos participantes destacou que as auxiliares não poderiam se responsabilizar pela triagem dos pacientes. Outro participante posicionou-se contra o estabelecimento de triagem na unidade, que iria contra a proposta do acolhimento. Ele acredita que todos os usuários que procuram a unidade devam ser ouvidos e avaliados clinicamente, segundo uma categoria de risco. No entanto, essa avaliação não poderia ter como fim determinar quem precisa ou não de atendimento, ao contrário, deveria ser uma forma de poder melhor atender a todos.

Em meio à discussão, foi proposta por uma das participantes a criação de uma equipe de acolhimento, composta pelas auxiliares de enfermagem, enfermeira e médico contratado. Desse modo, o acolhimento poderia ser experienciado como uma atividade de equipe e não somente das auxiliares, onde todos pudessem contribuir para a melhor acolhida dos usuários. A participante concorda com o referido anteriormente pelo colega: que essa equipe não poderia assumir o caráter de triadora, decidindo quem será ou não atendido, pois a idéia é atender a todos, sendo que a equipe somente identificará a necessidade de cada um para melhor atendê-lo. Coloca, ainda, como importante que essa concepção seja apreendida pela comunidade. Para isso, em sua opinião, uma questão que se coloca é a necessidade de estabelecimento da mesma linguagem na equipe, ou seja, cada vez

que um profissional da equipe encontrar um usuário com uma queixa fora da unidade (em visitas domiciliares, por exemplo), ao invés de aconselhá-lo a procurar a USF a fim de tentar uma vaga para consulta médica naquele dia, o seu discurso deverá ser no sentido de procurar a equipe de acolhimento na unidade. A participante destaca que questões simples como essa podem contribuir para a mudança do modelo assistencial, que depende tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários.

Percebendo a acolhida dessa proposta por parte da equipe, a facilitadora ratificou a importância da criação de equipes de acolhimento, através de experiências publicadas em estudos científicos, como os de Franco et al. (1999) e Ramos e Lima (2003). Esses autores valorizam a compreensão e comunicação, aliadas ao desempenho clínico, para atender à demanda dos usuários, promovendo relações de confiança. Também é destacado o potencial da enfermagem para atendimento clínico ampliado.

Ainda a respeito da criação da equipe de acolhimento, um participante do grupo fez uma ressalva acerca da operacionalização dessa proposta. Diante do volume de atendimentos, atividades de grupo e visitas domiciliares seria inviável a permanência de um médico e da enfermeira na recepção durante todo o período de funcionamento da unidade. Foi proposto, então, que a equipe permaneceria na recepção durante os períodos de maior procura por atendimentos eventuais – das 08h00min às 09h00min e das 13h00min às 14h00min. Nos intervalos desses horários, somente as auxiliares de enfermagem permaneceriam na recepção, mas poderiam contar com a atuação da equipe de acolhimento para a discussão de casos e tomada de condutas.

A equipe reconheceu, nessa proposta, uma dinâmica plausível à realidade da sua USF, pois perceberam que se o proposto não estiver de acordo com a realidade local, ele será simplesmente deixado de lado e as potencialidades de mudança do processo de trabalho serão perdidas.

Nesse contexto, a facilitadora lançou a seguinte questão: se as auxiliares permanecerão por determinado período sozinhas na recepção, mesmo contando com a retaguarda do médico e da enfermeira no processo de acolhimento, não se estaria correndo o risco de que o acolhimento não sofresse mudanças significativas em relação à sua dinâmica atual? Ou seja, as auxiliares não continuariam a exercer atividades exclusivas de recepção e anotação da queixa do usuário, sem um olhar qualificado sobre o problema? Haveria algo a ser feito que impedisse isso?

A resposta a essas questões foi unânime no grupo: embora as auxiliares de enfermagem não possam assumir a tarefa de triadoras (o que nem seria desejável na equipe), é necessária uma capacitação das mesmas para uma avaliação clínica das queixas, além da escuta qualificada. Assim, essas profissionais estariam melhor subsidiadas para a discussão dos casos com o médico e a enfermeira, contribuindo realmente para o trabalho multiprofissional. Tal percepção da equipe foi essencial para a principal questão que a facilitadora desejava propor, a ser abordada a seguir.

Nessa discussão da EP sobre acolhimento, foi identificado que uma quantidade expressiva da demanda espontânea é composta por crianças pequenas. Em levantamento realizado em maio de 2006, detectamos que durante esse mês, das 510 pessoas que buscaram atendimento eventual na USF estudada, 95 (18,6%) eram crianças menores de cinco anos de idade.

Nesse momento, considerando a importância da abordagem clínica e relacional ao usuário que chega à unidade, que já fora discutida na EP, a facilitadora

propôs à equipe a utilização de aspectos da estratégia AIDPI para subsidiar os profissionais no acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade que demandam por atendimentos eventuais. Muitos profissionais não possuíam conhecimento acerca da estratégia, no entanto, aceitaram a idéia de conhecê-la, buscando subsídios que contribuíssem para reorganizar a prática de acolhimento à população infantil na unidade. Foram, então, programados os encontros e conteúdos a serem abordados com a equipe. A programação e as estratégias pedagógicas utilizadas encontram-se em anexo (APÊNDICE 4).

Embora os ACS tenham participado de todas as discussões sobre o acolhimento, que eram conduzidas durante as reuniões de equipe, a sua participação não foi regular durante as exposições do conteúdo da AIDPI, pois, como muitas vezes esses momentos se iniciavam pouco antes da unidade encerrar o expediente, foi preciso contar com o revezamento dos mesmos no setor de recepção, para possibilitar a participação das auxiliares de enfermagem. Mesmo assim, eles demonstraram interesse, lendo o material entregue pela pesquisadora, que resgatava os conteúdos discutidos.

O processo ensino-aprendizagem sobre a estratégia AIDPI integrou a EP e foi composto de atividades teóricas e práticas, como já assinalado. O conteúdo teórico foi abordado em grupo, mediante exposição oral, exibição de vídeos, utilização de fotos, estudos de caso, dramatização, exercícios e discussões. O enfoque foi dirigido aos profissionais de enfermagem, buscando explorar melhor seu potencial para o atendimento clínico no acolhimento, em especial, as auxiliares de enfermagem, já que as mesmas configuram-se como o primeiro contato da maioria dos usuários que demandam por atendimento eventual na unidade. A enfermeira, que recebera capacitação em AIDPI pelo MS anteriormente, teve a oportunidade de resgatar

esses conteúdos, inclusive constituindo-se como parceira no processo ensino-aprendizagem, haja vista que uma das atribuições da mesma é a educação da equipe em serviço.

Todos os participantes contribuíram com situações práticas vivenciadas, procurando sempre contextualizar o aprendizado na realidade de seu cotidiano profissional, buscando possibilidades de aplicação real.

Embora os profissionais médicos já possuíssem o conhecimento clínico sobre doenças prevalentes na infância, foi importante a participação dos mesmos, não somente pelas suas contribuições técnicas, mas especialmente pelo interesse que demonstraram em conhecer a estratégia AIDPI e se inserirem no contexto de aprendizagem dos outros profissionais da unidade, contribuindo para a incorporação desse novo modo de trabalhar em equipe.

É importante salientar que a reflexão sobre como aplicar o conhecimento adquirido na realidade do serviço tenha acontecido desde o primeiro encontro, porém, o último dia foi destinado à operacionalização e construção conjunta da proposta. Foi de comum acordo que os aspectos de avaliação e orientação da estratégia AIDPI deveriam ser incorporados no acolhimento. No entanto, a classificação e o tratamento não seriam incorporados pela enfermagem isoladamente, devendo ser feita em conjunto com os profissionais médicos, na perspectiva multiprofissional da equipe de acolhimento.

Como produto da EP, foi confeccionada uma folha de registro do atendimento realizado pela enfermagem no acolhimento à demanda espontânea de menores de cinco anos de idade, possibilitando um roteiro para a avaliação e um registro a ser anexado ao prontuário da criança. Há uma folha de registro para cada faixa etária – uma semana a menor de dois meses de idade (APÊNDICE 5) e dois meses a menor

de cinco anos de idade (APÊNDICE 6)– a fim de apreender as particularidades expressas na estratégia. Elas foram elaboradas a partir dos formulários de registro propostos pelo Ministério da Saúde para a AIDPI (BRASIL, 2002a).

Após as atividades teóricas, tendo os participantes decidido por trabalhar somente com a avaliação e orientação do cuidador, iniciaram-se as atividades práticas, realizadas no cotidiano do serviço, enfocando a atuação das auxiliares de enfermagem. A pesquisadora permaneceu com as mesmas na recepção da unidade, aproveitando os atendimentos agendados e espontâneos de crianças menores de cinco anos para a demonstração e prática da avaliação clínica e abordagem da mãe ou cuidador. A enfermeira da unidade e os médicos também colaboraram nesse aprendizado prático, ajudando as auxiliares na identificação e abordagem dos sinais e sintomas relacionados aos agravos de maior prevalência na infância. Já nesse aprendizado prático foram utilizadas as folhas de registro do atendimento.

Os aspectos abordados nessa experiência de EP, relativos ao acolhimento, incorporação da demanda espontânea, resgate dos espaços coletivos e elaboração da proposta de trabalho em equipe pautada na AIDPI constituem importantes elementos para a organização do serviço de saúde em consonância com os princípios do SUS e da APS. Também podem ser resumidos na necessidade expressa por Gomes e Pinheiro (2005, p. 290) de

[...] articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea [...] que [...] aproveita as oportunidades geradas por esta para a aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade.

4.2. Acolhimento às crianças em uma unidade de saúde da família e as contribuições da estratégia AIDPI

Nesta etapa do estudo, ocorreu a observação de casos atendidos pelos profissionais de enfermagem no acolhimento, especialmente pelas auxiliares de enfermagem, em conjunto com a equipe.

Foram observados os atendimentos de 30 crianças no processo de implantação do acolhimento com enfoque na estratégia AIDPI. Dessas, 05 eram crianças de até seis meses de idade, 05 eram crianças maiores de seis meses até um ano de idade, 05 eram crianças maiores de um ano até dois anos de idade, 06 eram crianças maiores de dois anos até três anos de idade, 05 eram crianças maiores de três anos até quatro anos de idade e 04 eram crianças maiores de quatro anos até cinco anos de idade. Entre as crianças menores de seis meses de idade, não houve nenhum atendimento eventual a crianças da faixa etária de zero a dois meses.

Os aspectos levantados durante os atendimentos, através do roteiro de observação participante e diário de campo, serão apresentados ao redor de três temas: *comunicação e atitudes promotoras de vínculo; anamnese e avaliação clínica; e resolutividade*. Entretanto, deixamos claro que, mesmo com essa categorização, não perdemos de vista a inter-relação entre as habilidades clínicas profissionais, capacidade comunicativa, resolutividade e vinculação do usuário à unidade, conforme já discutido nesse trabalho.

Comunicação e atitudes promotoras de vínculo

Os aspectos sobre comunicação e atitudes promotoras de vínculo observados durante o acolhimento dos profissionais de enfermagem às crianças foram registrados em *check-list* no roteiro para observação participante e são apresentados no Quadro 2.

Em todos os casos os profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem e enfermeira) demonstraram iniciativa para o acolhimento, comportamento que foi definido pela ação de, ao acolher uma criança menor de cinco anos de idade, decidir que ela seria abordada segundo a AIDPI, sem necessidade de incentivo por parte da pesquisadora; buscar o prontuário da criança e a folha de registro do atendimento.

Houve preocupação em acomodar a criança e o acompanhante, comportamento observado em todos os casos e que englobou as ações: procurar uma sala ou consultório disponível, oferecer cadeiras, acomodar a criança durante o exame físico em uma maca acolchoada (para o acolhimento em consultórios) ou no colo da mãe (para o acolhimento realizado no setor de recepção).

Ressaltamos que muitos acolhimentos (18) foram realizados no setor de recepção da unidade. Cabe destacar que, havendo disponibilidade de salas privativas, os acolhimentos eram preferencialmente lá realizados. Porém, muitas vezes, todas estavam ocupadas e aguardar a disponibilidade de salas ou consultórios poderia representar uma perda de oportunidades para a escuta qualificada e avaliação da criança.

Uma situação ideal seria que uma sala fosse destinada ao acolhimento, onde cada usuário seria acolhido individualmente, em um espaço, ao mesmo tempo,

Quadro 2 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema comunicação e atitudes promotoras de vínculo, Ribeirão Preto, 2006.

[illegible]

equipado para abordagem clínica (com macas, aparelhos para aferição de sinais vitais, etc.) e para a abordagem relacional (com cadeiras confortáveis, fotos das atividades realizadas na unidade, ambiente caracterizado para o atendimento infantil, entre outros). Mas a realidade da USF estudada é o acolhimento realizado na recepção, onde mais de um usuário são ouvidos ao mesmo tempo, as atividades pós-consulta são realizadas (carimbar receitas, agendar retornos e exames, orientar quanto ao tratamento, etc.), os profissionais transitam para acompanhar os usuários e localizar prontuários. Em suma, um ambiente não-privativo, inadequado para 87 escuta qualificada e abordagem clínica.

A inadequação física do ambiente destinado ao acolhimento também foi apontada como condição desfavorável à vivência do acolhimento pelos profissionais da ESF entrevistados por Silveira et al. (2004). Fracoli e Zoboli (2004), ao descreverem o acolhimento realizado em dez USF, também destacaram a falta de privacidade para a realização do acolhimento nessas unidades, o que poderia diminuir a sua potencialidade, já que a privacidade seria uma das bases para a relação de confiança entre usuários e profissionais, que se busca no acolhimento.

Embora a escuta e avaliação clínica realizadas no setor de recepção (em virtude da ocupação das salas e consultórios) tenham agilizado as ações do acolhimento aos menores de cinco anos de idade, a privacidade dos usuários ficou comprometida. Mesmo que não tenha sido necessário despir a criança para a avaliação (pois quando foi necessário utilizou-se o consultório), entende-se que a questão da privacidade engloba outros aspectos além da exposição corporal.

Foi discutida com os profissionais a possibilidade de criação de um espaço reservado para o acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade, para a abordagem através de aspectos da AIDPI. Uma das propostas foi utilizar um dos

consultórios, o que seria inviável, pois os consultórios existentes já são insuficientes para a realização de todos os atendimentos (lembremos que prestam atendimento: um médico contratado, cinco residentes de medicina, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, uma dentista e eventualmente alunos de medicina e enfermagem). Outra proposta foi a criação de um espaço reservado dentro da recepção, separado por divisórias, o que seria inviável financeiramente no momento, mas tornou-se um projeto para o futuro.

Em virtude desse impasse – a necessidade de melhor acolher os usuários e a impossibilidade da criação de um espaço reservado – a recepção da unidade foi adaptada para esse acolhimento, na medida do possível, mudando-se o fluxo de usuários, a disposição dos móveis e mantendo-se os materiais em fácil localização.

A população foi orientada a esperar pelo acolhimento em uma sala de espera, um ambiente próximo à recepção, onde foi afixado um cartaz com a inscrição: “Para que você seja melhor atendido, aguarde ser chamado aqui”. A fim de não atrasar as consultas agendadas, foi afixado também outro cartaz com a inscrição: “Pacientes com atendimento agendado: não esperem na fila, dirijam-se à recepção assim que chegarem e entreguem o cartão”. Nesse espaço havia cadeiras para os usuários que aguardavam pelo acolhimento e para aqueles que já haviam sido acolhidos e aguardavam por consulta ou outro atendimento. Mesmo com essa mudança, o problema do fluxo de usuários e profissionais não foi solucionado, pois eram chamados dois usuários de cada vez para o acolhimento (um para cada auxiliar de enfermagem) e os usuários que saíam das consultas não tinham um espaço para aguardar pelo agendamento de retorno e exames, permanecendo na recepção mesmo quando outros usuários estavam sendo acolhidos.

As duas mesas da recepção foram posicionadas de modo a permitir um maior aproveitamento do espaço. Uma delas foi preparada para acolher as crianças menores de cinco anos e continha: formulários de atendimento, impressos com os quadros da estratégia AIDPI, termômetro, soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) para instilação nasal, soro de reidratação oral (SRO) e estetoscópio. Como só havia um estetoscópio infantil na unidade, naquele momento, foi impossível mantê-lo na recepção, o que dificultou a dinâmica do processo, já que o profissional era obrigado a procurar o instrumento nos consultórios antes do acolhimento. Outro fator que dificultou a dinâmica foi a localização da balança infantil em um dos consultórios. A disponibilização da balança em um espaço comum, por um lado, facilitaria as ações de acolhimento, mas, por outro lado, dificultaria o atendimento de puericultura. Como não havia outra balança infantil, naquele momento, optou-se pela sua permanência no consultório, onde os profissionais do acolhimento deveriam dirigir-se para a pesagem das crianças.

Conforme já exposto no presente estudo, embora as questões estruturais contribuam substancialmente para o trabalho em saúde, a questão da postura profissional e os processos que ocorrem na micropolítica desse trabalho é que potencialmente definem o perfil da assistência. Durante a observação participante, foi possível entender que, mesmo com as dificuldades estruturais, a postura dos profissionais de acolhimento, escuta, solidarização com as pessoas, demonstração de habilidades clínicas e comunicação eficiente com a equipe possibilitaram que o acolhimento ocorresse de forma efetiva, mesmo quando ele acontecia no espaço da recepção.

Portanto, a despeito da inadequação da área física, foi possível avaliar as crianças e realizar orientações nesse espaço. 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 consulta médica.

Foi estabelecido o contato visual com a criança e o cuidador, às vezes pequeno no início, devido à preocupação em seguir o roteiro para o atendimento e não se esquecer de perguntar e averiguar tudo que fosse necessário. No entanto, conforme os profissionais realizaram mais acolhimentos, o comportamento de estabelecer contato visual foi crescente, sendo definido pela ação de dirigir o olhar à face do cuidador enquanto ele falava e à criança, enquanto ela falava ou era examinada.

Excetuando-se um caso, os profissionais assumiram atitude de escuta, compreendida como: permitir que o cuidador e a criança falassem sobre a queixa, sem interrompê-los; fazer uso do silêncio, iniciando a fala somente após a exposição do problema; e permitir a verbalização da criança ou do cuidador durante o transcorrer do acolhimento.

Entendemos que o estabelecimento do contato visual e a atitude de escuta contribuem para a demonstração de interesse pela queixa / problema, por parte dos profissionais. No entanto, optamos por considerá-los como comportamentos e não apenas como ações do comportamento *demonstração de interesse*, com vistas a melhor detalhar a postura dos profissionais. Como exemplo da importância dessa divisão, citamos o acolhimento realizado à criança **3**, no qual houve uma atitude de escuta por parte do profissional, mas que não garantiu a demonstração de interesse pela queixa, que também abrange outras ações, as quais consideramos: manter uma postura corporal serena, evitando movimentação excessiva e repetitiva dos membros; não interromper o acolhimento para falar com outras pessoas; fazer

perguntas relacionadas ao problema; e destacar os principais aspectos da fala do cuidador após sua verbalização, demonstrando que estava atento ao que foi dito.

No início, os profissionais demonstraram dificuldade em recordar as orientações e condutas para cada situação. Foi disponibilizado um guia para consulta na recepção, possibilitando à enfermagem fornecer orientações de forma clara, comportamento determinado por: utilizar linguagem acessível ao cuidador; levar em consideração a capacidade do mesmo em apreender o conteúdo das orientações; descrever as orientações em uma seqüência lógica; realizar comparações e demonstrar ou citar exemplos, se necessário.

Uma estratégia importante para a comunicação com o cuidador – a verificação de seu entendimento por meio de perguntas – foi pouco utilizada, mesmo após várias intervenções da pesquisadora, denotando a necessidade de melhor compreensão dos profissionais a respeito da comunicação com o cuidador. A falta de verificação do entendimento dos cuidadores acerca das orientações fornecidas, por parte dos profissionais, também foi apontada por Felisberto et al. (2002), em estudo que buscou definir os determinantes contextuais do grau de implantação da estratégia AIDPI.

A título de ilustração da dinâmica da comunicação com o cuidador, descreverei uma situação de atendimento. Uma mãe trouxe seu filho de seis meses de idade ao acolhimento devido à febre, tosse, coriza e diarreia. A auxiliar de enfermagem, após avaliação e discussão com o médico, orientou a mãe quanto ao preparo e administração do SRO em casa, aumento da ingesta líquida (incluindo leite materno), instilação de SF 0,9 % nasal, administração de antitérmico, banho de imersão para a febre, realização de aerosol caseiro com o vapor do chuveiro e observação de sinais de alerta (a criança não consegue beber ou mamar, piora do

estado geral, piora da febre, surgimento de dificuldade para respirar ou respiração rápida e sangue nas fezes). A mãe disse que não conseguiria lembrar tudo e que a única coisa que saberia fazer era olhar se o filho havia evacuado. Nesse momento, levando em consideração a prioridade das orientações e a capacidade da mãe em retê-las, a auxiliar recomendou que a cada evacuação a criança deveria beber pelo menos uma xícara de café de SRO e que, se ela não conseguisse beber, deveria ser trazida imediatamente à unidade. A mãe ficou aliviada e disse que conseguiria fazer isso, mas que não saberia preparar o SRO. A auxiliar de enfermagem, então, demonstrou à mãe o preparo do soro na cozinha da unidade e o forneceu em um recipiente. Com vistas à vigilância de todos os outros problemas que a criança possuía e ao suporte da mãe no preparo e administração da SRO, foi solicitado ao ACS que realizasse visitas domiciliares diárias à família. Esse fato denota uma preocupação dos profissionais com a continuidade da assistência, que abordaremos com mais detalhe a seguir.

Verificou-se a preocupação dos profissionais com a continuidade do processo de trabalho, através da observação das seguintes ações: estabelecimento de comunicação com outros membros da equipe; 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; e acrescentar a folha de registro do atendimento ao prontuário da criança.

Dentro dessa preocupação com a continuidade do processo de trabalho, destacamos a comunicação com os agentes comunitários de saúde, a fim de acompanhar crianças que deveriam receber cuidados especiais e tratamento em casa e aquelas contra-referidas após encaminhamento. Tomemos como exemplo o

caso em que uma criança de três anos de idade apresentava sinais de desidratação. Após detectar a desidratação, a auxiliar de enfermagem acionou o médico, sendo instituído o plano B para tratamento da desidratação da estratégia AIDPI, ou seja, realização de TRO com observação da criança na unidade. Durante a reidratação, foi evidente a integração entre médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, que avaliavam conjuntamente o estado de hidratação da criança. Depois de reidratada, ela foi liberada para casa, a fim de receber o plano A (SRO após perdas, aumento da ingesta líquida e continuação da alimentação). Como havia dúvida se a mãe conseguiria seguir as orientações, foi solicitado que o ACS acompanhasse o tratamento domiciliar e, posteriormente, recordasse a mãe acerca das datas de puericultura, visando à continuidade da assistência.

Vidal et al. (2003), em um estudo pioneiro sobre utilização da estratégia AIDPI por ACS em visitas domiciliares, destacam a importância do seguimento domiciliar pós-consulta pelo ACS para o ensino e supervisão da administração de medicamentos, eliminando dúvidas e contribuindo para uma maior aderência ao tratamento.

Ainda no tocante à continuidade do processo de trabalho, o fato de anexar ao prontuário da criança a folha de registro de atendimento contribuiu para o compartilhamento das informações sobre a criança com a equipe, essencial para a continuidade e o acompanhamento da atenção prestada, além de configurar-se como um direito do usuário, reflexões que também são realizadas por Fracolli e Zoboli (2004).

Anamnese e avaliação clínica

Os dados acerca da anamnese e avaliação clínica registrados no roteiro de observação participante são apresentados no Quadro 3.

Em todos os casos foi verificado o peso das crianças e a temperatura axilar. A frequência respiratória (FR) foi verificada em todas as crianças com queixas que necessitassem dessa mensuração (os casos em que não foi necessário verificar a FR foram identificados como *não se aplica* no Quadro 3).

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 – 9 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. Lembrando-se que 25 crianças apresentaram mais que uma queixa inicial. Entre as crianças que apresentaram outra queixa que não fosse um problema preconizado pela AIDPI (15 crianças), 11 também apresentaram queixas abordadas pela estratégia.

Perfil de distribuição das queixas semelhante foi encontrado por Amaral et al (2004) em estudo que examinou o efeito da AIDPI sobre a qualidade da assistência prestada à população infantil. Segundo os autores, as queixas mais frequentes foram as relacionadas aos sintomas respiratórios (52%) e à febre (28%). Referem que 58% das crianças incluídas no estudo procuraram a unidade com mais de uma queixa. Também encontraram que 46% das crianças possuíam queixas não incluídas na abordagem da AIDPI, das quais 78% também apresentaram queixas abordadas pela estratégia.

Quadro 3 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema anamnese e avaliação clínica, Ribeirão Preto, 2006.

CRIANÇA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Verificados peso e temperatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Verificada FR	X	*	*	X	*	X	*	X	*	*	X	X	X	X	X	X	X	*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*
Verificados sinais gerais de perigo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Questionado sobre os 4 sintomas principais	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Na presença de um sintoma principal, avaliado quanto aos sinais relacionados	X	X	*		*	X	X	X	X	*	X	X	X	X	X	X	X	*		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliado quanto à tosse	X	*	*	X	*	X	*	X	*	*	X	X	X	X	X	X	X	*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	*	X	*
Avaliado quanto à diarreia	*	X	*		*	X	X	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	X	*	X	X	*	*	*	X	X	X
Avaliado quanto à febre	X	X	*		*	X	*	X	X	*	*	*	X	X	*	X	*	*	X	X	*	X	X	X	*	X	*	*	*	X
Avaliado quanto a problemas de ouvido	X	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	X	X	X	*	*	*	*	X	*	*	X	*	*	X	*	*
Verificados sinais de desnutrição e anemia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Analisado cartão de crescimento						X	X											X								X	X	X		X
Verificado cartão de vacina	#	X		#	X	X	X	X	X	X	X	X	X	#	#	X	#			#	X	X	#	#	#	#	#	#	X	X
Levantados aspectos alimentares									X									X			X		X			X	X			X
Levantados hábitos de saúde					X			X		X		X										X		X	X	X				X

* não se aplica

profissional perguntou sobre a situação vacinal, mas o cuidador não trouxe o cartão.

Foram pesquisados os sinais gerais de perigo preconizados pela estratégia AIDPI (BRASIL, 2002a) 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. Em nosso estudo, 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 no qual houve esquecimento do profissional, os cuidadores foram questionados quanto à presença dos sintomas principais nas crianças (tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre e problemas no ouvido). Segundo a AIDPI (BRASIL, 2002a), se o cuidador nega a presença de um sintoma, o profissional não deve avaliar a criança quanto aos sinais relacionados a esse sintoma (motivo pelo qual alguns campos do Quadro 3 - relativos à conduta *na presença de um sintoma principal, avaliado quanto aos sinais relacionados* - estão identificados como *não se aplica*). 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 (nos campos do Quadro 3, relativos à avaliação dos 4 sintomas, aqueles identificados como *não se aplica* indicam que a criança não foi avaliada quanto a determinado sintoma porque o cuidador negou a presença do mesmo).

O simples fato de perguntar sobre a presença dos 4 sintomas principais garante que possam ser detectados outros problemas além da queixa inicial. Se compararmos os quadros 1 e 3, perceberemos que o número de crianças com queixa inicial de tosse, por exemplo, é 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.

Em 7 casos, a avaliação realizada no acolhimento permitiu identificar outras condições que requeriam cuidados além da queixa inicial. Em um dos atendimentos, por exemplo, a mãe trouxe o filho de dois anos e onze meses de idade devido à dificuldade para respirar e à febre. Através do diálogo e da avaliação clínica, verificou-se que a criança também apresentava peso baixo para a idade, palidez palmar leve e prurido anal. Conversando com a mãe a respeito da importância dos hábitos de higiene para impedir a disseminação das parasitoses ao restante da família, ela referiu que seu outro filho de quatro anos e nove meses de idade, que naquele momento estava brincando na sala de espera da unidade, também apresentava prurido anal. Ele foi avaliado, detectando-se que apresentava também tosse e secreção no ouvido. Este exemplo ilustra como o diálogo e a avaliação clínica da AIDPI são indissociáveis e, utilizadas no acolhimento, contribuíram para que duas crianças tivessem uma atenção integral à saúde.

Em nosso estudo, as 22 crianças com tosse ou dificuldade para respirar foram avaliadas quanto a esse problema, detectando-se que duas apresentavam respiração rápida, 1 apresentava tiragem subcostal e 2 apresentavam estridor ou sibilância. Das 9 crianças com diarreia, 1 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. De 7 crianças com problemas no ouvido, 4 queixavam-se de dor, 3 de secreção e nenhuma possuía tumefação dolorosa atrás do pavilhão

auditivo. As 7 foram encaminhadas à realização de otoscopia pelo médico, sendo que uma daquelas com queixa de secreção possuía apenas cerúmen.

Dentro da avaliação respiratória, a AIDPI (BRASIL, 2002a) preconiza a detecção de estridor ou sibilância aproximando-se o ouvido da boca da criança. No entanto, as auxiliares de enfermagem interessaram-se pela utilização do estetoscópio para ausculta dos sons respiratórios, procedimento explorado no ensino prático e incorporado pelas profissionais na avaliação das crianças. Embora nem sempre as auxiliares soubessem especificar qual ruído adventício estava auscultando, a presença desse ruído já lhes indicava que a atenção médica era necessária. Houve uma situação em que a auxiliar de enfermagem, ao avaliar uma criança de dois anos e nove meses de idade em relação à tosse, não escutou estridor e sibilância aproximando-se da criança. Mas, auscultando com o estetoscópio, detectou um ruído no pulmão direito que não soube identificar. Para certificar-se de que não se tratava apenas de um ronco de transmissão (eco do som provocado pela passagem do ar através das secreções presentes nas vias aéreas superiores, audível no pulmão), ela instilou SF 0,9 % nas narinas e mudou a criança de posição, porém sem melhora da ausculta. A criança também apresentava secreção no ouvido e foi encaminhada à consulta médica, sendo detectado que os ruídos tratavam-se de estertores crepitantes. O médico realizou diagnóstico de otite média aguda e solicitou radiografia torácica devido à hipótese diagnóstica de pneumonia (embora a criança não apresentasse outros sinais relacionados, como febre, frequência respiratória rápida e tiragem subcostal).

A pesquisa de anemia através de verificação da presença de palidez palmar foi realizada em todos os casos, detectando-se 2 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. 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 referiram 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 visita domiciliar (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 7 casos.

A avaliação das práticas alimentares das crianças dentro da estratégia AIDPI também foi identificada como insuficiente (35,4%) no estudo de Amaral et al. (2004) já citado. No mesmo estudo, embora o registro do peso da criança no cartão de crescimento fosse significativamente melhor no grupo de profissionais treinados em AIDPI, ainda assim essa prática não foi realizada em todos os casos, atingindo o percentual de 77,3%.

A verificação da situação vacinal das crianças foi dificultada porque vários cuidadores ainda não possuem o hábito de levar a caderneta de vacinas das crianças quando vão à unidade de saúde. Essa foi uma questão reforçada pelos profissionais a cada encontro no acolhimento. Cabe ressaltar que os ACS também avaliam a caderneta de vacinação das crianças menores de dois anos de idade, mensalmente, em VD. Outra ressalva que apontamos é que, mesmo quando identificado atraso vacinal checando a caderneta de vacinação, a única conduta possível em nosso contexto foi orientar o cuidador a procurar a sala de vacinas do

centro de saúde (já que a unidade estudada não possuía sala de vacinas) e solicitar ao ACS que checasse a caderneta posteriormente em visita.

Por fim, as questões sobre hábitos e cuidados de saúde foram levantadas no acolhimento em 9 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. Ilustrarei a importância da identificação dessas questões durante a avaliação clínica da criança com o exemplo a seguir.

No acolhimento a um bebê de seis meses de idade com episódios de diarreia de repetição, a auxiliar de enfermagem, abordando a questão da higiene e do cuidado com a água e os alimentos, detectou que a mãe oferecia água sem tratamento para o filho. Mesmo que a avaliação clínica dos sinais de desidratação e as condutas terapêuticas fossem realizadas com eficácia a cada vez que a criança viesse ao serviço com diarreia, se a questão dos hábitos de higiene não fosse levantada e abordada, as ações de saúde poderiam ser ineficazes em médio prazo. Vasconcelos (2001) relata o caso de uma criança que sofrera episódios repetidos de diarreia que, apesar de corretamente tratados, a deixaram debilitada a ponto de falecer. A presidente da associação de bairro visitou a família após o falecimento da criança e identificou que a criança alimentava-se de leite de vaca. O leite era preparado pela manhã, deixado em uma panela em temperatura ambiente ao longo do dia, sendo que a sobra da mamadeira após cada mamada era devolvida à panela e reaquecido a seguir. Talvez a criança sobrevivesse se essa prática, que levava à ingestão de bactérias patogênicas, fosse identificada e abordada juntamente com as

condutas terapêuticas. No entanto, tal questão não foi objeto da atenção em saúde e a criança debilitada faleceu.

Resolutividade

Os dados registrados no roteiro de observação participante sobre a resolutividade são apresentados no Quadro 4.

Os profissionais buscaram identificar, entre todas as crianças acolhidas, quais possuíam condições que fossem prioritárias ou urgentes, procedimento que foi realizado com sucesso. No Quadro 4, nos campos correspondentes ao item *identificadas prioridades*, as crianças que foram avaliadas quanto à prioridade e urgência do seu problema, mas não se constituíram como um caso prioritário, receberam a designação *não se aplica*.

Houve iniciativa dos profissionais em solucionar os problemas, sendo que identificamos as seguintes ações para delinear esse comportamento: procurar o médico ou a enfermeira para discutir o caso; sugerir possíveis condutas; e acionar o ACS para a visita de acompanhamento. Podemos observar que essas ações de comunicação entre a equipe, aqui descritas como parte do comportamento *iniciativa para solucionar os problemas*, no âmbito do tema *resolutividade*, também são pertinentes ao tema *comunicação e atitudes promotoras de vínculo*, já que foram utilizadas para definir o comportamento *preocupação com a continuidade do processo de trabalho*. Esse fato nos conduz à percepção de que, à medida que se busca a resolutividade dos problemas da população, através da efetiva comunicação entre a equipe, promove-se a vinculação dos usuários à unidade de saúde.

Quadro 4 - Crianças observadas durante acolhimento em uma unidade de saúde da família, segundo o tema resolutividade, Ribeirão Preto, 2006.

CRIANÇA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Identificadas prioridades	*	X	*	*	*	X	*	*	*	X	*	*	*	*	X	X	*	*	*	*	X	*	*	*	*	*	*	*	X	X	
Iniciativa para solucionar o problema	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Consulta médica	X	X	X			X							X		X	X	X	X	X		X							X	X	X	
Discussão do caso com o médico				X	X		X	X	X	X	X	X		X						X		X	X	X	X	X	X	X			
Orientada alimentação correta para o problema									X									X			X		X			X	X			X	
Prescritos medicamentos	X	X	#	#	X	X	#	X	#	#	X	#	X	X	X	#	X	X	X	X	#	X	#	X	X	X	X	#	#	#	#
Orientada administração do tratamento	X	X		X	X		X	X	X		X	X	X	X	X		X			X	X			X	X	X	X	X		X	
Demonstrada administração do tratamento		X		X										X	X		X			X				X							
Iniciado tratamento na unidade		X		X		X		X					X	X	X	X				X				X						X	
Orientada a continuidade da alimentação e ingerir + líquidos		X		X			X	X			X	X	X	X	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Agendado retorno	X	X			X				X		X		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
Orientados sinais de retorno imediato	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Fornecido folheto explicativo																											X				
Encaminhamento						X			X	X						X													X		
Iniciativa para articulações intersetoriais																										X				X	

* não se aplica: o profissional buscou identificar possíveis prioridades no caso, porém o mesmo não se constituía como um caso prioritário.

não foi necessária a prescrição de medicamentos

Após serem atendidas pela enfermagem no acolhimento, 14 crianças necessitaram de consulta médica, sendo que o restante foi liberado após a avaliação, discussão do caso com o médico e orientação no acolhimento. Essa 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 a unidade de PA do centro de saúde, superlotando-a.

Portanto, mesmo que após o acolhimento a criança tivesse que ser submetida à consulta médica, ocorreu a identificação das necessidades através da escuta e valorização da queixa, conforme nos traz Teixeira et al.(2000). Entendemos ainda que, muitas vezes, a resolução dos problemas perpassa uma rede de ações integradas e interdependentes (acolhimento, consulta médica ou de enfermagem, encaminhamento, seguimento, etc.) que, mesmo assim, podem não conduzir à resolução completa dos problemas, mas devem primordialmente transformar as necessidades dos usuários em objeto de atenção em saúde.

Como exemplo, utilizo uma situação na qual a avó trouxe a criança de sete meses de idade ao acolhimento devido à tosse, diarreia e febre. Era um desses dias tumultuados, com pouca disponibilidade para o atendimento não-agendado. A auxiliar de enfermagem acolheu a criança, escutou as queixas e avaliou-a clinicamente. Como a criança apresentava-se letárgica, com febre alta, FR elevada e tiragem subcostal ela foi rapidamente encaminhada à consulta médica, tomando-se as condutas adequadas. No mesmo dia, três outras crianças que demandaram por atendimento eventual haviam sido avaliadas no acolhimento pelos profissionais de

enfermagem: uma com assadura (6 meses de idade), uma com diarreia e vômito (quatro anos de idade) e uma com tosse e febre (quatro anos e um mês de idade). A criança com assadura não apresentava outros problemas além desse. A criança com diarreia e vômito não apresentava sinais de desidratação, sangue nas fezes e nenhum outro problema. A criança com tosse e febre não apresentava FR rápida, tiragem subcostal, estridor, sibilância, rigidez de nuca, petéquias, febre por mais de sete dias e nenhum outro problema. As crianças foram avaliadas integralmente conforme proposto pela AIDPI, os casos foram discutidos com o médico, os acompanhantes foram orientados pelos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados domiciliares e sinais de retorno imediato. Se a enfermagem não realizasse esse acolhimento qualificado, talvez nenhuma dessas crianças recebesse atendimento na unidade, devendo então procurar o PA. Em outra hipótese, as três primeiras crianças que procuraram a unidade seriam submetidas à consulta médica e a quarta criança, que possuía uma condição prioritária, não seria atendida naquele momento, sendo obrigada a procurar o PA ou retornar no período da tarde. Desse modo, percebe-se que, embora os dias tumultuados continuassem, a postura profissional havia mudado, sendo capaz de acolher a demanda, proporcionar uma resposta positiva e contribuir para o vínculo entre usuários e equipe da USF.

Em relação ao tratamento, a 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. Algumas vezes as crianças receberam o tratamento no serviço, totalmente ou em parte, inclusive servindo como demonstração para o

acompanhante. Essa prática consiste em uma estratégia para aconselhar a mãe ou o acompanhante e ocorreu em apenas 7 casos nesse estudo. Julgamos essa prática como de extrema importância, sendo que ela poderia ter sido mais explorada nas situações observadas.

O trabalho em conjunto entre enfermagem e médico também agilizou a requisição de exames laboratoriais, como hemograma e parasitológico de fezes, a fim de que o resultado já estivesse disponível na próxima consulta médica.

Conforme preconizado pela AIDPI (BRASIL, 2002a), em nosso 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 (orientação que deveria ser realizada para todas as crianças doentes, mas só ocorreu em 20 casos); dos sinais e sintomas de retorno imediato (27 casos) e da data de retorno (19 casos).

Em relação ao tratamento, os cuidadores foram orientados quanto ao tratamento medicamentoso, sua importância, dose correta e como medi-la, horários, vias de administração e a não interromper o tratamento mesmo que a criança melhorasse. Também foram orientados quanto ao preparo, armazenamento, validade e administração de SRO, quantidade a ser oferecida e como proceder caso a criança vomitasse. Como parte integrante do tratamento, os cuidadores receberam orientações sobre os cuidados domiciliares, como: aliviar a tosse e umidificar as vias aéreas com medidas caseiras (chás, mel, instilação de SF 0,9% nas narinas, nebulização com vapor do chuveiro e ingerir mais líquidos); continuar a alimentar uma criança com diarreia e oferecer mais líquidos, além do SRO pós-perdas; manter o ambiente arejado e banho de imersão para diminuir a temperatura corporal e secar o ouvido da criança com mechas absorventes.

A respeito dos sinais para o retorno imediato, segundo a AIDPI (BRASIL, 2002a), os cuidadores de todas as crianças doentes devem ser orientados a retornar imediatamente à unidade se a criança não conseguir beber ou mamar no peito, piorar do estado geral e tiver aparecimento ou piora da febre. A criança com tosse ou dificuldade para respirar deve retornar imediatamente também se apresentar ou piorar da dificuldade para respirar e da respiração rápida e a criança com diarreia se também apresentar pela primeira vez sangue nas fezes (além dos outros sinais para todas as crianças doentes). Em nosso estudo, houve 3 casos em que os cuidadores não receberam as orientações pertinentes quanto ao retorno imediato da criança.

Ainda segundo preconizado pela estratégia (BRASIL, 2002a), a data de retorno depende do problema que a criança apresenta. O cuidador é esclarecido se deve retornar mesmo que a criança melhore ou se deve retornar somente se a criança não melhorar ou piorar. No presente estudo, 11 cuidadores não foram orientados quanto à data de retorno, o que consideramos um número significativo.

Outra prática da AIDPI (BRASIL, 2002a), a entrega de folhetos explicativos para o cuidador, que contribui para o reforço das orientações, ocorreu em apenas 1 caso no presente estudo, e este foi referente a orientações alimentares.

Cinco crianças necessitaram ser referidas ao centro de saúde e tiveram seu encaminhamento agilizado pela equipe. Uma delas apresentava FR elevada, tiragem subcostal e estava letárgica; uma apresentava sibilância; uma vomitava tudo que ingeria, estava letárgica e apresentava emagrecimento acentuado visível; uma necessitava de atendimento odontológico de emergência e uma foi encaminhada para atualizar a situação vacinal.

Como exemplo de agilização das ações de encaminhamento, cito o acolhimento realizado pela enfermeira a uma criança de 7 meses de idade, com

queixa de tosse, febre e dor de ouvido. A enfermeira rapidamente detectou sibilância e, como a unidade não dispõe de aerosol para o tratamento de sibilância e posterior reavaliação, conforme preconizado pela AIDPI, a criança foi submetida à consulta médica. O médico fez a hipótese diagnóstica de bronquiolite e encaminhou a criança através da ambulância ao centro de saúde para realização de aerosol e radiografia de tórax e retorno em seguida. Portanto, mesmo que tenha sido necessário o encaminhamento, a acolhida realizada, a atenção dispensada e a agilidade das ações proporcionadas pela equipe contribuíram para a vinculação dos usuários à USF. Se o atendimento na unidade fosse impossibilitado e os usuários não tivessem acolhida às suas queixas, o atendimento seria todo realizado no PA, sem possibilidade de vinculação com a unidade.

Outro caso que ilustra a articulação entre as ações de encaminhamento e seguimento é o de uma criança de um ano e dois meses de idade que foi trazida pela mãe devido à tosse, diarreia e vômito. A enfermeira atendeu a criança no acolhimento. Como ela vomitava tudo que ingeria, estava letárgica e apresentava emagrecimento acentuado visível, foi avaliada pelo médico e encaminhada rapidamente ao centro de saúde. Embora tenham sido detectados atraso vacinal, falta de seguimento e houvesse orientações a respeito da tosse a serem realizadas, a prioridade no momento era reidratar rapidamente a criança e tratar a desnutrição grave. Ao retornar à unidade, a mesma foi avaliada pela auxiliar de enfermagem, identificando-se que estava irritada, bebia avidamente a água oferecida, ao sinal da prega a pele retornava ao estado anterior lentamente, apresentava olhos fundos e peso muito baixo. A criança foi avaliada pelo médico e, como podia beber, instituiu-se o plano B de TRO. Durante a reidratação no serviço o profissional forneceu orientações acerca da alimentação adequada, aumento da ingesta hídrica, preparo e

administração do SRO no domicílio, sinais de alerta, data do retorno, necessidade de atualizar a vacinação e de comparecer às consultas agendadas, sendo agendada consulta de caso novo para toda a família, que se mudara recentemente para a área. Após reidratada, a criança foi liberada para realizar o plano A no domicílio, sendo solicitada visita domiciliar do ACS. Foram detectados na VD erro alimentar e vacinação ainda atrasada, sendo realizadas novas orientações a respeito. Outra questão levantada na visita foi o uso irregular de anticoncepcional oral pela mãe da criança, que possuía outros cinco filhos. Após conversar com o ACS, a mãe decidiu inscrever-se no grupo de planejamento familiar. Novamente, vemos que a continuidade do cuidado é preocupação da equipe integrada, que agiliza as ações de encaminhamento, porém sem perder de vista o seguimento dos usuários e busca contemplar as necessidades de saúde a partir da abordagem dos problemas.

Seguindo a proposta de trabalhar com a demanda espontânea para organizar o serviço de saúde, o seguimento de puericultura de cada criança foi verificado, sendo que aquelas crianças que estavam sem seguimento já eram agendadas nessa oportunidade, além da inscrição, quando pertinente, nos grupos oferecidos. Além do agendamento, os profissionais de enfermagem também abordaram a importância do seguimento de puericultura com os acompanhantes das crianças, esclarecendo que nessas consultas o crescimento, o desenvolvimento e a alimentação das crianças seriam acompanhados e os problemas que surgissem poderiam ser detectados no início e tratados adequadamente.

Essa preocupação com o cuidado longitudinal englobava não somente a criança doente, mas as outras crianças e o acompanhante, como no caso anteriormente relatado. Em um outro caso, verificou-se, no acolhimento, que tanto a criança com queixa, como seus irmãos e pais, estavam sem acompanhamento,

sendo agendadas consultas para todos. Como um dos filhos estava na pré-adolescência e a mãe preocupava-se por não saber como agir a fim de protegê-lo dos riscos de envolvimento com o crime e as drogas, ela e o marido foram inscritos no grupo de pais e mães.

Ainda explorando o caso da criança de um ano e dois meses de idade que fora referida urgentemente por desidratação e emagrecimento acentuado visível, ela, assim como outras crianças da área, apresentava desnutrição. Conforme a intersetorialidade proposta pelo SUS, esse problema deve ser abordado globalmente por diferentes setores, envolvendo a USF, a creche, a pastoral da criança e o auxílio financeiro do governo. Em nosso relato, após retorno ao domicílio, foi verificado que a família já recebia auxílio financeiro do governo e acabara de ser cadastrada na USF. Portanto, em relação à questão financeira e de saúde já haviam sido realizadas algumas ações. Porém, outras abordagens que puderam ser pensadas a partir disso foram a inscrição da criança na creche (onde ela receberia, além da educação e aprendizado do convívio social, uma alimentação adequada) e o fornecimento da multimistura pela pastoral.

Fracoli e Zoboli (2004), em sua análise do acolhimento no PSF, expõem as dificuldades no estabelecimento de escutas ampliadas e qualificadas, à medida que estas são necessárias, mas afloram questões que podem não ser resolvidas no âmbito da unidade de saúde, exigindo articulação intersetorial. Em nosso estudo, conforme já apontado, houve casos em que foi detectada no acolhimento a necessidade de articulação intersetorial. Embora essas questões não pudessem ser abordadas e encaminhadas durante o acolhimento, essa prática possibilitou emergir tais questões, a serem abordadas de forma integrada pela equipe.

Ainda que não tenha sido proposta deste estudo realizar entrevistas e verificar o grau de satisfação de usuários e profissionais com a estratégia, pudemos apreender, durante a observação participante, que as mães ou cuidadores, no início, preocupavam-se 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 necessária a realização de consulta médica. Posteriormente, no entanto, alguns cuidadores referiram, espontaneamente, que adquiriam confiança no acolhimento feito pelos profissionais de enfermagem, devido ao conhecimento e habilidade que demonstravam e pelo fato de sempre discutirem os casos com os médicos antes de tomarem condutas. Alguns cuidadores também passaram a solicitar a avaliação da equipe de acolhimento para as crianças ao chegarem à unidade e não especificamente a consulta médica, como demandavam anteriormente.

As auxiliares de enfermagem verbalizaram maior confiança e autonomia em sua prática profissional, com crescente satisfação à medida que se sentiram capazes de agir positivamente frente às aflições dos usuários. Entendemos que o fato de discutir todos os casos com o médico para definir as condutas não interfere na autonomia das auxiliares de enfermagem. Ao contrário, como Peduzzi (2001), consideramos que a autonomia profissional pode ser interdependente ao julgamento e tomada de decisão de outro agente, configurando o trabalho em equipe, caracterizado pela complementaridade e interação entre os saberes especializados.

De um modo geral, as ações desenvolvidas neste estudo contribuíram para a dinâmica e resolutividade do acolhimento a crianças menores de cinco anos de idade que demandam por atendimentos eventuais. Tais ações, bem como os achados da pesquisa, estão em consonância com o estudo de Franco et al (1999), no qual apontam os fatores que atuam na resolutividade da equipe de acolhimento:

- discussões permanentes entre a equipe – que já eram um cotidiano na unidade e foram potencializadas através da EP (que não se restringe a um determinado tempo ou assunto, mas discute e propõe ações no cotidiano do processo de trabalho);
- capacitação da equipe – viabilizada na própria experiência do atendimento;
- utilização de protocolos – embora a AIDPI não se restrinja a um protocolo, mas consista em uma estratégia, ela propõe ações sistematizadas, que visam facilitar o processo sem engessá-lo;
- interação da equipe – embora o estudo tenha se focado no acolhimento realizado na recepção do serviço pela enfermagem, não perdemos de vista o processo todo de acolhimento, que é desencadeado na recepção do serviço e se estende a consultas médicas, de enfermagem, visitas domiciliares, entre outros, e envolvem a interação constante entre vários profissionais da equipe;
- funcionamento dos grupos programáticos – resgatando-se os espaços coletivos de ação em saúde, articulando demanda programada e espontânea.

Com o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento do processo, destacaremos algumas dificuldades, além das já citadas e referentes a questões estruturais e falta de adesão dos profissionais a certos comportamentos desejáveis.

Uma questão observada durante o estudo foi a dificuldade que a enfermeira enfrentou para realizar o acolhimento. Embora essa profissional apresentasse competência e desenvoltura na realização do acolhimento estruturado pela AIDPI, suas atividades gerenciais e de atendimentos individuais e grupais dificultaram sua permanência na recepção da unidade para acolher as crianças. Percebemos que, nas ocasiões em que ela possuía disponibilidade para esse acolhimento, tinha que realiza-lo em salas privativas, pois, quando o realizava na recepção da unidade, sujeitava-se a várias interrupções, especialmente as de ordem administrativa. No

entanto, ressaltamos a esforço e dedicação da enfermeira em disponibilizar tempo para o acolhimento e oferecer retaguarda à sua realização pelas auxiliares de enfermagem.

Outro ponto que gostaríamos de expor relaciona-se à nossa preocupação acerca da continuidade desse acolhimento estruturado pela AIDPI, após o término da pesquisa. A complexidade e as dificuldades no processo de trabalho cotidiano, a saída e a inclusão de membros na equipe podem levar à subutilização ou mesmo até ao abandono dessa estratégia. Ressaltamos que o serviço se configura como um campo de aprendizado, sendo que, a cada ano, são inclusos novos médicos residentes na equipe. Portanto, julgamos que o ponto chave para a superação dessa dificuldade é a incorporação da EP na filosofia de trabalho da USF. Dessa forma, as barreiras cotidianas poderão ser discutidas entre a equipe, os novos membros poderão ser capacitados nessa estratégia de acolhimento e aqueles já capacitados poderão rever os conteúdos, esclarecer dúvidas e sugerir aperfeiçoamentos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desenvolveu-se a partir da identificação de uma situação-problema no cotidiano de uma unidade de saúde da família e viabilizou-se através da educação permanente, com discussões acerca da realidade vivida, apresentação da estratégia AIDPI e construção conjunta de uma proposta de ação, aplicada conjuntamente entre equipe e pesquisadores.

O acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade, enriquecido com aspectos da estratégia AIDPI, demonstrou grande potencial para a reorganização do processo de trabalho, proporcionando a oferta de serviços de saúde à população infantil a partir da incorporação da demanda espontânea, do modo como a população sente seus problemas de saúde.

A experiência possibilitou uma maior atuação das auxiliares de enfermagem frente às queixas trazidas pela população, gerando autoconfiança e satisfação profissional. Possibilitou também que os usuários tivessem sua queixa acolhida e avaliada, mesmo não havendo mais vagas para consultas médicas no dia. As situações urgentes e prioritárias puderam ser identificadas rapidamente, bem como outros problemas além da queixa trazida puderam ser levantados e abordados. Os cuidadores receberam orientações pertinentes acerca do cuidado à criança, as quais se adequavam à sua realidade.

A capacidade de escuta qualificada, aliada ao desempenho clínico dos profissionais e à interação da equipe, identificados nesse estudo, são fatores que podem influenciar a forma como a população vincula-se à unidade, especialmente os cuidadores de crianças menores de cinco anos. Dessa maneira, consideramos que a utilização de aspectos da estratégia AIDPI no acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade possibilitou a integração de tecnologias leve-duras

e leves no processo de trabalho em equipe, viabilizando a superação de algumas dificuldades relacionadas ao acesso e ao vínculo com a população.

No entanto, foram apontados aspectos a serem superados, alguns em curto prazo, relacionados à avaliação das crianças, manejo de casos e comunicação com o cuidador. Outros, porém, como a inadequação do espaço físico; a pouca articulação intersetorial nos casos observados; a disponibilidade limitada da enfermeira para realizar o acolhimento, em virtude da variedade de atividades assistenciais e gerenciais desempenhadas; a saída e inclusão de membros na equipe e o processo de trabalho cotidiano, relacionam-se à estrutura e à dinâmica dos serviços de saúde e vão além do escopo deste estudo. No entanto, apontamos a EP como um caminho para o aprimoramento e continuidade desse acolhimento, mesmo em meio às barreiras cotidianas.

6. REFERÊNCIAS

AMARAL, J. et al. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on the worker performance in Northeast – Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 20, sup. 2, p. 209-219, 2004.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, set-dez 2004.

BENGUIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M.; YUNES, J. (Org.). **Ações de saúde materno-infantil a nível local**: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington: OPAS, 1997.

BENGUIGUI, Y. Integrated management of childhood illness (IMCI): an innovative vision for child health care. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 1, n. 3, p. 223-236, set./dez. 2001.

BENGUIGUI, Y. Acute respiratory infections control in the context of the IMCI strategy in the Americas. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 3, n. 1, p. 25-36, jan./mar. 2003.

BENGUIGUI, Y.; STEIN, F. Integrated management of childhood illness: an emphasis on the management of infectious diseases. **Semin Pediatr Infect Dis**, v. 17, n. 2, p. 80-98, apr. 2006.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Tradução de Alvarez dos Santos Baptista. Portugal: Porto, 1994. 335 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (Comunicação e Educação em Saúde, série F.).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. (Normas e Manuais Técnicos, série A, 11)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 80 p., il. color. (Normas e Manuais Técnicos, série A.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Portaria nº 198, 13 de fevereiro de 2004b. Disponível em http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf. Acesso em: 10 dez. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36 p., il. color. (Projetos, Programas e Relatórios, série C.).

BRINGEL, G. M.; OLIVEIRA, A. F. C. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no ensino de pediatria. **Rev Bras Ciênc Saúde**, v. 6, n. 3, p. 291-298, set / dez. 2002.

BRYCE, J.; et al. Improving quality and efficiency of facility-based child health care through Integrated Management of Childhood Illness in Tanzania. **Health Policy Plan**, v. 20, s. 1, p. i69-i76, dec. 2005a.

BRYCE, J.; et al. Programmatic pathways to child survival: results of a multi-country evaluation of Integrated Management of Childhood Illness. **Health Policy Plan**, v. 20, s. 1, p. i5-i17, dec. 2005b.

BUENO, W. S. Betim, construindo um gestor único pleno. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

CALA, V. J.; et al. Validación del signo de palidez palmar para diagnóstico de anemia en niños de Bucaramanga (Colombia). **An Pediatr (Barc)**, v. 63, n. 6, p. 495-501, dec. 2005.

CAMARGO JR, K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 91-101.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S.; SILVA, E. M., MISHIMA, S. M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 8, n. 4, p.30-37, agosto 2000.

CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O., org. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997a, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b, p. 229-266.

CHAUDHARY, N.; MOHANTY, P. N.; SHARMA, M. Integrated management of childhood illness (IMCI) follow-up of basic health workers. **Indian J Pediatr**, v. 72, n. 9, p. 735-739, sep. 2005.

CHIAZZOTTI, A. **A pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

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. **Rev Pediatr Ceará**, v. 2, n. 1, p. 33-38, 2001.

CUNHA, G. T. A clínica ampliada. In: _____. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005, p. 91-128.

ERTEM, I.O.; et al. Promoting child development at sick-child visits: a controlled trial. **Pediatrics**, v.118, n. 1, p. 124-131, jul. 2006.

FELISBERTO, E.; et al. Estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) – considerações sobre o processo de implantação. **Rev IMIP**, v. 14, n. 1, p. 24-31, jan./jun. 2000.

FELISBERTO, E. et al. 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**, v. 18, n. 6, p. 1737-1745, nov./dez. 2002.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 143-151, junho 2004.

FRANCO, T. B.; et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 55-124.

FRANCO, T. B.; et al. O “acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 30, p. 30-35, março 2004.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun, 2006.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 287-301, mar/ago 2005.

GRISI, S. J. F. E. et al. O ensino da estratégia “atenção integrada às doenças prevalentes da infância” (AIDPI) em pediatria. **Rev Hosp Univ**, v. 11, n. 1/2, p. 68-74, jan / dez 2001.

HENNINGTON, E. A. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 256-265, jan / fev 2005.

HORWOOD, C.; et al. Diagnosis of paediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm. **Bull World Health Organ**, v. 81, n. 12, p. 858-866, 2003.

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

LEITE, J. C. A. et al. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Rev Bras de Enferm**, v. 52, n. 2, p. 161-168, 1999.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. 154 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 219 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E. E.; et al. Por um modelo técnico-assistencial em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, dezembro 1991.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O., org. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

MERHY, E. E.; 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: _____; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 113-150.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2005. p. 195-206.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 80 p.

MONTEIRO, CA; FREITAS, ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996) **Rev. Saúde Pública**, v. 34,n. 6 (supl.), p. 8-12, 2000.

NAIMOLI, J. F.; et al. A. effect of the integrated management of childhood illness strategy on health care quality in Morocco. **Int J Qual Health Care**, v. 18, n. 2, p. 134-144, apr. 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Conversando com as mães sobre AIDPI**: o processo de comunicação com as mães durante as consultas nos serviços de saúde. Tradução de Maria Helena Valente e Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. São Paulo: Ministério da Saúde, 1999. 122 p., il. (Série HCT/AIDPI, 14).

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Programa de Doenças Transmissíveis. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). **Melhorando a saúde das crianças**. Washington: OPAS, 2000. 20 p. (Série HCT/AIEPI, 38.P).

OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde). Unidade AIDPI. Programa de Doenças Transmissíveis. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças. **Crianças saudáveis**: a meta de 2002. [S.I.]: OPAS, 2000. 19 p.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). **Reunión de evaluación 2000 y perspectivas futuras de la iniciativa regional AIEPI del Proyecto USAID / LAC-OPS-BASICS II**. Washington: OPS, 2001. 158 p. (Série HCT/AIEPI, 65.E).

PAIDÉIA. **Projeto Paidéia de saúde da família**, Campinas, maio 2002. Disponível em <<http://www.campinas.sp.gov.br>>. Acesso em: 03 jul. 2006.

PARIYO, G. W.; et al. Improving facility-based care for sick children in Uganda: training is not enough. **Health Policy Plan**, v. 20, s. 1, p. i58-i68, dec. 2005.

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

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. O acolhimento com enfoque na AIDPI em um PSF do interior do estado de São Paulo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8., CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11., 2006, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UNESCO, 2006. 1 CD-ROM.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 270-273, mai/jun 2006.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LUNARDELO, S. R. 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. Enviado à **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** em dezembro de 2006.

VEIGA, N.; PINA, J. C.; MELLO, D. F.; SILVA, M. A. I. Cuidado e humanização em saúde infantil: uma revisão sistemática de literatura. Enviado à **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** em setembro de 2006.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

ROCHA, S. M. M. et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 5-15, 1998.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 305-310, 2005.

SAMICO, I. et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v. 5, n. 2, p. 229-240, abr./jun. 2005.

SANTOS, I. S. et al. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDPI (OMS / Unicef). **Rev Bras Epidemiol**, v. 5, n. 1, p. 15-29, abr. 2002.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; et al. O acolhimento como mecanismo de implementação do cuidado de enfermagem. **Cogitare Enferm**, v. 5, n. 2, p. 51-57, jul/dez 2000.

SILVEIRA, M. F. A.; et al. Acolhimento no programa de saúde da família: um caminho para a humanização da atenção à saúde. **Cogitare Enferm**, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan/jun 2004.

SOUZA, A. C.; LOPES, M. J. M. Acolhimento: responsabilidade de quem? Um relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 24, n.1, p. 8-13, abril 2003.

TEIXEIRA, R. A. et al. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde – assistência à saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 53, n. 2, p. 193-206, 2000.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação da infância brasileira**. [S.l.]: Unicef, 2006. Disponível em: <<http://www.unicef.org.br>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. et al. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília-DF, v. 56, n. 4, p. 54-59. 2003.

VICTORA, C.G.; BARROS, F.C. Global child survival initiatives and their relevance to the Latin América and Caribbean Region. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 18, n. 3, p. 197-205, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 251-252.

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

WHO (World Health Organization). WHO's strategy on Integrated Management of Childhood Illnes. **Bulletin of World Health organization**. Genebra: WHO, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862006000800007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0042-9686..>. Acesso em: 09 jan. 2007.

ANEXO E APÊNDICES

ANEXO ÚNICO

Ribeirão Preto, 17 de maio de 2006

**DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 016/2006**

Comunicamos que a pesquisadora **JULIANA COELHO PINA**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados no Núcleo de Saúde da Família-IV do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **"ACOLHIMENTO ÀS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS DE IDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA"**.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª. Maria do Carmo G. G. Caccia-Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Diretora Técnica do CSE-FMRP-USP.

Ilm.ª. Sra.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello (Orientadora)
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

APÊNDICE 1

Roteiro para observação participante

Aspectos para observação durante atendimentos à clientela (família-criança) no setor de recepção da unidade de saúde da família

Comunicação e atitudes promotoras de vínculo

- () há preocupação em acomodar a criança e acompanhante;
- () atitude de escuta à queixa trazida pela mãe ou cuidador;
- () demonstração de interesse pelo problema;
- () estabelecimento de contato visual;
- () são fornecidas orientações de forma clara;
- () o entendimento da mãe ou cuidador acerca das orientações é verificado;
- () há preocupação com a continuidade do processo de trabalho, estabelecendo-se comunicação com outros membros da equipe (consulta médica, visita domiciliar do agente comunitário para as crianças que estão fazendo tratamento em casa ou vieram de contra-referência após encaminhamento).

Anamnese e avaliação clínica

- () são verificados peso e sinais vitais da criança (FR e T);
- () a criança é examinada quanto aos sinais gerais de perigo;
- () são feitas perguntas sobre os sintomas principais;
- () a criança é avaliada quanto à presença de tosse e /ou dificuldade para respirar;
- () a criança é avaliada quanto à ocorrência de febre;
- () a criança é avaliada quanto à ocorrência de problemas no ouvido;
- () a criança é avaliada quanto à ocorrência de diarreia/desidratação;
- () a criança é avaliada quanto aos sinais de desnutrição e anemia;
- () na presença de um sintoma principal, a criança é avaliada quanto aos sinais relacionados;
- () o cartão da criança é verificado quanto ao crescimento;
- () a situação vacinal da criança é avaliada;
- () são abordadas questões sobre alimentação, aleitamento materno, crescimento, desenvolvimento, hábitos e cuidados de saúde.

Resolutividade

- () situações prioritárias e urgentes são identificadas;
- () há iniciativa para solucionar o problema;
- () a mãe ou cuidador recebe orientações sobre a alimentação correta para o problema da criança;
- () são prescritos medicamentos para a criança (profissional que prescreveu: _____);
- () a mãe ou cuidador recebe orientações sobre a administração do tratamento;
- () o profissional de saúde demonstra à mãe ou cuidador a administração do tratamento;
- () a compreensão da mãe ou cuidador sobre a administração do tratamento em casa é verificada através de perguntas;
- () a criança recebe a primeira dose do medicamento na unidade;

- () o acompanhante da criança é esclarecido quanto à necessidade de continuar com a alimentação e oferecer mais líquidos ou leite materno em casa;
- () é agendado retorno para a criança;
- () a mãe ou cuidador recebe orientações sobre sinais e sintomas de retorno imediato:
 - () a criança não consegue beber ou mamar;
 - () piora do estado geral;
 - () surgimento/piora da febre;
 - () dificuldade para respirar;
 - () surgimento de respiração rápida;
 - () surgimento de sangue nas fezes;
- () o profissional de saúde fornece folhetos explicativos para o acompanhante;
- () os encaminhamentos são agilizados e articulados com a equipe de saúde da família;
- () a criança é encaminhada para atualizar a situação vacinal;
- () há iniciativas para articulações intersetoriais (creche, escola, comunidade, igreja, entre outros).

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Profissional

Título da Pesquisa: Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância.

Pesquisadores responsáveis: **Juliana Coelho Pina:** aluna do curso de Pós-Graduação – Enfermagem em Saúde Pública – Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. COREN nº 03891/04 – SP.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. COREN nº 37613 – SP.

CONVITE

Meu nome é Juliana Coelho Pina, sou aluna do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem e gostaria de saber se você poderia participar de uma pesquisa que será realizada aqui neste Núcleo de Saúde da Família. A minha orientadora é a Débora Falleiros de Mello, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo deste trabalho é descrever como a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) pode contribuir com o acolhimento de crianças menores de cinco anos de idade que chegam ao núcleo para atendimento eventual. Para isso, se você concordar, estarei acompanhando o atendimento que você prestará a essas crianças e seus acompanhantes.

Todas as informações coletadas terão caráter sigiloso e, a qualquer momento, você poderá deixar de participar da pesquisa, sem ônus algum.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço é Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, na Avenida Bandeirantes nº 3900, fone (16) 3602-3435.

Juliana Coelho Pina

Enfermeira e Aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Enfermeira e Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Eu, _____ aceito participar do projeto de pesquisa “Acolhimento a crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia AIDPI”. Estou ciente de que a pesquisadora acompanhará o atendimento que prestarei às crianças menores de cinco anos no acolhimento, manterá o caráter sigiloso das informações e caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/____.

APÊNDICE 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Usuário

Título da Pesquisa: Acolhimento às crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância.

Pesquisadores responsáveis: **Juliana Coelho Pina:** aluna do curso de Pós-Graduação – Enfermagem em Saúde Pública – Mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. COREN nº 03891/04 – SP.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello: Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. COREN nº 37613 – SP.

CONVITE

Meu nome é Juliana Coelho Pina, sou aluna do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem e gostaria de saber se você poderia participar de uma pesquisa que será realizada aqui neste Núcleo de Saúde da Família. A minha orientadora é a Débora Falleiros de Mello, enfermeira e professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. O objetivo deste trabalho é descrever como as crianças que chegam com algum problema de saúde, sem consulta marcada, estão sendo atendidas aqui no núcleo. Para isso, se você concordar, estarei acompanhando o atendimento que sua criança estará recebendo nesse dia e nos outros em que ela retornar.

Toda conversa será mantida em segredo (anonimato) e não aparecerá seu nome nem o da criança em nenhuma publicação. A qualquer momento poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir no seu tratamento e de sua família aqui no núcleo.

Caso você queira se comunicar conosco o endereço é Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, na Avenida Bandeirantes nº 3900, fone (16) 3602-3435.

Juliana Coelho Pina

Enfermeira e Aluna de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Enfermeira e Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Eu, _____ aceito participar do projeto de pesquisa “Acolhimento a crianças menores de cinco anos de idade em uma unidade de saúde da família: contribuições da estratégia AIDPI”. Estou ciente de que a pesquisadora acompanhará o atendimento de meu filho ou da criança sob meus cuidados aqui no núcleo, que as informações serão mantidas em segredo e que caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a interessada.

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/____.

APÊNDICE 4

PROGRAMAÇÃO

1º DIA

- Dinâmica em grupo
 - Introdução: Apresentação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
 - Objetivos do curso
 - Avaliar e classificar a criança de dois meses a cinco anos de idade: verificar sinais gerais de perigo
- Estratégias: dinâmica em grupo, exposição oral

2º DIA

- Avaliar e classificar a criança de dois meses a cinco anos de idade: tosse ou dificuldade para respirar
- Estratégias: exposição oral, estudos de casos com fotos, discussão em grupo, exposição de vídeo

3º DIA

- Avaliar e classificar a criança de dois meses a cinco anos de idade: diarreia febre, problemas de ouvido
- Estratégias: exposição oral, estudos de casos com fotos, exercícios individuais, discussão em grupo

4º DIA

- Avaliar e classificar a criança de dois meses a cinco anos de idade: desnutrição, anemia, vacinação e outros problemas
- Estratégias: exposição oral, estudos de casos com fotos, exercícios individuais, discussão em grupo

5º DIA

- Avaliar e classificar a criança de uma semana a dois meses de idade: infecção bacteriana, diarreia, problema de alimentação e baixo peso
- Estratégias: exposição oral, estudos de casos com fotos, exercícios individuais, discussão em grupo

6º DIA

- Verificar o desenvolvimento de crianças de até dois anos de idade
 - Identificar o tratamento
- Estratégias: exposição oral, exercícios individuais, discussão em grupo

7º DIA

- Tratar a criança: selecionar medicamento VO apropriado, dose e plano de tratamento; ensinar a mãe a dar medicamento VO e tratamento sintomático em casa
- Estratégias: exposição oral, exercícios individuais, discussão em grupo

8º DIA

- Tratar a criança: tratamentos exclusivos no serviço de saúde, planos de tratamento para diarreia (A, B e C)
- Estratégias: exposição oral, exercícios individuais, discussão em grupo

9º DIA

- Aconselhar a mãe ou acompanhante: recomendações a respeito da alimentação segundo idade da criança e tratamento dos problemas de alimentação
- Estratégias: exposição oral, dramatização, discussão em grupo

10º DIA

- Aconselhar a mãe ou acompanhante: quando retornar ao serviço, uso de boas técnicas de comunicação e folhetos explicativos
- Estratégias: exposição oral, dramatização, discussão em grupo

11º DIA

- Consulta de retorno
- Estratégias: exposição oral, exercícios individuais e discussão em grupo

12º DIA

- Discussão das propostas de aplicação do conteúdo aprendido

APÊNDICE 5**Registro do atendimento realizado pela enfermagem**

Crianças de uma semana a dois meses de idade

Nome: _____ Data: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Temperatura: _____
Responsável: _____
Endereço: _____ Nº da família: _____

Queixa:**Sintomas principais e sinais relacionados:**

Sinais de infecção bacteriana: FR: _____
☐ convulsões ☐ não consegue alimentar-se ☐ vomita tudo que ingere
☐ respiração rápida ☐ tiragem subcostal grave ☐ batimento de asas de nariz
☐ gemido ☐ fontanela abaulada ☐ secreção purulenta no ouvido
Umbigo: ☐ eritematoso ☐ eritema estendido à pele ☐ com secreção purulenta
☐ febre ☐ hipotermia ☐ letárgica ou inconsciente ☐ irritabilidade
Pústulas na pele: ☐ muitas e extensas ☐ menos que cinco e pequenas
☐ movimenta menos que o normal ☐ dor à manipulação

Diarréia: há _____ dias ☐ sangue nas fezes
☐ letárgica ou inconsciente ☐ inquieta ou irritada ☐ olhos fundos
Sinal da prega: ☐ muito lentamente ☐ lentamente ☐ imediatamente

Problemas de alimentação ou peso baixo:

☐ problemas para alimentar _____ Peso para Idade: _____
☐ amamenta ao peito: _____ vezes em 24 hs ☐ amamenta à noite
☐ outro alimento ou líquido: _____
Avaliação da amamentação: ☐ posição adequada ☐ queixo toca o seio
☐ boca bem aberta ☐ lábio inferior voltado para fora ☐ + aréola acima da boca
Sucções: ☐ boa sucção ☐ não suga bem ☐ não suga nada
☐ placas brancas na boca (monilíase oral)

Situação Vacinal: ☐ em dia ☐ atrasada: _____

Condutas:

☐ consulta médica ☐ tratamento pós-consulta médica: _____
☐ tratamento adotado pela enfermagem: _____
☐ orientações para cuidados domiciliares: _____
☐ encaminhamento: _____
☐ orientações gerais: _____
☐ retorno em _____ dias

Profissional: _____

APÊNDICE 6**Registro do atendimento realizado pela enfermagem****Crianças de dois meses a cinco anos de idade**

Nome: _____ Data: _____
Sexo: _____ Idade: _____ Peso: _____ Temperatura: _____
Responsável: _____
Endereço: _____ Nº da família: _____

Queixa:

Sinais gerais de perigo () não consegue beber ou mamar () vomita tudo que ingere
() apresenta(ou) convulsões () letárgica ou inconsciente

Sintomas principais e sinais relacionados:

() *Tosse ou dificuldade para respirar*: _____ dias FR: _____
() respiração rápida () tiragem subcostal () estridor ou sibilância

() *Diarréia*: _____ dias () sangue nas fezes
() letárgica ou inconsciente () inquieta ou irritada () olhos fundos
() não consegue beber ou bebe mal () bebe avidamente, com sede
Sinal da prega: () muito lentamente () lentamente () imediatamente

() *Febre*: _____ dias () todos os dias
() rigidez de nuca () petéquias () fontanela abaulada () coriza

() *Problema de ouvido*:
() dor () secreção: _____ dias () tumefação dolorosa atrás do ouvido

() *Desnutrição ou anemia*:
() emagrecimento acentuado () edema em ambos pés () palidez palmar
() peso para idade: _____ () ganho insuficiente

Situação Vacinal: () em dia () atrasada: _____

Alimentação:(se anemia, peso baixo, muito baixo, ganho insuficiente ou < 2 anos)

() amamenta ao peito: _____ vezes em 24 hs () amamenta à noite
() outro alimento ou líquido: _____

() mudanças com a doença: _____

Condutas:

() consulta médica () tratamento pós-consulta médica: _____
() tratamento adotado pela enfermagem: _____
() orientações para cuidados domiciliares: _____
() encaminhamento: _____
() orientações gerais: _____
() retorno em _____ dias

Profissional: _____