

AIDPI: CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ARACAJU-SE

AIDPI: NURSES' KNOWLEDGE OF PRIMARY CARE IN THE CITY OF ARACAJU-SE

AIDPI: EL CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS DE LA ATENCIÓN BÁSICA DEL MUNICIPIO DE ARACAJU-SE

Manuella Silva Leite¹
Aglaé da Silva Araújo Andrade²
Lígia Maria Dolce de Lima³

RESUMO

O objetivo com este estudo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica quanto à estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância, no município de Aracaju-SE. Os dados foram coletados por meio de um questionário, contendo 20 questões fechadas e de múltipla escolha, tabulados e arquivados no Excel 2007 e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 13.0. Foram utilizados critérios investigativos e descritivos, com abordagem quantitativa. Os resultados obtidos apontam não haver diferença significativa ($p > 0,05$) entre os enfermeiros capacitados (54,5%) e não capacitados (45,5%) pela estratégia, verificando-se um perfil de conhecimento aquém do esperado. Fica evidente a necessidade de realizar capacitações e supervisão do protocolo de doenças prevalentes na infância para os enfermeiros da atenção básica.

Palavras-chave: Criança; Conhecimento; Enfermeiros.

ABSTRACT

This study's main objective was to identify primary care nurses' knowledge about the Integrated Management of Childhood Illness and Comprehensive Child Care strategies in the municipality of Aracaju-SE. The data were collected through a questionnaire containing 20 closed-ended and multiple-choice questions. The data was tabulated and filled in Excel 2007 and analyzed using "Statistic Package for the Social Sciences" 13.0 version. Descriptive and analytical criterions were used with a quantitative approach. The obtained results suggested there is no significant difference ($p > 0.05$) between trained (54.5%) and not trained (45.5%) nurses in the strategy and the knowledge profile was less than expected. In conclusion, training and protocol supervision of childhood prevalent illnesses are necessary to primary care nurses.

Key words: Child, Integrated Management of Childhood Illness and Comprehensive Child Care; Knowledge; Nurses.

RESUMEN

El objeto del presente estudio ha sido identificar el conocimiento de los enfermeros de atención básica sobre la estrategia Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia, en la ciudad de Aracaju-SE. Los datos fueron recogidos a través de una encuesta con 20 preguntas cerradas de opción múltiple, tabulados y archivados en Excel 2007 y analizados en el programa Statistical Package for the Social Sciences, versión 13.0. Fueron utilizados criterios investigativos y descriptivos con enfoque cuantitativo. Los resultados obtenidos señalan que no hay diferencia significativa ($p > 0,05$) entre los enfermeros capacitados (54,5%) y los que no son capacitados (45,5%) por la estrategia, verificándose un perfil de conocimiento por debajo de lo esperado. Queda clara la necesidad de capacitar a los enfermeros de atención básica y de supervisar el protocolo de enfermedades prevalentes en la infancia.

Palabras clave: Niño, Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia; Conocimiento; Enfermeros.

¹ Discente em Enfermagem. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Benjamim Fontes, nº 595, Ed. Rio doce, Apto 203. Bairro Luzia. CEP 49045-110. Aracaju-SE/Brasil. E-mail: enfamanuellasleite@gmail.com.

² Mestre em Saúde e Ambiente. Universidade Tiradentes. Professora Assistente 1. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Alameda A, nº 225, Cond. Victória Garden, Ed. Canafistula, apto 102, CEP 49027-390. Aracaju, SE. E-mail: a3glae@yahoo.com.br.

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Professora Assistente 1. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Endereço para correspondência: Avenida Adélia Franco, nº 2288. Cond. Costa Dourado, Ed. Salinas, apto. 702, Bairro Luzia. Aracaju-SE. E-mail: ligialemos@infonet.com.br.

INTRODUÇÃO

Enfrentar os fatores determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras desde as décadas de 1980 e 1990, levando o Ministério da Saúde (MS) a intensificar o processo de atenção à saúde da criança, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade provocadas por doenças de prevalência na infância. Assim, foram elaborados protocolos de atendimento para profissionais vinculados às unidades básicas de saúde para que estes possam desenvolver sistematicamente a assistência às crianças. Os protocolos de atendimento constituíram uma experiência positiva, sendo, dessa forma, fator primordial para reduzir índices insatisfatórios na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil^{1,2}.

Apesar das diversas inovações na área de saúde pública, a atenção à saúde da criança permaneceu relevante para as equipes de saúde da família, pois persistiu a elevada morbimortalidade em crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento. Os infantes até 5 anos apresentam um sistema imunológico em processo de desenvolvimento, sofrendo com maior frequência o impacto de qualquer mudança na comunidade. A pneumonia, a diarreia, a malária, o sarampo e a desnutrição são as principais causas de adoecimento dos infantes nessa faixa etária. Elas acometem mundialmente pelo menos três em cada quatro crianças que buscam atenção médica^{3,4}.

Em sua maioria, as doenças de prevalência na infância são passíveis de tratamento e prevenção, porém são responsáveis por mais de 70% dos óbitos infantis em nível global. No Brasil, o MS demonstra, estatisticamente, que ainda permanece elevada a mortalidade infantil, com uma taxa estimada em 28,6 por mil nascidos vivos. Por sua vez, tais patologias estão intimamente relacionadas ao baixo nível socioeconômico, principalmente nos países em desenvolvimento, que têm como características o saneamento básico precário, a alimentação inadequada, a falta de cuidado dos pais para com a criança, a dificuldade na disponibilidade dos serviços de saúde, a falta de capacitação dos profissionais, dentre outros.^{1,4,5}

Diante da necessidade de novas ações direcionadas para a redução da morbidade e mortalidade infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desenvolveram, em 1995, uma estratégia para combater os principais problemas de saúde das crianças. Essa estratégia, denominada Assistência Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), veio contribuir significativamente para a melhoria do padrão de vida e a redução do número de mortes dos infantes menores de 5 anos de idade.⁶

Em 1996, os profissionais médicos e enfermeiros pertencentes à atenção básica foram capacitados para operacionalizar a AIDPI. O processo de implantação dessa estratégia deu-se, primeiramente, nas regiões Norte e Nordeste, por apresentarem os piores indicadores de saúde. Os Estados de Sergipe, Ceará, Pernambuco e Pará

foram reconhecidos como fortes áreas na consolidação de programas relacionados à saúde da criança, incluindo os programas de controle de doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas. Como consequência e aceitação da estratégia, os treinamentos expandiram-se para as regiões Sul e Sudeste.⁵

Em Sergipe, a proposta foi aderida pela Secretaria Estadual de Saúde em 1997, sendo padronizada para treinar todas as equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), atingindo uma cobertura de capacitações de 85% das equipes. Em 1999, foram introduzidos, no curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS), os módulos de capacitação, com duração de 40 horas, que se estenderam também para a graduação do curso médico e de enfermagem da UFS, significando a capacitação de mais profissionais a partir daquele ano.⁷

A equipe de saúde capacitada assegura uma assistência de qualidade às crianças, tanto na prevenção de doenças prevalentes como na avaliação do estado nutricional, no esquema imunológico e no crescimento e desenvolvimento infantil, por meio do protocolo padronizado pela estratégia. Além disso, a estratégia é fundamental por favorecer o estabelecimento de um vínculo com a mãe ou responsável pela criança, para que esta compreenda as recomendações referentes ao cuidado, ao tratamento e ao retorno da criança ao estabelecimento de saúde, trazendo, assim, resultados satisfatórios na qualidade da assistência infantil.^{1,5,6,8}

Diante da relevância da estratégia como meio de atendimento às crianças, buscou-se, neste estudo, identificar o conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju quanto à AIDPI, como também verificar o número de enfermeiros capacitados e não capacitados para tal estratégia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter investigativo e de natureza quantitativa, realizada nos meses de setembro e outubro de 2009, no município de Aracaju-SE. A população do estudo abrangeu 100% (132) dos enfermeiros da atenção básica, distribuídos nas 43 unidades básicas de saúde localizadas nos 8 distritos desse município. Desses, somente 101 enfermeiros participaram da pesquisa e 31 restantes foram excluídos por não se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa (rejeição em participar da pesquisa, licença médica ou licença prêmio e período de férias no prazo de tempo estabelecido para coleta de dados).

Os participantes da pesquisa foram informados a respeito do caráter do estudo e seus objetivos. Após aceitação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com garantia do sigilo da identidade, de acordo com a Resolução nº 196, item IV, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Vale ressaltar que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o Parecer nº CAAE 3566.0.000.107-09.

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento composto por 20 questões, com 8 perguntas fechadas e 12 perguntas de múltipla escolha. No primeiro momento, foram abordados, no questionário, os dados de identificação (sexo, idade, unidade básica de saúde e região de locação profissional), o tempo de graduação e se o profissional era capacitado para a estratégia AIDPI. No segundo momento, as perguntas foram direcionadas às doenças prevalentes na infância e sua metodologia, com base nos autores Brasil⁴ e Felisberto.⁹

O instrumento de coleta foi repassado para os enfermeiros, que aceitaram participar do estudo, em envelopes lacrados, para permitir a confidencialidade. Ao término do preenchimento, após revisadas as respostas, os enfermeiros foram divididos em dois grupos: profissionais capacitados e profissionais não capacitados pela estratégia do AIDPI.

Os dados obtidos foram tabulados e arquivados nos programas Microsoft Office Excel 2007 e o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0, e analisados de forma descritiva. Para essa análise estatística, foram utilizados os testes Qui-quadrado e Bicaudal, levando em consideração um nível de significância de *p* menor que 0,05 e um poder de teste (sensibilidade para detectar diferenças) igual a 0,80. Quando necessário, foram calculados a média e o desvio-padrão.

Utilizou-se como base para avaliação do nível de conhecimento dos enfermeiros quanto ao protocolo AIDPI a literatura de Wassall,¹⁰ que quantifica como bom desempenho na captação de informações nos cursos que envolvam a estratégia o índice de acerto nas questões em torno de 70%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os resultados obtidos por meio da coleta de dados nas regionais do município de Aracaju, verificou-se que dos 132 enfermeiros que poderiam participar do estudo 76,54% (n=101) aceitaram responder ao questionário; 9,10% (n=12) rejeitaram participar da pesquisa; 10,56% (n=14) encontravam-se de licença médica ou licença-prêmio; e 3,80% (n=5) estavam no período de férias no prazo de tempo estabelecido para coleta de dados e, portanto, foram excluídos da pesquisa.

No que se refere aos dados de identificação, foi possível questionar aos entrevistados as seguintes variáveis: faixa etária, gênero, tempo de graduação, tempo de serviço na atenção básica e capacitação pela estratégia AIDPI. Em relação à análise da faixa etária dos entrevistados, a idade mínima verificada foi de 23 anos e a máxima, de 63 anos, tendo como média de 42 anos para um desvio-padrão de 10.

Ao tratar do gênero, 8,9% (n=9) dos profissionais eram do sexo masculino e 91,1% (n=92) do sexo feminino. Quanto ao tempo de graduação, observou-se que 47,5% (n=48) dos profissionais estavam graduados havia mais

de quinze anos, seguidos de 23,8% (n=24) formados entre seis e dez anos e 15,8% (n=16) que possuíam graduação entre onze e quinze anos. Já 12,9% (n=13) dos profissionais entrevistados afirmaram que estavam graduados havia menos de cinco anos (TAB. 1).

Ao questionar sobre o tempo de serviço dos profissionais entrevistados nas unidades básicas de saúde do município, foi possível verificar o predomínio significativo de enfermeiros que trabalhavam nessa área há mais de dez anos (43,6%). Os demais possuíam tempo de serviço entre oito a dez anos (22,8%), entre cinco a sete anos (17,8%) e entre dois a quatro anos (10,9%). Somente 5% dos profissionais afirmaram que trabalhavam na atenção básica há aproximadamente um ano (TAB. 1).

TABELA 1 – Distribuição quanto ao sexo, tempo de graduação e tempo de serviço dos enfermeiros da atenção básica no município de Aracaju-SE,, no período de setembro a outubro de 2009

Variáveis avaliadas		n (101)	% (100)
Gênero	Masculino	9	8,9
	Feminino	92	91,1
Tempo de graduação	Período superior a 15 anos	48	47,5
	Período entre 15 e 11 anos	16	15,8
	Período entre 10 e 6 anos	24	23,8
	Período inferior a 5 anos	13	12,9
Tempo de serviço na atenção básica	Período superior a 10 anos	44	43,6
	Período entre 10 e 8 anos	23	22,8
	Período entre 7 e 5 anos	18	17,8
	Período entre 4 e 2 anos	11	10,9
	Período de aproximadamente 1 ano	5	5
Capacitação pela estratégia AIDPI	Profissional capacitado	55	54,5
	Profissional não capacitado	46	45,5

Fonte: Questionário AIDPI: Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE – 2009.

Durante a pesquisa, utilizou-se como variável de desfecho a relação entre o quantitativo de enfermeiros capacitados e não capacitados pela estratégia AIDPI. Diante desse fator, do total de profissionais que responderam aos questionamentos da pesquisa, 55 (54,5%) eram capacitados, enquanto 46 (45,5%) não possuíam a capacitação.

Especificamente sobre os enfermeiros capacitados, verificou-se que nenhum profissional realizou capacitação para a estratégia AIDPI a menos de um ano. Do percentual válido (54,5%), 36,4% dos enfermeiros foram capacitados em um período entre cinco e oito anos, seguidos de 23,6%, que foram treinados entre um e quatro anos e 40% que realizaram a capacitação há mais de nove anos, dado este que coincide com o período de implantação da estratégia AIDPI pela Secretaria de Estado da Saúde, há aproximadamente 12 anos.

Já dos 45,5% dos enfermeiros que afirmaram não possuir a capacitação da estratégia, 95,7% (n=44) deles acreditam que o conhecimento sobre a AIDPI ajudaria na rotina de atendimento às crianças, dado estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Apenas 4,3% (n=2) divergem da importância da capacitação na sua rotina de trabalho, por afirmarem que a estratégia não mudaria a qualidade da assistência aos infantes, uma vez que a rede de atenção básica de Aracaju possui o profissional pediatra realizando atendimento à população diretamente nas unidades básicas de saúde.

Ao comparar esse resultado com os dados do estudo realizado no município de Russas-CE, percebe-se a discordância, pois nesse local 88% dos enfermeiros e 100% dos médicos relataram que a implantação da estratégia AIDPI melhorou os indicadores de saúde da criança, reduzindo o número de internações por causas evitáveis, constatando-se, assim, sua eficiência e melhoria da qualidade da assistência aos menores de 5 anos.¹

Em estudo realizado em Pernambuco, ressaltou-se a grande receptividade entre os profissionais de saúde para a estratégia AIDPI por atender às doenças mais prevalentes entre os infantes de forma rápida, além de responder às queixas mais frequentes das mães/crianças, corroborando com nosso estudo, no qual foram evidenciadas a receptividade e a adesão dos profissionais do nível superior da atenção básica à estratégia, por esta oferecer maior segurança e qualidade durante o atendimento às crianças.¹¹

No que se refere à utilização de instrumentos de assistência à saúde da criança (protocolo, literaturas), verificou-se, neste estudo, que 47,52% dos enfermeiros afirmaram que baseavam em diversas literaturas; 37,62% afirmaram que utilizavam somente o protocolo municipal; e 11,88%, o protocolo federal. Somente 1% afirmou que utiliza o instrumento da estratégia AIDPI durante a consulta à criança, sendo este um profissional capacitado para a estratégia. O restante dos profissionais (1,98%) optou pelo item "Nenhuma das respostas

anteriores", afirmando que utilizava outro instrumento que não constava no questionário.

Percebeu-se, durante a coleta e a análise dos dados deste estudo, a existência do predomínio e preferência para a utilização dos protocolos municipal e federal, dada a exigência do cumprimento de algumas ações pertencentes exclusivamente aos protocolos referidos. A reduzida utilização do manual da estratégia AIDPI pode ser atribuída à não adesão do município, estimulando a utilização dos protocolos municipal e federal.

Com base nos dados referentes ao tempo de graduação, capacitação e utilização dos instrumentos, verificou-se, neste estudo, o perfil de conhecimento dos profissionais enfermeiros, fundamentado no manual da estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância. Levando em consideração os resultados obtidos, constatou-se que 13 das 14 questões referentes às doenças prevalentes na infância e metodologia da estratégia AIDPI, a maioria dos profissionais enfermeiros direcionou suas opiniões para as respostas incorretas. E ao comparar a média de acertos da amostra desta pesquisa, verificou-se que a maioria não atingiu a média de 70% de acerto proposto pelo estudo de Wassal,¹⁰ conforme demonstra a TAB. 2. Contudo, conforme preconizado pelo MS, o acompanhamento e a vigilância da saúde da criança devem ser realizados na atenção primária, por meio das atividades de promoção, de prevenção de doenças e da detecção precoce de problemas ou alterações na saúde infantil. Diante disso, torna-se importante afirmar que os profissionais de saúde devem possuir conhecimentos básicos sobre a saúde da infantil, para que possam fazer o seu acompanhamento de forma sistemática para todas as crianças sob sua responsabilidade, a fim de decidir se há um problema para ser investigado e qual tratamento adequado.¹²

Na TAB. 3, foi comparada a frequência de acertos e erros das respostas do grupo de enfermeiros capacitados e os não capacitados com posterior análise de cada item. Percebeu-se que não houve diferença significativa entre os grupos, pois o quantitativo de respostas corretas dos profissionais capacitados não foi superior ao quantitativo de respostas corretas dos não capacitados, exceto no tocante à questão referente à diarreia com desidratação, na qual o número de acertos foi superior ao número de erros. Esse dado condiz com a data da última capacitação realizada pela SES, há cerca de doze anos. Esse resultado demonstra a urgente necessidade de capacitar os enfermeiros para a estratégia AIDPI, mostrando, assim, um resultado de igualdade do conhecimento entre todos os profissionais, independentemente se foi capacitado ou não para atender a crianças até 5 anos segundo a AIDPI.

Em estudo realizado com os agentes comunitários de saúde (ACS), Vidal *et al.*¹¹ confirmam a importância da utilização da estratégia AIDPI, por possibilitar uma intervenção precoce e consequentemente contribuir

TABELA 2 – Total de acertos, erros e ausência de resposta no questionário dos enfermeiros da atenção básica no município de Aracaju-SE, no período de setembro a outubro de 2009

Temas abordados pela AIDPI	Total de Enfermeiros						Nível de Significância (p)
	Acerto	%	Erro	%	SR**	%	
Objetivo da estratégia	23	22,8	61	60,4	17	16,8	0,48
Público-alvo	57	56,5	37	36,6	7	6,9	0,43
Doenças prevalentes na infância	19	18,8	23	22,8	59	58,4	0,02*
Sintomas questionados à mãe	44	43,5	53	52,5	4	4,0	0,22
Sinais gerais de perigo	30	29,7	59	58,4	12	11,9	0,11
Respiração rápida	6	5,9	76	75,3	19	18,8	0,41
Apneia neonatal	35	34,7	53	52,5	13	12,8	0,68
Casos para referência hospitalar	40	39,6	35	34,7	26	25,7	0,12
Ictericia patológica	51	50,5	47	46,5	3	3,0	0,37
Diarreia com desidratação	75	74,2	24	23,8	2	2,0	0,47
Falsas contra-indicações à vacinação	45	44,6	27	26,7	29	28,7	0,55
Falhas no crescimento e desenvolvimento	19	18,8	70	69,3	12	11,9	0,40
Extração e conservação do leite materno	36	35,6	60	59,4	5	5,0	0,56
Técnicas de aleitamento materno	43	42,6	56	55,4	2	2,0	0,43

* Significância de $p < 0,05$; ** SR: Sem resposta;

Fonte: Questionário AIDPI: Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE, 2009.

para a redução da mortalidade infantil. Essa afirmação está explícita nos dados apresentados, em que 85% dos ACS utilizavam corretamente as ações recomendadas pela estratégia, sendo esse achado justificado por meio da realização de capacitações prévias, como também da aplicabilidade das ações da AIDPI na rotina de trabalho.

Com relação ao questionamento sobre o objetivo da AIDPI, este identifica sinais clínicos que permitem avaliar e classificar a criança adequadamente, fazendo uma triagem rápida do tipo de atenção de que o infante necessita. Não é finalidade da AIDPI estabelecer um diagnóstico específico de determinadas doenças.⁴ Para 60,4% dos profissionais, esse seria o objetivo da estratégia, evidenciando nesse questionamento um número de acertos significativamente abaixo do esperado, tendo em vista que mais da metade são capacitados. Apenas 22,8% responderam corretamente e, desses, 25,5% eram do grupo de capacitados e 19,6% não possuíam capacitação. O restante dos profissionais optou por não responder à questão, alegando despreparo na estratégia. Não quiseram, dessa forma, interferir no resultado da

pesquisa, assinalando, portanto, a opção nenhuma das respostas.

Tratando-se das doenças relacionadas à mortalidade infantil, são cinco as causas principais de morte nas crianças até 5 anos: pneumonia, diarreia, desnutrição, sarampo e malária.⁴ Neste estudo, verificou-se que apenas 18,8% dos profissionais consideravam-nas como doenças prevalentes na infância. Desses, 27,3% eram capacitados e 8,7% não tinham treinamento, representando uma diferença relevante entre esses profissionais. Os 81,2% restantes de enfermeiros assinalaram uma das opções incorretas ou optaram não responder à questão.

Observou-se que grande parte dos enfermeiros considerou que a malária não fazia parte da estratégia, pois o município de Aracaju não é uma área endêmica para esse tipo de doença, porém não atentaram que, apesar de o Estado de Sergipe não ser área de risco, tal quadro patológico é abordado no manual da AIDPI, evidenciando a necessidade de atualização do conhecimento em relação à estratégia.

TABELA 3 – Comparação da frequência de acertos e erros do questionário entre o grupo de enfermeiros capacitados e não capacitados para a estratégia AIDPI no município de Aracaju-SE, no período de setembro a outubro de 2009

Temas abordados pela AIDPI	Enfermeiros capacitados						Enfermeiros não capacitados						Nível de Significância (p)
	Acerto	%	Erro	%	SR**	%	Acerto	%	Erro	%	SR**	%	
Objetivo da estratégia	14	25,5	34	61,8	7	12,7	9	19,6	27	58,7	10	21,7	0,48
Público-alvo	33	60,0	20	36,4	2	3,6	24	52,2	17	36,9	5	10,9	0,43
Doenças prevalentes na infância	15	27,3	12	21,8	28	50,9	4	8,7	11	23,9	31	67,4	0,02*
Sintomas questionados à mãe	27	49,1	27	49,1	1	1,8	17	36,9	26	56,6	3	6,5	0,22
Sinais gerais de perigo em crianças de 2 meses a 5 anos	20	36,4	28	50,9	7	12,7	10	21,7	31	67,4	5	10,9	0,11
Respiração rápida	2	3,6	48	87,3	9,1	9,1	4	8,7	28	60,9	14	30,4	0,41
Apneia neonatal	22	40,0	30	54,5	5,5	5,5	13	28,3	23	50,0	10	21,7	0,68
Casos para referência hospitalar	25	45,5	18	32,7	21,8	21,8	15	32,6	17	37,0	14	30,4	0,12
Icterícia patológica	25	45,5	28	50,9	2	3,6	26	56,6	19	41,3	1	2,1	0,37
Diarreia com desidratação	44	80,0	11	20,0	0	0,0	31	67,4	13	28,3	2	4,3	0,47
Falsas contraindicações à vacinação	26	47,3	12	21,8	17	30,9	19	41,3	15	32,6	12	26,1	0,55
Falhas no crescimento e desenvolvimento	12	21,8	41	74,6	2	3,6	7	15,2	29	63,1	10	21,7	0,40
Extração e conservação do leite materno	21	38,2	33	60,0	1	1,8	15	32,6	27	58,7	4	8,7	0,56
Técnicas de aleitamento materno	21	38,2	34	61,8	0	0,0	22	47,8	22	47,8	2	4,4	0,43

* Significância de $p < 0,05$; ** SR: Sem resposta;

Fonte: Questionário AIDPI: Conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE, 2009.

Ao tratar dos principais sintomas questionados à mãe, 43,5% dos enfermeiros optaram pelos preconizados pela estratégia (tosse ou dificuldade para respirar, diarreia, febre e problemas de ouvido).

E quando abordados sobre os sinais gerais de perigo em crianças de 2 meses a 5 anos, 29,7% dos profissionais acertaram ao selecionar os sinais padronizados pela AIDPI (convulsão, letargia, não consegue beber ou

mamar e vomita tudo o que ingere). Esses dados sugerem que muitos profissionais, independentemente de possuírem capacitação, podem ter confundido os sinais gerais de perigo com os sintomas questionados à mãe. Isso pode ser evidenciado pela porcentagem de erro, como também pela ausência de resposta em cada abordagem (57,5% e 69,3%, respectivamente). Intencionalmente, em ambas as questões houve

miscigenação entre os sinais e os sintomas, com o intuito de avaliar a segurança e a convicção do conhecimento prévio dos profissionais.

Sabe-se que os sinais gerais de perigo integram a primeira parte da anamnese que o enfermeiro deve investigar na criança durante a consulta. Essa atenção deve-se ao fato de que crianças com um desses sinais deve ser encaminhada ao hospital imediatamente. Por outro lado, os sintomas interrogados à mãe estão intimamente ligados à classificação das doenças prevalentes na infância. Dessa forma, fica evidente a necessidade de investigá-los. É importante ressaltar que a abordagem de tais sinais e sintomas deve seguir o protocolo da metodologia da AIDPI, a fim de captar mais cedo uma criança que possivelmente esteja com uma ou mais dessas doenças.^{4,9,13}

No quesito sobre o conhecimento quanto ao padrão respiratório (movimentos respiratórios por minuto) para classificação de respiração rápida, somente 5,9% dos enfermeiros selecionaram a opção padronizada pela estratégia, número bastante expressivo, levando em consideração ainda que, desses profissionais, 3,6% eram capacitados. Além do elevado percentual de erro (75,3%), constatou-se que 18,8% dos profissionais optaram por nenhuma das respostas.

Deve-se considerar a utilização de outras literaturas que abordam sobre a respiração da criança e do recém-nascido (RN). Esse dado pode ser verificado ao questionar sobre quais instrumentos os profissionais utilizavam durante a consulta a criança, constatando-se que 47,5% afirmaram que utilizavam diversas literaturas.

Contudo, a sistemática dessa estratégia criou somente três categorias para respiração rápida do infante: para RN com menos de 2 meses considera-se rápida 60 ou mais respirações por minuto (rpm); para lactentes de 2 meses a menos de 12 meses, 50 ou mais rpm; e para crianças de 1 a menos de 5 anos, 40 ou mais rpm. Já outros autores estratificaram os valores das respirações para cinco faixas etárias e, em vez de rápida, eles optaram por lançar os valores da frequência respiratória normal para cada uma delas, a saber: em RN considera-se normal de 40 a 50 rpm; lactente de 30 a 40 rpm; 1 ano de 25 a 30 rpm; e pré-escolares, de 20 a 25 rpm.^{4,14}

Entre as infecções respiratórias agudas, a pneumonia representa uma parcela importante na causa de mortes em crianças nos países em desenvolvimento. Estima-se que dos 5 milhões de óbitos que ocorrem em crianças abaixo de 5 anos, 70% destes são causados por pneumonia. As doenças respiratórias também geram gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS), haja vista que aumentam a necessidade de internação por doenças respiratórias, sobrecarregando os leitos hospitalares de enfermarias e urgências, uma vez não tratadas e detectadas no estágio inicial da doença. Por se tratar de uma patologia corriqueira em menores de 5 anos, os profissionais enfermeiros devem deter o conhecimento sobre a rotina de atendimento a essa população e a importância de agilizar o atendimento.¹⁵

Na abordagem sobre a apneia anormal em prematuros e recém-nascidos, 50,5% afirmaram como anormal quando essa condição ultrapassa 10 segundos em crianças menores de 10 dias de vida ou em prematuros, indo ao encontro das literaturas pediátricas.^{2,4,14} Percebe-se, nesse quesito, a percepção errônea sobre o conceito de apneia por parte dos enfermeiros, uma vez que essa doença se manifesta em recém-nascidos menores de 15 dias de vida, principalmente em prematuros, dada a imaturidade e pouco desenvolvimento do sistema nervoso central.

Dependendo da duração dessa condição, ela pode ser considerada normal ou anormal. A estratégia AIDPI a caracteriza como anormal quando o RN deixa de respirar por um período de tempo superior a 20 segundos, com diminuição da frequência cardíaca abaixo de 100 batimentos por minuto, acompanhado ou não de cianose.⁴

O conhecimento dos valores respiratórios na infância pode classificar a criança por meio dessa estratégia em quadros de pneumonia, não pneumonia ou ainda estágio de apneia anormal. Por isso, é de extrema importância que o enfermeiro realize triagens em menores de 5 anos, tendo em vista que essa faixa etária se encontra mais susceptível, em decorrência do sistema imunológico encontrar-se em desenvolvimento.¹⁰

O questionamento sobre a necessidade de encaminhar a criança urgentemente ao hospital, somente 39,6% dos profissionais seguem o que é relatado pela metodologia AIDPI. E, dos 101 enfermeiros, 50,5% estiveram de acordo com essa metodologia quando indicaram referenciar com urgência uma criança com icterícia visível até abaixo do umbigo nas primeiras 24 horas de vida ou clinicamente detectável. Esses resultados não apresentaram diferença relevante em relação à capacitação. O restante dos enfermeiros alegou não haver a necessidade de tal urgência, bastando que mãe ou o acompanhante exponha o RN aos raios solares quando o Sol estiver mais ameno, antes das 7 horas e depois das 16 horas. Contudo, há necessidade de referenciar, uma vez que essas condições caracterizam situações graves e somente o nível de maior complexidade oferta tratamentos adequados que não são solucionadas na atenção básica.

Por sua vez, nos casos de infantes com quadro de diarreia e desidratação, 74,3% afirmaram que não havia a obrigatoriedade de referenciar essa criança, já que o tratamento para esse quadro pode ser realizado na própria unidade básica de saúde. Desse total, 80% do grupo de capacitados e 64,4% do grupo de profissionais não capacitados acertaram ao questionamento, não conferindo diferença significativa entre os dois grupos.

O satisfatório número de acertos supracitados pode dever-se à grande demanda de crianças com problemas diarreicos nas unidades básicas de saúde, levando os profissionais a uma constante rotina de atendimento para esses casos. Em geral, a criança com diarreia e desidratação deve ser tratada na própria unidade com

a terapia de reidratação oral no período de quatro horas e depois ser reavaliada para confirmar se houve melhora ou não do quadro, seguindo o esquema preconizado pela estratégia.^{2,4}

Sabe-se que profissionais bem capacitados para a estratégia da AIDPI, além da utilização dessa metodologia durante sua rotina de trabalho, aumentando a utilização do soro de reidratação oral e cobertura vacinal, podem contribuir para a melhoria de indicadores de mortalidade infantil e para a redução das taxas de hospitalização.¹¹

Em relação à vacinação, sabe-se que o MS listou situações caracterizadas como verdadeiras e falsas contra-indicações. Doenças benignas comuns, tais como as afecções recorrentes das vias respiratórias superiores, com tosse ou coriza, diarreia leve ou moderada, doenças de pele, desnutrição, síndrome convulsiva controlada ou antecedentes de convulsão, tratamento com corticosteroides em doses não elevadas durante um período de tempo inferior a duas semanas, alergias, prematuridade ou baixo peso (exceto se a criança tiver menos que 2.000 gramas) e internação hospitalar são alguns dos fatores que não constituem contra-indicações à vacinação.⁴

Quando questionados sobre a vacinação, constatou-se que 44,6% dos profissionais seguem as orientações contidas no protocolo do MS, não sendo de elevada significância a diferença entre o número de acertos entre os profissionais qualificados e não qualificados pela estratégia, como se observa na TAB. 3. Contudo, 28,7% optaram por nenhuma das respostas presentes na questão por julgar que todos os itens constituem contra-indicação para vacinar qualquer criança.

Na verificação do padrão de crescimento e desenvolvimento infantil, os enfermeiros foram interrogados em como proceder diante de uma criança com um ou mais atrasos do desenvolvimento. Durante a análise, verificou-se um número abaixo do esperado para tal questionamento. Esse dado contraria a expectativa de acerto, pois o conhecimento prévio que esses profissionais deveriam possuir sobre as ações pertinentes nos casos de déficits no crescimento e desenvolvimento estão listados nos protocolos preconizados pelo MS e são repassados durante a graduação em enfermagem. Ou seja, independentemente de ser capacitado ou não para a estratégia AIDPI, o profissional enfermeiro deve saber lidar com situações relacionadas ao crescimento e ao desenvolvimento da criança.

Com base nos resultados sobre o crescimento e o desenvolvimento, 21,8% do total de enfermeiros capacitados e 15,2% dos não capacitados foram corretos ao responder à questão. No total, apenas 17,8% assinalaram que se deve verificar a situação ambiental da criança e sua relação com a mãe, orientar a genitora sobre a necessidade de estimular seus filho e marcar uma consulta de retorno para 30 dias, o que está de acordo com o manual da AIDPI. Entretanto, 35,6% profissionais atentaram para a necessidade de antecipar a consulta seguinte, conduta não recomendada pela estratégia, tampouco pelo protocolo do MS.

Em estudo realizado em uma creche de Ipatinga, Minas Gerais, avaliou-se o desenvolvimento de crianças até 24 meses, matriculadas nessa creche, por meio dos marcos do desenvolvimento infantil propostos pela AIDPI. Os resultados encontrados demonstraram que a ficha de acompanhamento do desenvolvimento proposta pelo Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil constituiu-se um instrumento de triagem de fácil aplicação, de baixo custo operacional e capaz de realizar a detecção precoce dos atrasos.¹²

Dessa forma, percebe-se que a utilização da estratégia AIDPI para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é de suma importância, já que esse instrumento fornece resultados eficazes e engloba vários aspectos importantes, como: identificar os fatores de risco para o atraso no desenvolvimento; verificar as medidas do perímetro cefálico; e avaliar o desenvolvimento motor grosso, motor fino, linguagem e interação pessoal. Além disso, ele fornece, prontamente, resultados capazes de determinar se a criança está se desenvolvendo como o esperado para sua idade cronológica.¹²

Assim, evidencia-se que a avaliação do crescimento e do desenvolvimento preconizado pela estratégia AIDPI deve fazer parte das ações do enfermeiro na consulta de puericultura como um instrumento de triagem eficaz e eficiente para a detecção precoce de atrasos no desenvolvimento infantil.¹²

Procurou-se enfatizar, ainda, a conservação do leite materno (LM) e os sinais de uma boa pega durante a amamentação (queixo tocando o seio, boca bem aberta, lábio inferior voltado para fora e aréola mais visível acima da boca). As técnicas de acondicionamento e manuseio adequados com o LM devem ser rigorosamente seguidas, para evitar problemas que agravem a saúde do lactente. Os frascos de vidro esterilizados, por exemplo, devem ser a primeira escolha do recipiente para guardá-lo, porque os demais recipientes possuem materiais que interferem na sua composição. Além disso, o tempo de conservação não pode ultrapassar 2 horas em temperatura ambiente ou 12 horas na geladeira.^{4,16}

Baseando-se nas informações supracitadas, verificou-se que 59,4% responderam o oposto do que é orientado para armazenar o LM, como também com relação aos sinais de boa pega, dos quais 57,4% dos enfermeiros assinalaram a resposta incorreta ou não responderam ao questionamento. É importante ressaltar que desses resultados não foram observadas grandes diferenças em relação à proporção de erros e acertos, comparada com a qualificação ou não dos enfermeiros quanto à estratégia AIDPI.

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram de extrema relevância para afirmar a necessidade de novas capacitações voltadas para a saúde da criança, uma vez que um atraso na identificação de infantes gravemente doentes pode afetar a probabilidade de sobrevivência. Vale ressaltar que durante a pesquisa foi observada a necessidade de capacitações não somente a estratégia da AIDPI, mas também de atualizar os profissionais sobre as ações preconizadas pelos protocolos federal e municipal.

Essa realidade pode estar intimamente relacionada com a infraestrutura e com os recursos humanos do município em questão, por trazer em seu corpo clínico na unidade básica de saúde a presença de pediatras, pois, assim, alguns profissionais não exercem rotineiramente ações específicas para essa população, restando a prática dessa atividade preferencialmente ao pediatra.

Entretanto, o protocolo federal e a estratégia AIDPI apresentam ações específicas dos enfermeiros para assistir criança até 5 anos, não devendo excluir a necessidade de uma consulta de enfermagem, uma vez que o olhar do enfermeiro, somado ao do pediatra e de outros profissionais que compõem a Estratégia Saúde da Família, garante um atendimento integral e equânime, de forma interdisciplinar e multiprofissional, preceitos que fazem parte dos princípios e diretrizes do SUS.

Faz parte das ações de assistência de enfermagem atender a crianças, em especial as menores de 5 anos, por contemplar ações sistematizadas específicas por meio do processo de enfermagem, possibilitando identificar os problemas de saúde que atingem essa população, além de determinar quais aspectos exigem intervenção do profissional enfermeiro.¹⁷

A incorporação do processo de enfermagem funciona como uma ação holística e inter-relacionada e, ao ser combinado com as metodologias abordadas pela estratégia AIDPI, pode garantir um atendimento integral e direcionado às necessidades da criança, diminuindo a probabilidade de morte. Essa característica é de suma importância quando se trata de casos em que a criança necessita de atendimento rápido e conduta adequada que aparecem na unidade básica, não agendados, e com o acolhimento embasado na metodologia da AIDPI pode-se contribuir para a resolubilidade da assistência à criança.^{17,18}

Essa concepção pode ser confirmada em estudos anteriores,^{1,5,6,11-13,18,19} nos quais a melhoria na atenção à saúde da criança ocorreu dada a presença de pessoal treinado para a estratégia, especialmente com relação à nutrição, ganho de peso, conhecimento da saúde infantil e o tratamento correto. Para tanto, a prática é necessária. No caso de locais onde a estratégia AIDPI ainda não foi introduzida, estes devem ser incentivados a adotá-la como atividade de rotina nas consultas, por proporcionar agilidade e sistematização do atendimento. Portanto, as políticas de saúde, ao se apoiarem em conhecimentos científicos, por exemplo, baseados na AIDPI, proporcionam a adoção de providências eficientes na assistência à saúde da criança no Brasil.^{10,19}

Nesse contexto, a AIDPI tem como tarefa essencial a implementação de intervenções adequadas que contribuam para a prevenção de doenças, para sua detecção precoce e tratamento eficaz, bem como para a promoção da saúde integral da população infantil. Ao implantá-la no município, os gestores estarão assumindo um compromisso ético em trabalhar pela sobrevivência infantil e a favor da infância saudável.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da estratégia AIDPI, política de saúde prioritária do MS desde 1997, veio para beneficiar a forma de atendimento à criança no âmbito da atenção primária. Essa estratégia tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil por meio da melhoria da qualidade do atendimento prestado às crianças.¹² Dessa forma, os profissionais capacitados para essa estratégia estão aptos a assistir à população infantil por meio de uma anamnese holística, evitando a fragmentação da assistência, favorecendo melhor identificação de alterações patológicas e maior controle de um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Contrariando as normas do MS, que preconizam a implantação da AIDPI nos municípios brasileiros, os profissionais da atenção básica do município de Aracaju não utilizam as normas da estratégia para atender as crianças menores de 5 anos. Contudo, deveria ser imperativo normatizar a assistência baseada na metodologia da AIDPI nesse município do Nordeste brasileiro, região que apresenta os piores indicadores socioeconômicos e de saúde entre sua população infantil.¹²

Portanto, os resultados desta investigação sugerem a necessidade de aprimoramento e capacitação dos enfermeiros da atenção básica, evidenciando-se uma redução significativa da frequência de acertos na maioria das questões referentes à metodologia da AIDPI. Quando comparado o total de acertos dos enfermeiros capacitados com os não capacitados pela estratégia, não houve diferença significativa ($p > 0,05$). Os questionamentos com menor percentual de acertos por parte dos enfermeiros foram os referentes ao objetivo da estratégia AIDPI, as doenças prevalentes na infância, respiração rápida e falhas no crescimento e no desenvolvimento da criança.

Ressalte-se, ainda, que grande parte dos enfermeiros foi treinada para essa estratégia há mais de nove anos e o longo período de tempo pode ter sido decisivo no resultado insatisfatório da pesquisa. Esse período coincide com a data da última capacitação promovida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) desse município, que não oferta mais as capacitações referentes à AIDPI para os profissionais, restando ao enfermeiro adquirir conhecimentos para essa estratégia por meio de instituições privadas. A única instituição pública que oferta gratuitamente o curso para a estratégia AIDPI é a Universidade Federal de Sergipe, porém esse curso somente é realizado para os acadêmicos de enfermagem no final do curso de graduação.

Dessa forma, a sensibilidade desses profissionais diante de algumas condições de saúde na criança menor de 5 anos encontra-se deficiente, até mesmo em situações corriqueiras – por exemplo, em relação ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil e ao estado vacinal da criança. Essas condições são abordadas tanto no Manual de Normas de Vacinação do Ministério da Saúde como nos protocolos de Atenção à Saúde da Criança em níveis nacional e municipal, não

constituindo justificativa para o déficit no conhecimento desses profissionais quanto ao manejo e às condutas para os problemas prevalentes na infância.

Esse quadro resulta em um processo de classificação ou estratificação de risco infantil ineficaz nas unidades básicas e, conseqüentemente, favorece a superlotação nas urgências hospitalares, muitas vezes desnecessárias, pois a maioria dos casos encontrados nos setores de urgência pode ser resolvida na atenção básica. É relevante afirmar, também, que casos que necessitam de referência urgente, algumas vezes, perdem em prioridade para casos mais simples.

Ratifica-se, então, que as capacitações profissionais voltadas para a estratégia AIDPI ou associadas a outros protocolos que abordam a saúde infantil são relevantes para a qualidade de atendimento às crianças e melhoria dos indicadores de saúde infantil no município de Aracaju. Por outro lado, os resultados apresentados demonstram que apenas a capacitação não é suficiente para um bom conhecimento em relação à estratégia. É necessária uma prática constante na rotina de atendimento para que melhores resultados sejam obtidos em relação ao perfil de conhecimento desses enfermeiros.

REFERÊNCIAS

1. Rocha LMB. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no Programa de Saúde da Família, no município de Russas-CE – 2000 – 2004. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da saúde; 2002.
3. Cesar JA, Mendonça-Sassi R, Horta BL, *et al.* Indicadores básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenciais. *J Pediatr.* 2006; 82(6): 437-44.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. AIDPI para o ensino: manual para graduação médica. Brasil: Ministério da Saúde; 2003.
5. Amaral JJF, Victora CG, Leite AJM, Cunha AJLA. Implementação da estratégia Atenção às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4): 598-606.
6. Vidal AS, Silva EV, Oliveira MG, *et al.* Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003; 3(2): 205-13.
7. Paixão AC, Barreto ES, Amaral JJF. Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o Ensino da Pediatria na Universidade Federal de Sergipe. *Revista de Pediatria do Ceará.* 2003; 4(1): 51-4.
8. Valente MH, Gomes FMS, Veríssimo MLR, Sigaud CHS, Chiesa AM, Bertolozzi MR. A interdisciplinaridade e a aplicação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância: Instrumentos para a consolidação do sistema único de saúde. *Pediatr.* 2000; 22(1): 82-9.
9. Felisberto E. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999 [Dissertação]. Recife (PE): Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
10. Wassall P, Ferreira PCN. *Pediatria dia a dia.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas; 2005.
11. Vidal AS, Silva EV, Oliveira MG, *et al.* Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003; 3(2): 205-13.
12. Santos MEA, Quintão NT, Almeida, RX de. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. *Anna Nery Rev Esc Enferm.* 2010; 14(3): 591-8.
13. Amaral J, Gowns E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(2): 209-19.
14. Collet N, Oliveira BRG. *Manual de enfermagem em pediatria.* Goiânia: AB; 2002.
15. Nascimento LFC, Marcitelli R, Agostinho FS, Gimenes CS. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. *J Bras Pneumol.* 2004; 30(5): 445-51.
16. Nascimento MBR, Issler H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *J Pediatr.* 2004; 80(5): 163-72.
17. Monteiro FPM, Silva VM da, Lopes MVO de, Araujo TL de. Condutas de enfermagem para o cuidado à criança com infecção respiratória: validação de um guia. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4): 458-63.
18. Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. *São Paulo,* 2009; 22(2): 142-8.
19. Amaral JJF, Victora CG. The effect of training in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: a systematic review. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2008; 8(2): 151-62.

Data de submissão: 16/12/2010

Data de aprovação: 30/7/2011