

Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente

Maternal/familiar knowledge in relation to care provided to sick children

Conocimiento maternal/familiar sobre el cuidado del niño enfermo

Sônia Regina Leite de Almeida Prado

*Doutora em Enfermagem, Docente da
Universidade Santo Amaro, São Paulo, SP.
sprado@unisa.br*

Elizabeth Fujimori

*Livre-Docente, Professora Associada -
Departamento de Enfermagem em Saúde
Coletiva - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, SP.
efujimor@usp.br*

RESUMO

Dentre as bases da estratégia AIDPI destacam-se medidas para o cuidado efetivo da criança no domicílio. Considerando que essa estratégia foi prioritariamente implantada nas unidades de saúde com Programa de Saúde da Família-PSF, este estudo teve como objetivo, identificar conhecimentos maternos em relação ao cuidado prestado à criança com infecção respiratória aguda ou com diarreia, em unidades de saúde com modelos assistenciais distintos, com-PSF e sem-PSF. Os resultados apontaram que o grau de conhecimento da mãe e/ou familiares era semelhante nos dois modelos assistenciais. Com relação à diarreia, ainda persistiam conhecimentos superados do ponto de vista científico, mostrando a necessidade de se melhorar a comunicação com a mãe ou familiares, mesmo na unidade de saúde com-PSF.

Descritores: Saúde da criança; Enfermagem em saúde comunitária; Programa de saúde da família.

ABSTRACT

Improving family and community practices is one of the components of the strategy Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Considering that In Brazil, IMCI is being implemented in the context of Family Health Program (PSF), the objective of this study was to identify maternal knowledge in relation to care provided to child with respiratory disease or diarrhea in two health units with different assistance models, with PSF and without PSF. The results showed that the level of maternal/familiar knowledge were similar in both assistance models. Under a scientific point of view, the mothers/families showed overshot knowledge in relation to care provided to child with diarrhea. The finding show that mother and caretaker communication need to improve, even health units with PSF.

Descriptors: Child health; Community health nursing; Family health program.

RESUMEN

De la estrategia AIEPI se destacan en su base las medidas para la atención efectiva de los niños en sus casas. Considerando que esa estrategia fue prioritariamente implantada en las unidades de salud con el Programa de Salud de la Familia-PSF, este estudio tuvo como objetivo, identificar los conocimientos de las madres en la atención de los niños con infección respiratoria aguda y con diarrea en unidades de salud con modelos asistenciales distintos, con-PSF y sin-PSF. Los resultados apuntan que el grado de conocimiento de la madre y/o familiares era semejante en los dos modelos asistenciales. Sobre la diarrea, todavía siguen conocimientos superados del punto de vista científico, indicando la necesidad de mejorar la comunicación con la madre o familiares, mismo en la unidad de salud con el-PSF.

Descriptores: Salud del niño; Enfermería en salud comunitaria; Programa salud de la familia.

Prado SRLA, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. Rev Bras Enferm 2006 jul-ago; 59(4): 492-6.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, embora mudanças importantes tenham sido observadas no quadro geral da mortalidade infantil nas últimas décadas, esse indicador ainda revela grandes iniquidades no campo da saúde. A situação atual das crianças brasileiras continua representando um grande desafio, pois ainda se convive com elevada morbidade por doenças geradas pelas desigualdades sociais resultantes do modelo capitalista, como as pneumonias, diarreias e desnutrição. Segundo o Ministério da Saúde, em 1997, foram hospitalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), mais de 1.600.000 crianças menores de 5 anos, sendo 60% de causas decorrentes de problemas respiratórios e de doenças infecciosas e parasitárias. Medidas de prevenção e eficiência na assistência na assistência poderiam contribuir para redução dessas internações e de suas conseqüências para a criança, além da liberação desses

leitos para tratamento de crianças com patologias que exigem uma atenção de maior complexidade⁽¹⁾.

Também no Município de São Paulo, informações epidemiológicas de 2002 indicam a manutenção da doença respiratória como a patologia mais freqüente e severa, mantendo-se como a principal causa de mortalidade da população infantil. A participação das pneumonias como causa mais freqüente de óbito, por sua vez, além de estar atrelada às precárias condições de vida a que certamente está submetida, a maioria das crianças, denuncia a ineficiência da atenção primária à saúde. Outro dado bastante significativo é a presença de morte por desnutrição, não pelo valor numérico que representa, mas por ser a forma mais explícita e desumana das desigualdades sociais⁽²⁾. Analisando-se a distribuição dos óbitos infantis segundo freqüência e local de residência, percebem-se diferenças acentuadas entre as crianças moradoras de distritos administrativos mais periféricos em relação aos distritos administrativos mais centrais ou mais “elitizados”. Os indicadores são extremamente desfavoráveis e sistematicamente mais elevados nas regiões mais pobres, revelando, por exemplo, que uma criança que nasce no Jardim São Luis tem chance de morrer 20 vezes maior, comparada à uma criança nascida no Jardim Paulista⁽²⁾.

Esse quadro, comum nos países pobres, apesar do imenso avanço tecnológico observado nas últimas décadas, gerou preocupação mundial e levou organismos internacionais a estabelecerem prioridades concretas, com vistas a reduzir a morbimortalidade infantil decorrente de doenças preveníveis como diarreia, infecções respiratórias e doenças imunopreveníveis e melhorar as condições de saúde dessa população nos países em desenvolvimento.

Na busca de novos enfoques e instrumentos para enfrentar essa problemática, a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) preconizam, desde meados da década de 90, uma abordagem estratégica para as doenças prevalentes na infância. No Brasil, o Ministério da Saúde incorporou, em 1996, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) dentro das políticas de atenção à saúde. Sua implantação seguiu os critérios de prioridade estabelecidos pelo próprio Ministério da Saúde, isto é, nos municípios com índices de mortalidade infantil acima de 40/1000 nascidos vivos, iniciando com os municípios integrantes do Programa de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) e aqueles que tivessem os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) já implantados⁽³⁾.

A estratégia AIDPI foi concebida com a finalidade de abordar a criança “como um todo”, em vez de se dirigir somente para o “problema de saúde”, avaliando de forma sistemática os principais fatores que afetam a saúde das crianças para detectar e tratar qualquer “sinal geral de perigo” ou “doença específica” e ainda integrar ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde, de forma a reduzir a mortalidade infantil e contribuir de maneira significativa para que a criança venha a atingir

seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento, sobretudo nos países emergentes⁽³⁾.

Traduzindo para a realidade brasileira, a estratégia AIDPI reintroduziu o conceito da integralidade, surgindo como alternativa para aplicar todas as ações de controle específico já existentes no Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), implantado no Brasil desde 1984 (Ministério da Saúde, 1984), além de reconhecer que as crianças, saudáveis ou doentes, sejam consideradas em seu contexto social. Também enfatiza a necessidade de melhorar tanto as práticas relacionadas à família e à comunidade, quanto a atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, busca melhorar as habilidades dos profissionais de saúde, a organização dos serviços e as práticas familiares e comunitárias relacionadas ao cuidado da criança⁽⁴⁾.

Dentre as bases da estratégia AIDPI destacam-se as medidas para o cuidado da criança por parte de seus pais no domicílio, especialmente o reconhecimento de sinais perante os quais deve-se buscar a atenção de serviços de saúde, porém incluindo também a capacitação dos familiares para o cuidado efetivo da criança no lar⁽⁵⁾.

Sabe-se que as atividades de promoção e de atenção básica são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população e que as ações educativas constituem uma das principais estratégias em direção à transformação e mudança de conhecimentos e de valores, processo que exige um esforço contínuo dos profissionais de saúde, no sentido de contribuir para o melhoramento das condições de saúde da população infantil.

Considerando que a implantação da estratégia AIDPI foi priorizada nas unidades de saúde com Programa de Saúde da Família (PSF), buscou-se neste estudo, identificar os conhecimentos das mães ou a tecnologia materna no manejo, ou seja, no cuidado da criança com infecção respiratória aguda e com doença diarreica em unidades de saúde com modelos assistenciais distintos, com PSF e sem PSF.

2. METODOLOGIA

Este estudo exploratório/descritivo, de natureza transversal, integra um projeto mais amplo denominado “Saúde da Família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas públicas”¹, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. O sub-projeto foi desenvolvido com mães/familiares responsáveis por crianças de 0 a 5 anos de idade, matriculadas em duas unidades de saúde da rede pública do município de São Paulo.

As unidades de saúde selecionadas atuavam com modelos assistenciais distintos. Uma organizava a assistência conforme o modelo tradicional de atenção à saúde (sem-PSF) e a outra tinha como eixo estruturante da assistência à saúde, o Programa de Saúde da Família (com-PSF). O Quadro 1 apresenta algumas variáveis sócio-econômicas e demográficas dos distritos administrativos onde se localizam as unidades de saúde envolvidas no estudo. Os dados reiteram que a população residente no distrito administrativo de Cidade Dutra, região onde se localiza

Variáveis	Distrito administrativo	
	Cidade Dutra unidade sem-PSF	Arthur Alvim unidade com-PSF
População em 2000 ¹	190.079	111.210
Índice de exclusão	-0,67	-0,49
Chefes de família com renda < 3 sm (%)	46	40
Chefes com < 7 anos de escolaridade (%)	62	56
Homicídios 15 a 24 anos ²	143	96
Domicílios precários (%)	23	50
Área com favela (%)	3	2,85
Mulheres chefes de família sem renda (%)	12	7,0

Fonte: Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo, 2002. ¹IBGE – Censo/2000 ²Óbitos/100.000 habitantes

Quadro 1. Índice de exclusão e algumas variáveis demográficas e socioeconômicas selecionadas, por distrito administrativo.

Tabela 1. Distribuição das crianças estudadas segundo variáveis sócio-demográficas do respondente e econômicas da família, por unidade de saúde. São Paulo, 2003.

Características do respondente	Unidade de saúde		Total	p ¹
	sem-PSF	com-PSF		
Sexo				0,849
Feminino	88 (93,6%)	92 (92,9%)	180 (93,3%)	
Masculino	6 (6,4%)	7 (7,1%)	13 (6,7%)	
Idade (anos)				0,191 ³
Média	28,18	30,79	29,51	
Mediana	28,00	29,00	28,00	
Desvio-padrão	8,33	10,99	9,84	
Relação com a criança				0,305 ²
Pai	6 (6,3%)	5 (5,1%)	11 (5,7%)	
Mãe	83 (87,4%)	80 (80,8%)	163 (84,0%)	
Irmão	1 (1,1%)	1 (1,0%)	2 (1,0%)	
Outros	5 (5,3%)	13 (13,1%)	18 (9,3%)	
Situação conjugal				0,817
Vive com companheiro	76 (79,2%)	76 (76,8%)	152 (77,9%)	
Não vive com companheiro	20 (20,8%)	23 (23,2%)	43 (22,0%)	
Tempo de moradia em São Paulo (anos)				0,338 ³
Média	19,63	21,45	20,59	
Mediana	19,00	21,00	20,00	
Desvio-padrão	10,92	12,43	11,74	
Chefe de família				0,637
Não	63 (67,0%)	66 (70,2%)	129 (68,6%)	
Sim	31 (33,0%)	28 (29,8%)	59 (31,4%)	
Escolaridade (anos de estudo)				0,613
Não estudou	4 (4,2%)	2 (2,0%)	6 (3,1%)	
< 8	42 (44,2%)	41 (41,8%)	83 (43,0%)	
≥ 8	49 (51,6%)	55 (56,1%)	104 (53,9%)	
Inserção no mercado de trabalho				0,335
Não	71 (74,0%)	67 (67,7%)	138 (70,8%)	
Sim	25 (26,0%)	32 (32,3%)	57 (29,2%)	
Renda familiar per capita				0,441
< 1 salário mínimo	20 (20,8%)	13 (13,3%)	33 (17,0%)	
1 a 3 salários mínimos	56 (58,4%)	59 (60,2%)	115 (59,3%)	
≥ 4 salários mínimos	20 (20,8%)	22 (23,2%)	42 (21,6%)	
Nº pessoas que contribuem para a renda				0,342
1 pessoa	65 (67,7%)	57 (58,8%)	122 (63,2%)	
2 pessoas	24 (25,0%)	28 (28,9%)	52 (26,9%)	
3 ou mais pessoas	7 (7,3%)	12 (12,4%)	19 (9,8%)	
Assistência médica suplementar				0,169
Não	82 (85,4%)	77 (77,8%)	159 (81,5%)	
Sim	14 (14,6%)	22 (22,2%)	36 (18,5%)	
Gasto Mensal com saúde (reais)				0,432 ³
Média	79,94	90,15	84,38	
Mediana	50,00	70,00	50,00	
Desvio-padrão	69,55	99,64	83,73	

¹ Teste qui-quadrado ² Teste exato de Fisher ³ Teste Mann-Whitney.

a unidade sem-PSF, apresenta população mais numerosa e índice de exclusão mais acentuado. Essa posição no mapa de exclusão da cidade é confirmada pelas demais variáveis como renda e escolaridade dos chefes de família, taxa de homicídios, áreas com favela e percentual de mulheres chefes de família sem renda, todos com índices mais desfavoráveis em relação aos da população de Artur Alvim, onde se localiza a unidade com-PSF.

A amostra estatisticamente prevista para o projeto maior foi a seleção aleatória de 100 prontuários de crianças de 0 a 5 anos de idade atendidas em cada uma das unidades de saúde, porém os dados deste estudo referem-se a uma amostra de 190 mães/familiares responsáveis, sendo 96 da unidade sem-PSF e 94 da unidade com-PSF. Contou-se com a assessoria do Laboratório de Epidemiologia e Estatística do Instituto Dante Pazzanezi, tanto para o desenho amostral, quanto para a elaboração do

banco de dados e as análises estatísticas.

A coleta dos dados foi feita por entrevista com a mãe ou responsável pela criança, no domicílio, realizado por estudantes de enfermagem, bolsistas de iniciação científica do projeto maior, treinados tanto para a técnica de entrevista quanto para o preenchimento de formulário previamente testado.

A análise dos dados foi feita utilizando-se frequências relativas (percentuais) e absolutas (n) das classes de cada variável qualitativa, especialmente com o intuito de caracterizar a amostra estudada.

As variáveis quantitativas foram analisadas utilizando-se médias e medianas para resumir as informações, além de desvios-padrão e valores mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Para comparar as distribuições de frequência das variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson⁽⁶⁾. Esse teste baseia-se

nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. O teste exato de Fisher foi utilizado nas situações onde os valores esperados foram inferiores a cinco. Em cada tabela de cruzamento dessas variáveis são apresentados os resultados da significância do teste através do valor de p, sendo que, para valores menores do que 0,05 ($p < 0,05$), considerou-se associação estatisticamente significativa entre as variáveis.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes foi utilizado para variáveis quantitativas na comparação de duas médias, nos casos onde a hipótese de normalidade foi violada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se na Tabela 1, dados gerais de caracterização da mãe/responsável pela criança. Analisando-se os dados sócio-econômicos e demográficos dos respondentes, observa-se que mais de 80% eram mães, com faixa etária entre 28 a 30 anos. O tempo médio de residência em São Paulo girava em torno de 20 anos e a maioria, aproximadamente 78%, vivia com companheiro.

Quanto ao nível de escolaridade, cerca de metade possuía 8 anos ou mais de estudo, a maior parte (68,6%) não ocupava posição de chefe da família e mais de 70% não estavam inseridas no mercado de trabalho. Cerca de 60% das famílias possuíam renda familiar per capita entre 1 a 3 salários mínimos e em dois terços delas, apenas uma pessoa da família contribuía para a renda familiar. As famílias referiram gasto médio mensal de R\$ 84,34 com a saúde e a grande maioria das famílias não possuía assistência médica suplementar (81,5%).

No Brasil, os problemas respiratórios, principalmente a pneumonia, causam 22,3% das mortes de crianças de 1 a 4 anos, ocupando o primeiro lugar entre as causas de morte, e compreendendo mais de 50% das causas de internação hospitalar, nessa faixa etária. Nos pronto-socorros e postos de saúde, 30% a 50% das crianças atendidas apresentam algum sintoma respiratório⁽¹⁾.

De cada quatro crianças com problemas respiratórios, três têm apenas resfriados, que embora de menor gravidade, causam mal-estar, pois provocam febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar e inapetência. Até recentemente a pneumonia não era considerada como um problema prioritário, pois se entendia que o controle das infecções respiratórias não merecia muita prioridade, devido às dificuldades inerentes à sua prevenção e tratamento. Hoje em dia, sabe-se que a pneumonia é um

problema muito grave e responsável por muitos óbitos na população infantil, necessitando, por isso, de medidas preventivas eficazes⁽⁵⁾.

Verissimo e Sigaud⁽⁷⁾ propõem, entre as ações de promoção, prevenção e recuperação de crianças com agravos respiratórios, cuidados como aumento da frequência de oferta de líquidos e alimentos servidos às crianças.

A Tabela 2 expressa o grau de conhecimento da mãe e/ou familiares sobre cuidados específicos quando a criança apresenta infecção respiratória aguda e/ou doença diarreica. Analisando-se os dados referentes aos conhecimentos sobre infecção respiratória, percebe-se que proporção similar de respondentes da unidade sem-PSF (48,4%) e com-PSF (45,7%) associam maior oferta de líquidos a infecções respiratórias. Para maior oferta de alimentos, os índices também não diferiram entre as unidades, sendo de 11,6% para a unidade sem-PSF e 7,4% para a unidade com-PSF. Sabe-se que tanto a oferta de alimentos quanto de líquidos é muito importante na recuperação da criança com agravos respiratórios.

Quanto aos conhecimentos maternos em relação à diarreia, os dados apontam que a maioria dos entrevistados de ambas as unidades tem consciência sobre a importância do aumento da oferta de líquidos, 69,1% da unidade sem-PSF e 74,5% da unidade com-PSF. Entretanto, com relação à alimentação, 100% dos respondentes de ambas as unidades ainda associaram a pausa ou dieta alimentar como cuidado que deve ser prestado à criança com diarreia, embora essa conduta seja totalmente superada, do ponto de vista científico. Os dados encontrados mostram que essa prática, cultivada durante muitas décadas pelos serviços de saúde, ainda permanece impregnada na cultura popular, embora as ferramentas para o controle das doenças diarreicas sejam mais conhecidas e mais acessíveis à população⁽⁸⁾.

Estudo de caso-controle da mortalidade infantil pós-neonatal, que analisou entre outras variáveis a tecnologia materna e sua associação com a sobrevivência da criança verificou que a porcentagem de mães do grupo de sobreviventes, que referiu tomar medida adequada diante de um episódio de diarreia da criança, foi significativamente maior em relação ao grupo de óbitos, demonstrando associação positiva entre saber a conduta correta em relação à diarreia e sobrevivência da criança. A pesquisa mostrou ainda, associação significativa entre saber preparar o soro caseiro e a sobrevivência da criança, com odds ratio evidenciando chance de sobrevivência 4,42 vezes, de forma que para os autores, fatores reprodutivos, culturais, de conhecimento e de tecnologia materna associam-se com a sobrevivência das crianças⁽⁹⁾.

Tabela 2. Distribuição das crianças estudadas segundo práticas dos familiares, relacionadas ao tratamento da criança doente, por unidade de saúde. São Paulo, 2003.

Variáveis	Unidade de Saúde		Total	P ¹
	sem-PSF	com-PSF		
<i>Em caso de IRA dar à criança</i>				0,906
Menor quantidade de líquido	5 (5,3%)	6 (6,4%)	11 (5,8%)	
Mesma quantidade de líquido	44 (46,3%)	45 (47,9%)	89 (47,1%)	
Maior quantidade de líquido	46 (48,4%)	43 (45,7%)	89 (47,1%)	
<i>Em caso de IRA dar à criança</i>				0,377
Menor quantidade de alimentos	15 (15,8%)	21 (22,3%)	36 (19,0%)	
Mesma quantidade de alimentos	69 (72,6%)	66 (70,2%)	135 (71,4%)	
Maior quantidade de alimentos	11 (11,6%)	7 (7,4%)	18 (9,5%)	
<i>Em caso de diarreia dar à criança</i>				0,605 ²
Menor quantidade de líquido	4 (4,3%)	5 (5,3%)	9 (4,8%)	
Mesma quantidade de líquido	25 (26,6%)	19 (20,2%)	44 (23,4%)	
Maior quantidade de líquido	65 (69,1%)	70 (74,5%)	135 (71,8%)	
<i>Em caso de diarreia dar à criança</i>				
Menor quantidade de alimentos	96 (100,0%)	91(100,0%)	187 (100%)	
Mesma quantidade de alimentos	-	-	-	
Maior quantidade de alimentos	-	-	-	

¹ Teste Qui-Quadrado ² Teste exato de Fisher.

Estudo multicêntrico que buscou avaliar se profissionais com e sem treinamento na estratégia AIDPI apresentavam diferença no cuidado prestado à criança, constatou que no grupo de profissionais treinados, mais cuidadores eram melhor aconselhados a dar fluido extra à criança doente, ministrar corretamente a medicação oral e reconhecer sinais e sintomas para retorno imediato ao serviço de saúde, indicando que as regiões brasileiras que ainda não implementaram a estratégia AIDPI devem ser incentivadas a adotá-la⁽¹⁰⁾.

O mesmo estudo mostrou que enfermeiros treinados em AIDPI tinham desempenho tão bom quanto e às vezes melhor do que médicos treinados na estratégia⁽¹⁰⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No PSF, há um dimensionamento diferenciado da enfermeira na equipe de saúde, uma para cada 4 mil habitantes, enquanto no modelo hegemônico, a proporção preconizada é de uma para cada 20 mil habitantes. Considerando que a área específica de conhecimento da enfermagem é mais centrada no cuidado, pressupõe-se que a prática da enfermagem no PSF permita a aplicabilidade da concepção e dos eixos fundamentais do programa, como o desenvolvimento de ações de educação em saúde⁽¹¹⁾.

Entretanto, os dados do presente estudo apontaram que o efeito da ação dos serviços sobre o conhecimento e o cuidado materno ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada. Quanto à abordagem

utilizada no enfrentamento dos problemas de saúde referidos no estudo, observa-se que o grau de conhecimento da mãe/familiares sobre cuidados específicos quando a criança apresenta infecção respiratória aguda e/ou doença diarreica é semelhante nos dois modelos assistenciais. Com relação à diarreia, ainda persistem conhecimentos superados do ponto de vista científico. Os resultados mostraram a necessidade de desenvolver ações de educação em saúde em níveis mais próximos da população, ou aperfeiçoá-las, no caso da unidade com-PSF, cujos profissionais são treinados na estratégia AIDPI.

É preciso compreender a importância da ação educativa como um componente de impacto, não só na mudança do perfil de morbimortalidade, mas também em direção à construção da cidadania como elemento emancipatório. Nessa perspectiva, cabe uma reflexão acerca da formação dos profissionais de saúde que ainda tem sido centrada na formação de especialistas, com visão voltada para o velho modelo biomédico-biologicista, com enfoque curativo e orientado para a atenção individual. Muitos projetos sustentados pela visão do processo saúde-doença como determinação econômico-social e cultural têm surgido, porém a maioria das escolas ainda tem introjetada em seus projetos pedagógicos, a racionalidade científica ancorada na concepção mecanicista. Esse modelo resulta em um determinado perfil profissional que não contempla os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o enfrentamento dos desafios implícitos ao atual sistema de saúde. Portanto, a transformação deve incluir a mudança do perfil profissional nas escolas e nos serviços^(12,13).

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção Integrada à Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://www.Saude.gov.br/sps/areas/tecnicas/scricao>.
2. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Informações sobre Mortalidade - Pro-AIM. São Paulo (SP): Secretaria de Saúde; 2002.
3. Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI): considerações sobre o processo de implantação. Rev IMIP 2000; 14(1):24-31.
4. Cunha AJLA, Silva, MAFS, Amaral JJF. A estratégia de "Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI" e sua implantação no Brasil. Rev Pediatr Ceará 2001; 2(1):33-8.
5. Benguigui Y. Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 1997.
6. Siegel S, Castellan Junior NJ. Nonparametric statistics: for the behavioral sciences. 2nd ed. Boston (PA): McGraw-Hill; 1988.
7. Veríssimo MLOR, Sigaud CHS. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS). Manual de enfermagem. Brasília (DF): MS/USP; 2001. p. 95-98.
8. Grisi S, Sucupira AC. Diarreia Aguda e Persistente. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de condutas médicas. Brasília (DF): MS/USP; 2001. p. 246-51.
9. Burihan PCPR, Sigulem DM, Juliano Y, Novo NF, Cury MCFS. Desviantes positivos de saúde para a sobrevivência: um estudo de caso-controle da mortalidade infantil pós-neonatal. Rev Paul Pediatr 2002; 20(2): 78-83.
10. Amaral J, Goww E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CV. Effect of integrated management of childhood illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. Cad Saúde Publ 2004; Sup 2: S209-S219.
11. Sousa MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enferm 2000; 53(esp): 25-30.
12. Luz M. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro (RJ): Campus; 1988.
13. Souza HM. Saúde da família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo (SP): Sobravime/Cealag; 2002.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Dr^a Tâmara I. Cianciarullo, coordenadora principal do projeto, pesquisadores e profissionais das unidades de saúde estudadas pela disponibilidade e às acadêmicas de enfermagem da Universidade Santo Amaro e da Faculdade Santa Marcelina pela participação na coleta dos dados.