

Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem¹

Elizabeth Fujimori²

Cynthia Hiroko Higuchi³

Emília Gallindo Cursino⁴

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo⁵

Ana Luiza Vilela Borges⁵

Débora Falleiros de Mello⁶

Lucila Castanheira Nascimento⁶

Verónica Behn⁷

Lynda Law Wilson⁸

Objetivo: descrever e analisar o ensino da Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, praticado na graduação em enfermagem no Brasil. Método: estudo transversal que integrou pesquisa internacional. Foram convidados a acessar o questionário eletrônico 571 cursos de graduação identificados no país. A coleta de dados foi realizada de maio a outubro de 2010. Resultados: responderam ao questionário 142 cursos, sendo $\frac{3}{4}$ (três quartos) privados, com algumas diferenças do ensino entre as instituições públicas e privadas. A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância integrava o conteúdo teórico de 64% dos cursos e o conteúdo prático de 50%. Unidades básicas de saúde eram os locais mais usados para ensino prático. O módulo tratamento era o menos ensinado e poucos cursos possuíam os manuais da estratégia. Todos utilizavam provas para avaliação, mas a participação em aulas era mais considerada nas privadas. Houve diferença somente quanto à capacitação docente na estratégia, com maioria nas instituições públicas. Conclusão: apesar da relevância da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no cuidado à criança, seu conteúdo não é abordado em todos os cursos de graduação e constatam-se falta de capacitação docente e de material didático.

Descritores: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância; Saúde da Criança; Enfermagem; Educação Superior.

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 479475/2010-5.

² PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³ Aluna do curso de Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Bolsista de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq).

⁴ PhD, Professor Adjunto, Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷ MSc, Professor Titular, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

⁸ PhD, Professor, School of Nursing, University of Alabama, Birmingham, Estados Unidos.

Endereço para correspondência:

Elizabeth Fujimori

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira César

CEP: 05403-000, São Paulo, SP, Brasil

E-mail: efujimor@usp.br

Introdução

A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) foi proposta na década de 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), para fazer frente aos alarmantes índices de morbimortalidade infantil. No Brasil, a AIDPI foi introduzida oficialmente em 1996⁽¹⁾.

A estratégia consiste em um conjunto de critérios para avaliar, classificar e tratar as doenças prevalentes que podem evoluir para quadros graves e levar à morte crianças menores de cinco anos. A proposta da AIDPI não é a de estabelecer diagnóstico, mas avaliar sistemática e integradamente sinais clínicos preditivos positivos que definem a necessidade de se introduzir tratamento na atenção primária e no domicílio, ou o encaminhamento adequado para uma unidade de maior densidade tecnológica, envolvendo as famílias com enfoque altamente efetivo, que integra ações curativas, de prevenção e promoção da saúde⁽²⁾.

Assim, a estratégia reforça o conceito de integralidade e fortalece a capacidade de planejamento e resolução dos problemas no nível primário de atenção, disponibilizando ferramentas mais apropriadas para lidar com os agravos prevalentes na infância⁽²⁾.

O Ministério da Saúde brasileiro⁽³⁾ considera relevante a inserção da estratégia AIDPI no conteúdo programático dos currículos de medicina e enfermagem, com vistas a formar profissionais competentes para a atenção à criança, no contexto da atenção primária, família e comunidade. Dessa forma, a partir de 1998, passou a estimular a inclusão da estratégia AIDPI na formação de médicos e enfermeiros⁽⁴⁾.

Estudos sobre a inserção da estratégia no ensino de pediatria em escolas de medicina evidenciaram boa aceitação por parte dos alunos e melhora dos conhecimentos acerca da saúde infantil⁽⁵⁻⁸⁾. No campo clínico, observou-se melhoria da qualidade da assistência como efeito da capacitação dos profissionais em AIDPI⁽⁹⁾. Apesar disso, no caso da enfermagem, apenas 37% de docentes de 140 escolas de 16 países da América Latina tinham capacitação na estratégia dez anos atrás⁽¹⁰⁾.

No presente meio de divulgação científica, publicações recentes destacam a importância do desenvolvimento de padrões globais de educação em enfermagem para o fortalecimento dessa área. Para tanto, os cursos devem

formar graduandos culturalmente competentes, que compreendam os determinantes sociais da saúde, tenham capacidade para a prática e atendam as necessidades de saúde da população⁽¹¹⁾. Análise do ensino da educação em saúde, em cursos de graduação em enfermagem, constatou, no entanto, ensino ainda vinculado ao modelo biomédico, com concepções de educação crítica e práticas educativas 'populares' escassas por deficiente formação político-social dos docentes⁽¹²⁾. O tema da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância é abordado em relação aos benefícios para o cuidado da criança, com enfoque nos cuidadores⁽¹³⁾, porém, não há estudos atualizados sobre o ensino dessa estratégia na enfermagem, de forma que o presente estudo contribui para a reflexão sobre a temática.

Considerando a importância da AIDPI para a melhoria da saúde infantil, a OPS continua a estimular os governos dos países latino-americanos a incorporarem essa estratégia em seus programas de saúde e na formação dos profissionais. Para concretizar essa proposição, desenvolveu um manual para apoiar o seu ensino nos cursos de graduação em enfermagem, divulgado na versão em espanhol, no segundo semestre de 2009*. Simultaneamente, propôs à *Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil* (Red ENSI) avaliar o ensino de saúde infantil na formação dos enfermeiros, com vistas a identificar a situação de incorporação da estratégia AIDPI nos cursos de graduação em enfermagem⁽¹⁴⁾, antes da disseminação do manual, para analisar seu efeito, posteriormente. A Red ENSI congrega pesquisadores e profissionais de enfermagem de diversos países**, expertos no cuidado e ensino em saúde da criança. É ela também a responsável pela coordenação do estudo multicêntrico intitulado "O ensino do cuidado das doenças prevalentes na infância em escolas e faculdades de enfermagem da América Latina e do Caribe".

Este estudo compõe a etapa brasileira da investigação e, portanto, é parte de uma pesquisa multicêntrica, com cooperação estrangeira. Seu objetivo geral foi descrever e analisar o ensino da AIDPI nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil.

Métodos

Pesquisa de abordagem quantitativa e descritiva, do tipo transversal, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (nº825/2009/

* <http://www.bvsde.paho.org/texcom/AIEPI/AIEPIClinico.pdf>

** Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Espanha, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Peru, Porto Rico, Portugal, República Dominicana, Uruguai, Venezuela.

CEP-EEUSP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer Conep nº15531).

A população de estudo incluiu todos os cursos de graduação em enfermagem do Brasil. O *site* do Ministério da Educação indicava, em 2009*, o registro de 782 cursos, porém, a atualização dos endereços eletrônicos, mediante busca virtual e contatos telefônicos, resultou no total de 571, os quais foram convidados via *e-mail* para participar da pesquisa. Todos os *campi* de uma mesma instituição foram considerados, em face da possibilidade de que a matriz curricular ou os programas disciplinares pudessem ser diferentes.

O convite incluiu uma breve explicação do objetivo do estudo e o *link* de acesso ao servidor *SurveyMonkey* que hospedava o questionário. Solicitou-se ao dirigente o redirecionamento da mensagem para o responsável pelo ensino da saúde da criança. A participação foi voluntária, confirmada mediante aceitação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com garantia tanto de anonimato da instituição como de confidencialidade.

O instrumento estruturado e autorreferido usado para a coleta de dados foi construído, inicialmente, na língua espanhola, com base na literatura da área e experiência dos membros da Red ENSI. Foi traduzido para o português do Brasil pelos autores e retrotraduzido por profissional com domínio da língua espanhola e portuguesa brasileira que desconhecia o instrumento original e os detalhes da pesquisa. Após o confronto entre as duas versões e o consenso final da versão brasileira, o instrumento foi convertido em questionário para acesso *online* dos participantes, por meio do *website SurveyMonkey***. O instrumento foi composto por dados de identificação e formação acadêmica da instituição; caracterização do ensino da atenção à saúde infantil a menores de 5 anos; antecedentes do ensino da estratégia AIDPI e espaço destinado a comentários e esclarecimentos quanto ao preenchimento do instrumento.

A coleta de dados foi realizada entre maio e outubro de 2010. Mensagens com lembretes acerca da pesquisa foram enviadas a cada 15 dias, por período de 45 dias. Do total, 253 instituições iniciaram o preenchimento e 142 o concluíram (24,9% do total).

Os dados foram captados do *SurveyMonkey* em planilhas do programa Excel e analisados com uso do *software Statistical Package for Social Science (SPSS®*,

versão 15.0). Para a análise descritiva, foram construídas tabelas de frequências por meio de números absolutos, proporções, valores mínimos e máximos, médias e desvio-padrão. Compararam-se instituições públicas *versus* privadas, que incluíram as "filantrópicas", "mistas" e "outras", utilizando-se teste exato de Fisher para variáveis categóricas e teste t para variáveis contínuas, ambas com nível de 5% de significância.

Resultados

A Tabela 1 apresenta o total das instituições contatadas por região (N) e o número de instituições respondentes (n). Proporcionalmente, houve maior participação de instituições da Região Sul, seguida das Regiões Sudeste e Centro-Oeste. Mais de $\frac{3}{4}$ (três quartos) das instituições respondentes eram privadas, a maioria concedia o título de bacharel em enfermagem (69,0%) e tinha cursos com mais de 4.000 horas (55,6%).

Tabela 1 - Distribuição do número de cursos de graduação em enfermagem contatados e as respostas obtidas, por Região. Brasil, 2010

Regiões brasileiras	Cursos de graduação em enfermagem		
	N	n	%
Sul	101	37	36,6
Sudeste	251	63	25,1
Centro-Oeste	64	16	25,0
Nordeste	122	24	19,7
Norte	33	2	6,0
Total	571	142	100,0

Apresentam-se, nas Tabelas 2 a 4, os resultados obtidos, comparando-se os tipos de instituição, públicas e privadas, com o total de instituições respondentes (N) e as respostas obtidas em cada item (n). O conteúdo teórico da AIDPI estava incorporado ao currículo de 64,1% dos cursos, sem diferença estatística entre instituições públicas e privadas. Igualmente, não houve diferença em relação às estratégias de ensino utilizadas, em que predominaram aulas teóricas (100,0%), seguidas de estudos de caso (97,0%). Como estratégia de avaliação, todas usavam prova teórica, mas houve diferença quanto à participação em aulas teóricas, mais considerada nas instituições privadas (Tabela 2).

* <http://emec.mec.gov.br>

** <http://www.surveymonkey.com>

Tabela 2 - Caracterização do ensino teórico da AIDPI, quanto a estratégias de ensino e de avaliação, nas instituições públicas e privadas. Brasil, 2010

Ensino teórico	Instituições públicas			Instituições privadas			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Incorporação da AIDPI	33	23	69,7	98	61	62,2	131	84	64,1
Estratégia de ensino									
Aulas teóricas	22	22	100,0	60	60	100,0	82	82	100,0
Estudos de caso	17	16	94,1	53	52	98,1	70	68	97,1
Busca bibliográfica	16	14	87,5	47	39	83,0	63	53	84,1
Estudo em grupo	14	11	78,6	52	44	84,6	66	55	83,3
Estudo individual	14	11	78,6	44	36	81,8	58	47	81,0
Seminários	11	7	63,6	46	35	76,1	57	42	73,7
Vídeos	14	10	71,4	48	33	68,8	62	43	69,4
Estratégias de avaliação									
Prova teórica	19	19	100,0	54	54	100,0	73	73	100,0
Participação em aulas teóricas*	17	14	82,4	55	55	100,0	72	69	95,8
Estudos de caso	18	16	88,9	56	53	94,6	74	69	93,2
Trabalho em grupo	15	11	73,3	51	47	92,2	66	58	87,9
Trabalho individual	11	9	81,8	48	38	79,2	59	47	79,7

*p<0,05 (teste exato de Fisher)

As características do ensino prático da AIDPI são apresentadas na Tabela 3. Esse ensino ocorria somente em metade dos cursos estudados, sem diferença estatística entre as instituições, exceto quanto à classificação dos problemas de saúde da criança, referida mais pelas privadas. As ações de avaliação geral da criança, perguntas ao cuidador sobre a saúde da criança, orientação sobre cuidados gerais e orientação sobre

tratamento foram igualmente referidas. A realização do tratamento foi a atividade menos referida. As unidades de atenção primária eram os locais mais utilizados para o ensino prático, seguidas por hospitais e creches ou pré-escolas, sendo essas últimas mais utilizadas pelas instituições privadas. Interação na prática e participação foram referidas como estratégias de avaliação (Tabela 3).

Tabela 3 - Caracterização do ensino prático da AIDPI, quanto à ocorrência, atividades desenvolvidas, locais de ensino e estratégias de avaliação, nas instituições públicas e privadas. Brasil, 2010

Ensino prático	Instituições públicas			Instituições privadas			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Incorporação da AIDPI	32	18	56,3	93	45	48,4	125	63	50,4
Atividades práticas									
Avaliação geral	18	18	100,0	44	44	100,0	62	62	100,0
Perguntas ao cuidador	18	18	100,0	44	44	100,0	62	62	100,0
Orientação sobre cuidados gerais	17	17	100,0	44	44	100,0	61	61	100,0
Orientação do tratamento	17	17	100,0	42	41	97,6	59	58	98,3
Classificação dos problemas*	17	14	82,4	44	44	100,0	61	58	95,1
Determinação do tratamento	17	15	88,2	41	30	73,2	58	45	77,6
Realização do tratamento	16	9	56,3	40	29	72,5	56	38	67,9
Locais de ensino									
Unidades de Saúde da Família	16	16	100,0	43	39	90,7	59	55	93,2
Unidades Básicas de Saúde	16	15	93,8	39	36	92,3	55	51	92,7
Hospitais	11	9	81,8	37	35	94,6	49	40	81,6
Creche ou pré-escola*	12	7	58,3	37	33	89,2	49	40	81,6
Domicílios	12	10	83,3	36	27	75,0	48	37	77,1
Ambulatórios	12	8	66,7	31	20	64,5	43	28	65,1
Centros de referência	8	3	37,5	30	20	66,7	38	23	60,5
Pronto atendimento	11	5	45,5	28	15	53,6	39	20	51,3
Centros comunitários	8	2	25,0	30	17	56,7	38	19	50,0

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Ensino prático	Instituições públicas			Instituições privadas			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Estratégias de avaliação									
Participação em atividades práticas	18	17	94,4	54	50	92,6	72	67	93,1
Interação dos alunos na prática	15	15	100,0	53	47	88,7	68	62	91,2

* $p < 0,05$ (teste exato de Fisher)

A carga horária destinada ao ensino teórico da AIDPI variou de 2 a 90h, com média de 24,9h e, para o ensino prático, de 4 a 335h, com média de 42h. As variações mínimas e máximas foram muito amplas e sem diferença entre as instituições públicas e privadas.

Constata-se, na Tabela 4, que somente 39,4% das instituições contavam com docentes capacitados, com diferença estatisticamente significativa entre as

instituições públicas e privadas. Pequeno número de cursos contava com instrutor capacitado para o ensino prático (14,3%) e poucos possuíam manuais para o ensino da AIDPI disponíveis para os estudantes nas bibliotecas (28,7%); quase a totalidade manifestou interesse em receber o Manual Clínico para o ensino da estratégia AIDPI em enfermagem.

Tabela 4 - Caracterização dos recursos disponíveis para o ensino da AIDPI, nas instituições públicas e privadas. Brasil, 2010

Caracterização dos recursos	Instituições públicas			Instituições privadas			Total		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Tem docente capacitado*	33	21	63,6	104	33	31,7	137	54	39,4
Instrutor capacitado (campo)	32	4	12,5	101	15	14,8	133	19	14,3
Há manual da AIDPI nas bibliotecas	31	8	25,8	98	29	29,6	129	37	28,7
Docente pesquisando sobre saúde infantil	33	15	45,4	104	39	35,7	137	54	39,4
Interesse no manual	32	32	100,0	105	103	98,0	137	135	98,5

* $p < 0,05$ (teste exato de Fisher)

Discussão

Pesquisas que usam internet para a coleta dos dados comparam-se àquelas enviadas por correio, de forma que a taxa de retorno é similar àquela obtida via postal. Há quem afirme que pesquisas virtuais possuem índice de resposta que varia de 15 a 29%⁽¹⁵⁾. Assim, a taxa de retorno obtida no presente estudo (25%), apesar de parecer baixa, representa um percentual esperado. Entretanto, ainda que se considere que a internet oportuniza uma forma de coleta de dados não limitada pelas restrições de tempo, custo e distância, o baixo número de respostas constitui limitação, e é com esse olhar que os resultados devem ser interpretados.

A estratégia AIDPI é fundamental para a formação do aluno de enfermagem, por possibilitar a integração de práticas da atenção integral à saúde da criança a um só tempo, tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios e na comunidade, fortalecendo as práticas de promoção à saúde infantil e prevenção de agravos⁽¹⁶⁾, qualificadas como atitude empática e comunicativa dos profissionais com os cuidadores da criança, contribuindo

para a efetiva integração entre a sabedoria prática e a técnico-científica⁽¹³⁾. Neste estudo, contudo, constatou-se sua incorporação teórica apenas em 2/3 (dois terços) dos cursos de graduação pesquisados, tanto públicos quanto privados, apesar de suas potencialidades e do tempo decorrido desde o início da recomendação do Ministério de Saúde brasileiro para tal incorporação.

Observou-se predomínio de métodos tradicionais de ensino na totalidade dos cursos, como aulas teóricas. Por outro lado, também foi bastante citado o estudo de caso, que é um método mais ativo, pois possibilita colocar o aluno frente a uma situação similar à realidade, possibilitando-lhe realizar análise diagnóstica do problema, buscar informações para o encaminhamento da situação-problema, aplicar conhecimentos necessários e integrar teoria e prática, preparando-o para enfrentar situações complexas e contextualizadas⁽¹⁷⁾.

A metodologia proposta pela estratégia AIDPI tem implícita a pedagogia problematizadora, ao propor que, a partir da identificação dos sinais clínicos, se aprofundem as leituras teóricas que explicam as razões técnicas para incorporação daquele sinal na definição do quadro

clínico, partindo-se de situação de menor para maior complexidade⁽¹⁸⁾.

O vídeo foi a estratégia menos utilizada no ensino da AIDPI; porém, segundo egressos de graduação em enfermagem⁽¹⁹⁾ e de medicina⁽⁶⁾, essa é uma estratégia "muito útil", que deve ser mantida como recurso pedagógico, pois ajuda na consolidação do aprendizado e favorece a aplicação do conhecimento na prática profissional.

Cabe destacar que as atividades de ensino prático da AIDPI estavam presentes apenas em metade dos cursos estudados, o que fragiliza a aprendizagem, no caso dos cursos em que há somente atividades teóricas. Quanto às ações realizadas na prática, os resultados obtidos reiteram estudo anterior com egressos de enfermagem, em que cerca de metade utilizava "raramente ou nunca" o módulo "tratar a criança"⁽²⁰⁾. O fato de esse conteúdo ser pouco abordado na formação pode se somar às dificuldades relatadas por profissionais em aplicar o módulo de tratamento em sua prática, por restrições explícitas à prescrição de medicamentos por enfermeiros, além da precária inserção da estratégia nos serviços de saúde⁽¹⁹⁾, levando a um círculo em que o profissional, pouco preparado para realizar essa ação, não se sente capaz de fazer frente às restrições que encontra no mundo do trabalho.

As unidades de saúde da família e as unidades básicas de saúde foram os campos de estágio mais referidos para o ensino prático da estratégia AIDPI, dada sua base na atenção primária. Assim, sua implantação inicial deu-se prioritariamente nos municípios que tinham a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde⁽¹⁾. De fato, a incorporação da AIDPI na atenção básica é fundamental para favorecer sua inclusão efetiva nos currículos de graduação de enfermagem e medicina, uma vez que é esse o cenário de formação desses profissionais. Contudo, não foi especificado no estudo se as unidades onde os alunos realizavam sua aprendizagem prática adotavam a estratégia AIDPI, e se deve ter em mente que a não utilização da AIDPI, na maioria das instituições públicas de atenção primária, se coloca como importante entrave para a sua real incorporação no cuidado à criança na atenção básica⁽¹⁸⁾.

O hospital também foi um campo de ensino/aprendizagem bastante utilizado nos cursos de graduação em enfermagem investigados, com percentual similar ao encontrado em escolas e faculdades de enfermagem da América Latina⁽¹⁰⁾, pois é um recurso útil por concentrar maior número de crianças com sinais de gravidade das doenças prevalentes, e possibilitar aos estudantes refletir sobre a resolubilidade da atenção primária.

A aprendizagem da estratégia AIDPI envolve não apenas a capacidade de o aluno memorizar, o que se avalia em provas teóricas, como referido majoritariamente pelos cursos, mas, também, sua capacidade de compreender e utilizar o que aprendeu em situações da prática. Assim, a metodologia deve avaliar tanto a aquisição de conhecimentos como as habilidades motoras, relacionais e intelectuais dos alunos, o que pode estar sendo considerado, uma vez que também houve relatos de outras estratégias de avaliação⁽¹⁷⁾.

Merece destaque a média total de docentes capacitados (39,4%), praticamente o mesmo índice (37%) verificado no período de 2001-2002⁽¹⁰⁾, portanto, sem avanços na capacitação de docentes em quase uma década, situação que interfere na decisão de incluir ou não o conteúdo da estratégia AIDPI no currículo de enfermagem, e que pode comprometer a qualidade do ensino e da incorporação da estratégia na prática profissional.

É importante considerar também a diferença estatística de docentes capacitados na estratégia: a maior proporção de docentes capacitados nas instituições públicas poderia ter garantido maior incorporação da AIDPI no ensino teórico e prático, o que não ocorreu.

Há considerações sobre resistência inicial de docentes de enfermagem e de medicina, para a incorporação da AIDPI nos currículos, por considerarem a estratégia simplista e prejudicial à tecnologia diagnóstica⁽¹⁸⁾. Com a criação dos Centros de Referência Nacional em Saúde da Criança (CRNS-Criança) pelo Ministério da Saúde brasileiro, que incentivaram a capacitação de docentes e reforçaram a importância de formar os alunos durante a graduação, constataram-se mudanças em algumas instituições, com o adensamento na temática e compreensão da complexidade teórica que embasa a estratégia AIDPI⁽¹⁸⁾, indicando que sua continuidade pode influenciar esse cenário.

O número restrito de instrutores de enfermagem capacitados no campo, além de dificultar o processo de ensino, pode explicar a não utilização da AIDPI na assistência à saúde da criança. O desconhecimento da estratégia por parte dos profissionais de saúde, que implica a falta de suporte aos colegas que querem adotá-la no trabalho, tem sido identificado como importante barreira para a efetiva implantação da AIDPI^(19,21).

Segundo o Ministério da Saúde⁽³⁾, em 2002, todos os Estados do Brasil já contavam com multiplicadores capacitados. Entretanto, um ano depois, houve diminuição significativa nas capacitações da AIDPI, paralelamente à redefinição de prioridades do Ministério da Saúde brasileiro⁽²²⁾. Assim, a estratégia tem passado por dificuldades no que tange ao processo de capacitação de profissionais e docentes.

De forma geral, na maioria das vezes, a capacitação ocorre em cursos presenciais, teórico-práticos, de elevada carga horária, o que dificulta a participação dos profissionais, além do elevado custo para as instituições. No Peru, desde 2008, a estratégia AIDPI ganhou espaço virtual com a incorporação e adaptação do curso clínico ao *software* ICATT (*IMCI Computerized Adaptation and Training Tool*)⁽²³⁾. A capacitação com uso desse *software*, mostrou que a utilização dessa ferramenta, além de capacitar número maior de participantes, reduziu em 50% os custos das capacitações⁽²⁴⁾, o que também se verificou no Kenia e em Uganda⁽²⁵⁾, indicando caminhos alternativos para aumentar o número de docentes e profissionais capacitados no país.

Outro aspecto relacionado à não incorporação do ensino da AIDPI nos cursos de graduação é a insuficiência de material instrucional, como verificado neste estudo. Embora o Ministério da Saúde brasileiro tenha disponibilizado o material *online*, nem todos os alunos têm um computador para acessar o material. Além disso, outra barreira para o ensino da estratégia AIDPI, durante a graduação, refere-se ao formato do material, elaborado para profissionais e não para estudantes⁽¹⁸⁾. Assim, constatam-se a importância e a necessidade da versão em português do “Manual Clínico para o Ensino da AIDPI em Enfermagem”, ora disponível apenas na língua espanhola.

Justifica-se, pois, o elevado percentual de respostas indicando interesse em receber o manual clínico, especialmente destinado ao ensino da estratégia AIDPI, em escolas de enfermagem. Certamente, a tradução para o português e sua ampla divulgação será um grande passo para a incorporação da AIDPI nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil, com vistas à formação de profissionais para trabalhar com o modelo assistencial preconizado pela estratégia e para atuarem com práticas eficazes na atenção primária à saúde da criança.

Este estudo analisou pontos relevantes para o ensino da AIDPI, cabendo ressaltar lacunas no avanço de estratégias didáticas para que seus princípios sejam incorporados na formação dos graduandos em enfermagem. Aspectos que merecem ser explorados em outras pesquisas sobre o ensino da atenção à criança.

Conclusões

Esta investigação sobre o ensino da estratégia AIDPI mostrou que seu conteúdo teórico está inserido em 2/3 (dois terços) dos cursos de graduação em enfermagem, com ensino prático em apenas metade dos cursos brasileiros investigados. De modo geral, não há diferença na carga horária, estratégias didáticas e de

avaliação do ensino da AIDPI entre instituições públicas e privadas, mas é menor o número de docentes capacitados nas escolas privadas, o que pode acarretar a qualidade precária do ensino. O interesse em receber o Manual Clínico para o Ensino da Enfermagem sobre a estratégia evidencia a falta de material didático apropriado para o ensino de graduação, indicando que sua tradução poderá contribuir, em muito, para a sua inserção e maior adesão na formação inicial do enfermeiro.

Agradecimentos

A Natália de Castro Nascimento e Renata Luciria Monteiro pela contribuição na coleta dos dados.

Referências

1. Felisberto E, Carvalho EF, Samico I. Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Considerações sobre o processo de implantação. *Revista IMIP* 2000;14(1):24-31.
2. Benguigui Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): An innovative vision for child health care. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2001;1(3):223-36.
3. Ministério da Saúde (BR). AIDPI. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução - módulo 1. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev., 1.ª reimpressão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
4. Cunha JLA, Silva MAFS, Amaral JF. 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. Bringel GM, Oliveira AFC. Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Ensino de Pediatria. *Rev bras Ciências Saúde* 2002;6(3):291-8.
6. Paixão AC, Barreto ES, Amaral JJF. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o ensino da pediatria na Universidade Federal de Sergipe. *Rev Pediatr Ceará* 2003;4(1):51-4.
7. Souza ELS, Barreto MRR, Nunes GR, Carvalho IFS, Souza SLF. Avaliação de alunos de graduação em Medicina após treinamento na estratégia AIDPI. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2005;4(1):7-14.
8. Abdelrahman SH, Alfadil SM. Introducing the IMCI community component into the curriculum of the faculty of medicine of the University of Gezira. *East Mediterr health j*. 2008;14(3):731-41.
9. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood

- Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(Suppl 2):209-19.
10. Benguigui Y, Malvarez S, Obregón R. La enseñanza de la salud infantil en las escuelas y facultades de enfermería de América Latina. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2005.
11. Wilson LL. Capacitando enfermeiros para o cuidado em saúde global. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(6):1-2.
12. Almeida AH, Soares CB. Educação em saúde: análise do ensino na graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(3):614-21.
13. Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. *Rev Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(1):203-11.
14. Harrison L, Montenegro G, Malvarez S, Astudillo M, Behn V, Bertolozzi MR, et al. The network for nursing in child health. *Pediatr Nurs*. 2008;34(2):113-6.
15. Comley P. Pop-up surveys: what works, what doesn't work and what will work in the future. *Net Effects* [internet]. 2000 [acesso em: 06 nov 2012];3. Disponível em: <http://www.websm.org/db/12/813/rec/>
16. Veríssimo MLOR, Mello DF, Bertolozzi MR, Chiesa AM, Sigaud CHS, Fujimori E, et al. A formação do enfermeiro e a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(4):396-400.
17. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003. 48 p.
18. Cabral IE, Rodrigues EC. O ensino da AIDPI na enfermagem. In: Cunha ALAS, Benguigui Y, Silva MASF. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. implantação e avaliação no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 187-203.
19. Higuchi CH, Fujimori E, Cursino EG, Chiesa AM, Veríssimo MLÓR, Mello DF. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2011;32(2):241-7.
20. Fujimori E, Higuchi CH, Carneiro TAB, Borges ALV, Chiesa AM, Veríssimo MLÓR, et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Knowledge and practice of nurses who have graduated from school of nursing at University of São Paulo-a case study. *Online braz j nurs*. [internet]. 2010 [acesso: 12 mai 2010];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2657/589>
21. Horwood C, Voce A, Vermaak K, Rollins N, Qazi S. Experiences of training and implementation of integrated management of childhood illness-IMCI in South Africa: a qualitative evaluation of the IMCI case management training course. *BMC Pediatr*. [internet] 2009. [acesso em: 27 jul 2010]; 9:62. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/62>
22. Amorim DG, Adam T, Amaral JJF, Gouws E, Bryce J, Victora CG. Integrated Management of Childhood Illness efficiency of primary health in Northeast Brazil. *Rev Saúde Públ*. 2008;42(2):183-90.
23. Huamán D, Dávila M. La estrategia AIEPI se consolida en el Perú: AIEPI Perú lo más buscado y visitado en el sitio Web de la OPS/OMS Perú. *PAHO Bulletins* [internet] 2011. [acesso: 25 jan 2012];20(7). Disponível em: http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=986&Itemid=308
24. Durand CU. La Enseñanza Aprendizaje de AIEPI Clínico con la herramienta AIEPI ICATT (IMCI Computerized and Training Tool) en la Región Junín, Perú 2010. *PAHO Bulletins* [internet]. 2011 [acesso: 25 jan 2012];20(5). Disponível em: http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=com_content&task=view&id=988&Itemid=308
25. Sotomayor CP. AIEPI y el uso de las TICs: Mejorando los conocimientos del personal de salud en AIEPI clínico, a través del uso del software ICATT y las TICs, en establecimientos de salud de la Región Ucayali, Perú. *PAHO Bulletins* [internet]. 2011 [acesso: 25 jan 2012]; 20(3). Disponível em: <http://new.paho.org/bulletins/index.php?option=>

Recebido: 19.8.2012

Aceito: 14.2.2013

Como citar este artigo:

Fujimori E, Higuchi CH, Cursino EG, Veríssimo MLÓR, Borges ALV, Mello DF, et al. Ensino da estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância na graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2013 [acesso em: / /];21(3):[08 telas]. Disponível em: _____

dia | ano
mês abreviado com ponto

URL