

## Parte I - Experiências de Implantação e Avaliação

### 4. Avaliação da Aplicação da AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde

Suely Arruda Vidal  
Eroneide Valéria da Silva  
Maria da Graça Oliveira  
Ana Maria Siqueira  
Eronildo Felisberto  
Isabella Samico  
Maria das Graças Santos Cavalcante

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VIDAL, S.A., *et al.* Avaliação da Aplicação da AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 95-110. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0005](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0005). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.

---



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# AVALIAÇÃO DA APLICAÇÃO DA AIDPI POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

# 4

---

*Suely Arruda Vidal*

*Eroneide Valéria da Silva*

*Maria da Graça Oliveira*

*Ana Maria Siqueira*

*Eronildo Felisberto*

*Isabella Samico*

*Maria das Graças Santos Cavalcante*

## INTRODUÇÃO

A Reunião de Alma Ata, em 1978, pode ser considerada como o marco histórico da Atenção Primária em Saúde (APS), definida como “a chave para obtenção de níveis de saúde que permitisse às populações levar uma vida social e economicamente produtiva” (OMS, 1978). Starfield (2002) define a APS como a porta de entrada no sistema de saúde, fornecendo atenção sobre a pessoa, devendo ser o eixo orientador determinante do trabalho dos demais níveis hierárquicos desse sistema, cuja diretriz é a promoção, a manutenção e a melhoria da saúde. Os principais componentes da APS são: educação em saúde, saneamento básico e ambiental, programas de saúde materno-infantil, prevenção e tratamento de doenças endêmicas e comuns, medicamentos essenciais e promoção da nutrição (OMS, 1978; Starfield, 2002; Ebrahim, 2001).

Com base nesses referenciais, o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (Imip), em Recife, criou, em 1983 (Mendonça & Mendonça, 2000), o Projeto de Extensão Comunitária, apoiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), cujo objetivo era desenvolver um modelo de atenção primária, no nível comunitário, que permitisse acesso equitativo e fornecesse cobertura universal ao grupo materno-infantil. Baseava-se

no trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pediatras e ginecologistas capacitados para desenvolverem ações básicas e educação em saúde para esse grupo específico, com metodologia de trabalho apoiada em visitas domiciliares e na unidade de saúde local, fortalecendo a ligação entre o serviço e a comunidade.

Esse projeto foi um precursor do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), concebido em 1991 pelo Ministério da Saúde do Brasil e logo implantado em escala nacional (Funasa, 1994).

Em seqüência ao Pacs surgiu, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), como um avanço para o cumprimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF constituiu-se uma estratégia para mudança do modelo assistencial e se baseia nos pressupostos da atenção primária. Tem como foco a atenção à família, entendida a partir do meio onde vive, atuando na prestação de assistência integral, na vigilância aos grupos de risco, na prevenção, recuperação e promoção da saúde (Brasil/MS, 1997a).

Nesse contexto, o PSF se insere como mais um recurso para o alcance das metas estabelecidas no Pacto pela Infância. Com esse propósito, o Ministério da Saúde adotou, em 1995, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos de idade, a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), elaborada pela Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/Opas) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (Unicef) (Brasil/MS, 1997b; Brasil/MS/OMS/Opas, 1998; Benguigui, 2001a; Benguigui et al., 1997).

A estratégia AIDPI incorporou as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), introduzindo, porém, o conceito de integralidade. Propôs um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde. (Brasil/MS, 1997b; Brasil/MS/OMS/Opas, 1998; Benguigui, 2001b; Benguigui et al., 1997).

A partir de 1996 começaram a ser treinados, no Brasil, profissionais médicos e enfermeiros para operacionalização da AIDPI. Contudo, para a

efetiva implantação da estratégia e conseqüente melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança dentro da perspectiva do novo modelo assistencial, fazia-se necessário o treinamento de todos os profissionais das equipes, inclusive dos agentes comunitários de saúde. Dentro da perspectiva do novo modelo assistencial, onde o PSF é a porta de entrada para o sistema, a capacitação dos agentes amplia o acesso sobretudo à população infantil.

Para isso, o material instrucional foi adaptado por técnicos do Ministério da Saúde e do Imip, sendo lançadas duas publicações: o *Manual de Condutas para Agentes Comunitários de Saúde – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)* e *Atenção Básica à Saúde da Criança – Texto de Apoio para Agentes Comunitários de Saúde* (Brasil/MS, 2001a; 2001b).

Alguns estudos têm abordado o processo de implantação da estratégia AIDPI para profissionais de nível superior e a sua aplicação (Brasil/MS, 2001b; Felisberto et al., 2002). Para agentes comunitários de saúde, entretanto, o presente trabalho é uma investigação pioneira no Brasil. É importante realizar, neste momento, uma avaliação do processo, em virtude de duas razões:

- de a política do Ministério da Saúde para a área técnica de saúde da criança estar direcionada à implantação da estratégia AIDPI (Brasil/MS, 2001c);
- por estar contida na proposta do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), cujos objetivos são: reorganizar a atenção básica (conversão do modelo assistencial), qualificar os recursos humanos e reforçar os sistemas de informação para avaliação dos serviços de atenção básica (Brasil/MS, 2003).

Assim, este trabalho tem por objetivo avaliar a aplicação da estratégia AIDPI por agentes comunitários de saúde, mediante a observação do uso do *Manual de Condutas* durante as visitas domiciliares às crianças menores de cinco anos pelos referidos ACS.

## METODOLOGIA

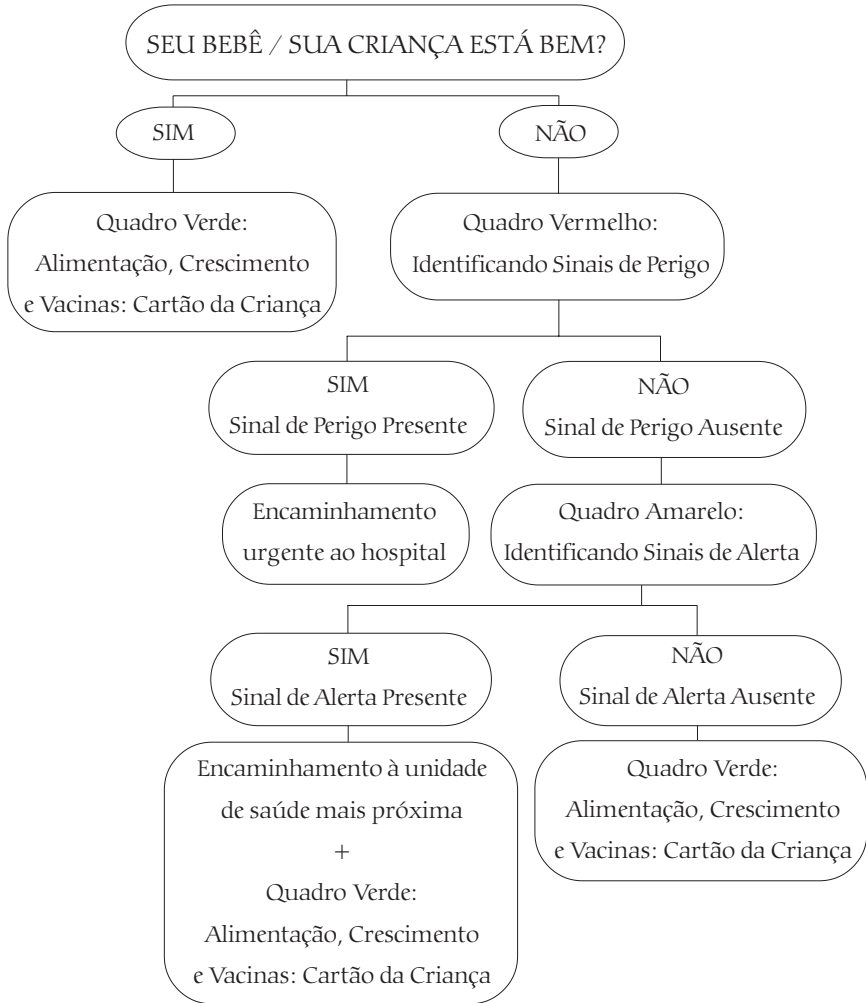
Tratou-se de um estudo avaliativo normativo, com abordagem do processo realizado nos meses de outubro a novembro de 2002, dois meses após a capacitação de 106 ACS de 19 equipes do Saúde da Família lotadas em dez Unidades de Saúde de cinco comunidades, nas cidades de Recife e Olinda, Nordeste do Brasil.

O estudo desenvolveu-se na área de abrangência das comunidades dos PSF, onde durante as visitas domiciliares os ACS foram acompanhados por supervisores, pediatras preceptores ou enfermeiros das unidades às quais estão vinculados.

Nesse acompanhamento os supervisores, munidos de dois instrumentos de avaliação – um para bebês menores de dois meses e o outro para crianças de dois meses a cinco anos – observavam o manuseio do *Manual de Condutas* e a aplicação da estratégia pelos ACS, anotando, sem interferir, as observações. Ao final, se detectada alguma dificuldade ou incorreção, estas eram corrigidas. Foram aplicados 195 questionários durante as visitas realizadas no período indicado, os quais foram utilizados neste estudo.

As perguntas contidas nos instrumentos dos supervisores eram ‘fechadas’ e abordavam aspectos relativos ao estado de saúde da criança (presença de sinais clínicos) e encaminhamentos necessários à resolução do problema, questões referentes à prevenção de doenças (vacinas) e à promoção da saúde (aleitamento materno, alimentação e cuidados de saúde) e seguiam a mesma ordem dos passos sistematizados pela AIDPI (Brasil/MS, 2001a). A Figura 1 apresenta a seqüência da avaliação da criança, preconizada pelo *Manual de Conduta*.

Figura 1 – Fluxograma para Avaliação de Crianças Menores de cinco anos pelos Agentes Comunitários de Saúde na estratégia AIDPI



Fonte: Brasil/MS (2001b).

Para análise dos dados foi utilizado o aplicativo Epi-Info, versão 6.0, e os resultados estão apresentados sob forma de tabelas simples de distribuição de frequência.

## RESULTADOS

Conforme indicado (Tabela 1), um total de 97 crianças eram menores de dois meses e 98 tinham de dois meses a cinco anos incompletos. Verificase também que em apenas 8,2% dos menores de cinco anos avaliados tinham a seqüência preconizada pela AIDPI não foi utilizada corretamente. O percentual de 12,3%, rotulado como 'não se aplica' se refere aos casos em que as mães ou responsáveis relataram que as crianças não estavam bem. Estas foram então avaliadas quanto aos sinais de perigo e de alerta específicos para cada faixa etária.

Tabela 1 – Número de visitas realizadas pelos ACS às crianças segundo faixa etária e uso correto da seqüência para 'criança está bem' do *Manual de Condutas da Estratégia AIDPI*. Imip – Brasil, 2002

Faixa Etária \ Uso Correto da Seqüência	2 Meses		2 meses a 5 Anos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	81	83,5	74	75,5	155	79,5
Não	5	5,2	11	11,2	16	8,2
Não se aplica	11	11,3	13	13,3	24	12,3
Total	97	100	98	100	195	100

A Tabela 2 apresenta a seqüência sistematizada pelo *Manual de Condutas para Avaliação dos Menores de Dois Meses*. Do total de 12 bebês com relato sobre algum problema de saúde, 11 foram avaliados corretamente quanto aos sinais de perigo e destes, um foi encaminhado com urgência ao hospital. Verifica-se que os sinais de alerta foram bem avaliados em 83,3% dos casos. Ainda na Tabela 2 se observa que a seção 'Avaliação da amamentação do bebê, do crescimento e da situação vacinal' foi bem

aplicada na grande maioria das vezes (96,9%, 99,0% e 99,0%, respectivamente). Apenas em um caso o agente de saúde não soube preencher o gráfico do peso e, em outro, a situação vacinal não foi verificada.

Tabela 2 – Distribuição das visitas realizadas pelos ACS utilizando a estratégia AIDPI segundo uso correto das principais seções do *Manual de Condutas para Bebês Menores de Dois Meses*. Imip – Brasil, 2002

Avaliação correta das seções	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Identificando sinais de perigo	11	91,7	1	8,3	12	100
Protegendo o bebê a caminho do hospital	1	100	0	-	1	100
Identificando sinais de alerta	10	93,3	2	16,7	12	100
Procurando ajuda de imediato	0	-	1	100	1	100
Visita domiciliar após retorno da US	2	100	0	-	2	100
Avaliação da amamentação	94	96,9	3	3,1	97	100
Avaliação do crescimento	96	99	1	1	97	100
Avaliação da situação vacinal	96	99	1	1	97	100

Nota: Cinco das seções têm totais diferentes de 97 porque estas não se aplicam a todas as crianças.

US: unidade de saúde

Pode-se observar que as orientações fornecidas pelos ACS para amamentação e para os cuidados com o bebê seguiram a descrição do *Manual AIDPI* em 96,9% e 80,4% dos casos, respectivamente (Tabela 3). Quanto às visitas de retorno realizadas para os problemas de amamentação, 20% não seguiram a norma escrita para as orientações, contudo houve melhora quanto às recomendações para bebês saudáveis, havendo nesses casos apenas 4% de discordância.



Tabela 3 – Distribuição das visitas realizadas pelos ACS aos menores de dois meses utilizando a estratégia AIDPI segundo realização correta dos itens sistematizados nas seções consideradas. Imip – Brasil, 2002

Realização correta das seções	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orientando amamentação e seus problemas	94	96,9	3	3,1	97	100
Visita retorno p/ problemas de alimentação	16	80,0	4	20,0	20	100
Visita de retorno para bebê sadio	73	96,1	3	3,9	76	100
Cuidando do bebê	78	80,4	19	19,6	97	100

Nota: Duas das seções têm um total diferente de 97 porque não se aplicam a todas as crianças.

As observações relativas às crianças na faixa etária de dois meses a cinco anos encontram-se na Tabela 4. Das 98 crianças visitadas, 26 apresentaram algum problema de saúde, necessitando avaliação quanto aos sinais de perigo e de alerta. Os sinais de perigo foram avaliados conforme a padronização em 73,1% dos casos e os sinais de alerta, em 80,8%. As seções: 'Fique atento' e 'Ensinando mães ou responsáveis a administrar medicação' foram aplicadas adequadamente em 78,3% e 78,9% das visitas, respectivamente. Ainda nesta tabela verifica-se o percentual de acertos quanto à avaliação preconizada para orientação sobre alimentação (87,8%), crescimento (96,9%) e vacinas (99%).

Tabela 4 – Distribuição das visitas realizadas pelos ACS às crianças na faixa etária de dois meses a cinco anos utilizando a estratégia AIDPI segundo uso correto de algumas seções do *Manual de Condutas*. Impip – Brasil, 2002

Avaliação correta das seções	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Identificando sinais de perigo	19	73,1	7	26,9	26	100
Identificando sinais de alerta	21	80,8	5	19,2	26	100
Visita domiciliar após consulta de retorno da US	3	37,5	5	62,5	8	100
Fique atento	18	78,3	5	5,1	23	100
Ensinando mães a administrar a medicação	15	78,9	4	21,1	19	100
Orientação sobre alimentação	86	87,8	12	12,2	98	100
Orientação sobre vacinas	97	99,0	1	1,0	98	100
Orientação sobre crescimento	95	96,9	3	3,1	98	100

Nota: As cinco primeiras seções têm totais diferentes de 98 porque não se aplicam a todas as crianças.

US: unidade de saúde.

Quanto ao uso de alguns instrumentos preconizados pelo PSF e pela AIDPI para o acompanhamento de crianças menores de cinco anos, verificou-se (Tabela 5) que em 91,8% das visitas o ACS conduzia a 'Folha de registro', porém apenas 19% dispunham da cópia do 'Cartão da Criança'. Por outro lado, em 100% das visitas os ACS portavam o *Manual de Condutas da AIDPI* (Tabela 5) e 91% demonstraram saber manuseá-lo corretamente.

Tabela 5 – Distribuição das visitas realizadas pelos ACS aos menores de cinco anos utilizando a estratégia AIDPI segundo uso de instrumentos preconizados pelo PSF e AIDPI. Imip – Brasil, 2002

Instrumentos usados pelo ACS	Sim		Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Folheto de registro	179	91,8	16	8,2	195	100
Cartão da criança (cópia)	37	19,0	158	81,0	195	100
Manual de condutas	195	100	0	-	195	100

## DISCUSSÃO

Neste estudo ficou evidenciado que os ACS se mostraram aptos a seguir os passos preconizados pela estratégia AIDPI para identificação dos sinais de perigo e de alerta em mais de 80% dos bebês menores de dois meses avaliados e em 70% das crianças de dois meses a cinco anos. Essa competência aumenta, portanto, a possibilidade de intervenção precoce, reduzindo o risco de complicações e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da mortalidade. Assim, alguns problemas ainda não percebidos ou valorizados pela família podem ser detectados durante as visitas domiciliares e encaminhados aos serviços de saúde para o tratamento oportuno (Benguigui, 1994).

Outro aspecto positivo da aplicação da AIDPI pelos ACS é a integração da abordagem dos problemas de saúde mais freqüentes nas crianças menores de cinco anos com as ações de promoção e de prevenção, por se avaliar sistematicamente o estado nutricional da criança, alimentação e vacinas e, a seguir, fornecendo orientação sobre aleitamento materno, alimentação saudável e vacinas. Tais recomendações difundidas na comunidade contribuem para modificar atitudes e práticas de pais ou responsáveis, tornando-os mais participativos nos cuidados para que a criança cresça mais saudável (Benguigui, 1994).

Quanto a esses aspectos, os resultados obtidos no estudo indicam elevados percentuais de aplicação correta (mais de 85% para ambos os

grupos etários), demonstrando melhor desempenho que na seqüência relativa a avaliação dos sinais. Esses indicadores podem ser justificados por fazerem parte de um conhecimento adquirido previamente à capacitação na AIDPI e já incorporado às atividades desenvolvidas na comunidade, como tem sido observado em outros estudos (Curtalo et al., 1995; Burmaz, 2000; Berman, Gwatkin & Burger, 1987).

Além dessas vantagens, o seguimento domiciliar pós-consulta na unidade de saúde deveria ser realizado, via de regra, para orientação e supervisão da administração de medicamentos, eliminando dúvidas e contribuindo para uma maior eficiência do tratamento. No tocante a tais itens, porém, o número de visitas foi muito pequeno no presente estudo, não permitindo uma análise mais aprofundada.

Experiências em favor de programas de atenção primária em saúde baseada em agentes comunitários foram objeto de publicações, como a do Nepal em 1994, que implementou a cobertura vacinal, o uso de sais de reidratação oral, o acompanhamento do crescimento, a adesão ao tratamento das helmintíases, assim como as atividades educativas para saúde, dentro de um programa de educação nutricional para redução da hipovitaminose A. Segundo os autores, o sucesso desse programa deveu-se ao treinamento, à supervisão, ao fornecimento dos suprimentos e à associação de atividades curativas às de prevenção e promoção da saúde (Curtalo et al., 1995).

Resultados favoráveis ao trabalho dos ACS na vigilância às crianças de risco e ao emprego de ações básicas de saúde também foram encontrados em dois municípios da zona da mata de Pernambuco em 2000, contribuindo para a redução da mortalidade infantil (Burmaz, 2000).

Ainda no Nordeste do Brasil, o estudo de Svitone et al. (2001) demonstrou redução dos níveis de desnutrição e queda na taxa de mortalidade infantil, relacionados ao trabalho desenvolvido por agentes comunitários de saúde.

Em estudo realizado no Sudeste do Brasil em um dos 11 municípios do estado de São Paulo com piores índices de desenvolvimento infantil, César et al. (2002) também relataram que esses profissionais, bem

capacitados, puderam contribuir para a melhoria dos indicadores, reduzindo a taxa de hospitalização e aumentando a utilização do soro de reidratação oral e a cobertura vacinal.

Entretanto, Berman, Gwatkin & Burger (1987), em estudo de revisão, mencionam a dificuldade de avaliar tais programas, pois isso depende dos objetivos propostos, os quais são variáveis. Argumentam esses autores que algumas avaliações podem indicar resultados falsos positivos, por não considerarem a influência de co-intervenções, como também falsos negativos, pelo curto espaço de tempo para obtenção de resultados, principalmente em locais com péssimas condições socioeconômicas e ambientais. Concluíram que para os serviços de atenção primária baseados em agentes comunitários tornarem-se efetivos e produzirem impacto significativo nos indicadores de saúde são necessários maiores investimentos em treinamento, supervisão e apoio logístico.

A implantação do PSF no Brasil possibilita a superação dessas dificuldades por proporcionar apoio logístico, supervisão diária, treinamento em serviço e aumentar a 'resolutividade' dos problemas de saúde por fixar uma equipe de saúde na comunidade a ser assistida.

Os agentes de saúde são pessoas residentes nas comunidades onde o Pacs ou o PSF estão implantados, com baixo nível de instrução formal e que receberam poucas semanas de treinamento inicial, direcionado às tarefas padronizadas a serem executadas. São supervisionados por enfermeiros e deveriam receber instruções adicionais a partir de um programa de educação continuada, o que nem sempre acontece.

Segundo Nunes et al. (2002), os ACS, por fazerem parte da comunidade, servem de tradutores bidimensionais dos saberes do processo saúde-doença de um lado e, de outro, das necessidades da população. Esses profissionais sentem-se orgulhosos por dominar certos conteúdos biomédicos que os diferenciam na comunidade (algumas vezes, no entanto, sentem-se pouco satisfeitos pela insuficiente capacitação que recebem). Esse sentimento de 'orgulho' muito provavelmente aumenta a motivação para a rotina do trabalho e a integração da equipe do PSF.

Por ser direcionada às doenças prevalentes da infância, a estratégia AIDPI encontra grande receptividade entre todos os profissionais, porque, além da facilidade constatada no manuseio do *Manual de Condutas*, atende e responde às queixas mais freqüentes das mães/responsáveis pelas crianças.

Estudo realizado em Pernambuco evidenciou a receptividade e a adesão dos profissionais de nível superior do PSF à estratégia de todos os entrevistados revelaram, unânimes, ao referirem que a AIDPI oferece maior segurança e qualidade no atendimento às crianças (Felisberto et al., 2002).

A estratégia cresce de importância e amplia seu alcance se utilizada pelos ACS, tendo em vista a rotina de seu trabalho. Ao visitar diariamente os lares de crianças menores de cinco anos, desde os primeiros dias de vida do bebê, tais profissionais são de fato o primeiro contato desses indivíduos com o sistema de saúde.

Para maior adesão à estratégia faz-se necessário, entretanto, o envolvimento de todos os profissionais da equipe. Segundo Rowe et al. (2001), a presença de intervenções simultâneas, não limitadas apenas ao treinamento, no sentido de fornecer melhor suporte aos profissionais promoveria de forma mais consistente uma melhor atuação, tais como apoio à supervisão e à valorização profissional.

Conclui-se que a aplicação da estratégia AIDPI pelos ACS possibilita um trabalho em sinergia com a equipe de profissionais da unidade de saúde, apoiando e fortalecendo as ações implantadas, especialmente aquelas consideradas importantes para o componente comunitário da estratégia (Benguigui, 2001a, b; Opas/OMS, 1999). Em uma atuação mais integrada é possível minimizar os graves problemas que afetam a saúde das crianças, para que estas possam desenvolver-se como pessoas mais saudáveis. Conclui-se ainda que esses profissionais, mesmo possuindo baixo nível de escolaridade, são capazes de apreender o conteúdo da estratégia e aplicá-la adequadamente nas comunidades.

---

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENIGUI, Y. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): an innovative vision for child health care. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1: 223-236, 2001a.
- BENIGUI, Y. Perspectivas em el control de enfermedades em los niños: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1: 7-19, 2001b.
- BENIGUI, Y. et al. (Eds.). *Ações de Saúde Materno Infantil a Nível Local Segundo as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância*. Washington: Opas, 1997. (Série HCT/AIEPI-4)
- BERMAN, P. A.; GWATKIN, D. R. & BURGER, S. E. Community-based health workers: head start or false start towards health for all? *Social Science & Medicine*; 25:443-459, 1987.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997a.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância: avaliação de meia década, 1990-1995*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Atenção básica à saúde da criança: texto de apoio para o agente comunitário de saúde; Atenção integrada às doenças prevalentes na infância – AIDPI*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Manual de condutas para agentes comunitários de saúde: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Procedimentos para bebês menores de 2 meses e Procedimentos para crianças de 2 meses a 5 anos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Secretaria de Políticas de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 50)

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Projeto de expansão e consolidação do saúde da família (Proesf). Acordo de empréstimo n. 7105 – BR. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/14-material/apresentacao/apres3.pdf>> Acesso em: 2 maio 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (MS/OMS/Opas). Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância: curso de capacitação. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BURMAZ T. *Avaliação da influência do Projeto Salva-Vidas sobre as atividades dos agentes comunitários de saúde em dois municípios da Zona da Mata Pernambucana, 1998/99, 2000*. Dissertação de Mestrado, Recife: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- CÉSAR, J. Á. et al. Mudanças em indicadores de saúde em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 1647-1654, 2002.
- CURTALO, F. et al. Improving skills and utilization of community health volunteers in Nepal. *Social Science & Medicine*, 40: 1117-1125, 1995.
- EBRAHIM, G. J. Primary Health Care in 21<sup>st</sup> century. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1: 199-201, 2001.
- FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa de Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 1737-1745, 2002.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). Programa de Agentes Comunitários de Saúde: avaliação qualitativa do Pacs. Brasília: Funasa, 1994.
- MENDONÇA, L. C. & MENDONÇA, J. H. *Imip: identidade, missão e trajetória*. Recife: Bagaço, 2000.



- NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 1639-1646, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Atención primaria de la salud. In: CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, 1978. Set 6-12; Alma-Ata, URSS. Genebra: OMS, 1978.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – Informe AIEPI del Programa Global OMS (1996-1997). División de Prevención y Control de Enfermedades/ Programa de Enfermedades Transmisibles/Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Washington, D.C.: Opas/OMS, 1999. (Serie HCP/HCT/AIEPI – 99.2)
- ROWE, A. K. Management of childhood illness at health facilities in Benin: problems and their causes. *American Journal of Public Health*, 91(10): 1625-1635, 2001.
- SAMICO, I. *Avaliação da atenção à saúde da criança: um estudo de caso no estado de Pernambuco*, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.27-31.
- SVITONE, E. C. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 7: 293-302, 2000.