

Parte I - Experiências de Implantação e Avaliação

7. Avaliação da Implantação da AIDPI na Bahia

Cristina Campos dos Santos
Climene Laura de Camargo
Cristina Meira de Melo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, C.C., CAMARGO, C.L., and MELO, C.M. Avaliação da Implantação da AIDPI na Bahia. 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. 145-160. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0008](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0008). 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 IMPLANTAÇÃO DA AIDPI NA BAHIA

7

Cristina Campos dos Santos

Climene Laura de Camargo

Cristina Meira de Melo

INTRODUÇÃO

Dando seqüência a uma série de intervenções em favor da infância, foram reiteradas no plano internacional, por meio da elaboração e implantação, nos anos 90, do Plano Básico de Ação para a Proteção da Criança e do Adolescente, novas medidas de atenção integral à infância e adolescência, que incorporou as metas estabelecidas na Reunião Mundial de Cúpula em Favor da Infância, realizada em Nova York (Prado, Escobar & Fujimori, 2002).

Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) desencadeia, em fevereiro de 1996, o processo de incorporação dessa estratégia como política de saúde fundamental dos países em desenvolvimento. Nesse sentido, promove a participação de organismos internacionais, agências de cooperação bilateral e organizações não-governamentais para acelerar a efetiva implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no continente (Opas, 1998 apud Felisberto, 2001).

Ainda em 1996, as autoridades sanitárias brasileiras reafirmam a prioridade com a criança e realizam uma reunião nacional para apresentação da estratégia AIDPI e para discussão da viabilidade de sua implantação,

com a participação de todas as áreas afins do Ministério da Saúde, consultores de universidades, organismos internacionais, representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. O material instrucional produzido pela Opas/OMS foi adaptado às normas e diretrizes nacionais. Em 1997, o Ministério da Saúde realiza, no estado de Pernambuco, junto com o Instituto Materno-Infantil (Imip), o primeiro curso para formação de facilitadores nacionais da estratégia, capacitando profissionais dos estados do Pará, Ceará, Pernambuco e Sergipe. Inicia-se, assim, a implantação da estratégia AIDPI no Brasil.

Definida como estratégia, a AIDPI apresenta um novo enfoque relativo à saúde da criança na assistência primária, devendo-se, portanto, abordar a criança em sua integralidade, em vez de intervir somente em algum problema identificado, e se avaliar, de maneira sistemática, os principais fatores que afetam a saúde desse grupo. É importante observar que essa estratégia não tem como objetivo estabelecer diagnóstico específico de doenças, mas avaliar sinais clínicos preditivos positivos que possam definir a necessidade de encaminhamento urgente para uma unidade de saúde de maior complexidade ou de se proceder ao tratamento no âmbito primário de atenção (Opas, 1998 apud Felisberto, 2001).

Em vista das características dessa estratégia, sua implantação está sendo priorizada nos municípios com mortalidade acima de 40/1.000 nascidos vivos (NV) e também onde já se encontram implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil/MS, 2001). Além disso, sua implantação está apoiada na operacionalização de três eixos: a capacitação de recursos humanos, a reorientação da assistência e a reordenação da infra-estrutura dos serviços. Atualmente, as ações de atenção à criança devem ser incorporadas às atividades desenvolvidas pelas equipes que atuam no PSF, por meio da estratégia AIDPI.

Nesse contexto, apresentamos aqui alguns resultados de uma avaliação sobre a AIDPI no estado da Bahia, no período de 1998 a 2002. Os dados analisados fazem parte de um estudo mais amplo¹ e consideram, em sua análise, os três eixos da implantação e alguns dos indicadores adotados pela estratégia (Brasil/MS, 2002).

O estado da Bahia iniciou o processo de implantação da AIDPI pela adesão dos municípios com PSF e Pacs em atividade; com mortalidade infantil acima de 40 por mil nascidos vivos e integrantes do Programa de Redução da Mortalidade na Infância.

Quanto a sua inserção institucional, a AIDPI é implementada por meio de duas superintendências da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab) e de diversos outros setores. Financeiramente, conta com algum apoio do Ministério da Saúde.

A avaliação da implantação da estratégia AIDPI é aqui identificada como uma investigação interessada em entender o processo, o que “[...] inclui tanto as atividades-meio, que viabilizam o desenvolvimento do programa, quanto a atividade-fim, ou a execução propriamente dita, antes que se torne rotineiro [...]”, como orienta Draibe (2001: 30). Esta mesma autora complementa tal idéia assinalando que, em avaliações de implantação, não basta apenas descrever os processos e os sistemas considerados, no caso fatores relacionados com a capacitação, assistência e infra-estrutura dos serviços. Quando se quer efetivamente avaliar o processo de implantação de um programa é preciso relacioná-lo com os resultados, buscando explicações de acordo com fatores internos à própria política, nos seus êxitos e fracassos, isto é, o contexto da sua implantação.

METODOLOGIA

A investigação desenvolvida tem caráter exploratório-descritivo, adotando uma abordagem quantitativa, complementada com o aprofundamento da compreensão de alguns elementos, por intermédio da descrição e interpretação qualitativa das informações, dado que este é o primeiro estudo sobre a AIDPI na Bahia.

Tomando como *locus* da pesquisa o estado da Bahia, os dados analisados referem-se a 67 municípios em processo de implantação da AIDPI, considerando-se o período de 1998 a 2002. As informações quantitativas foram coletadas a partir dos registros em relatórios técnicos da Sesab, os quais nem sempre estavam sistematizados. As informações qualitativas foram obtidas por meio de documentos e relatórios técnicos e

das entrevistas semi-estruturadas com dois diretores, um coordenador e dois facilitadores, do âmbito central da Sesab, que atuam direta e/ ou indiretamente no gerenciamento da AIDPI.

Para a análise das entrevistas, utilizamos a técnica de análise de enunciação que se apóia em uma concepção de comunicação como processo, e não como dado, e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais. As categorias adotadas surgiram da própria pré-análise das enunciações.

Foram obedecidas as normas previstas na Resolução 196/96 (Brasil/MS, 1996), quanto aos procedimentos éticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentaremos alguns dos resultados que emergiram da análise dos dados quantitativos e qualitativos da investigação, organizados em um tópico geral e por eixos de implantação:

- eixo capacitação;
- eixo de assistência;
- eixo de infra-estrutura.

ASPECTOS GERAIS

Os resultados a seguir se referem à descrição da implantação da AIDPI em 67 municípios, e foram obtidos a partir dos indicadores de processo contidos no *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI* do Ministério da Saúde e relacionados com os eixos da Estratégia.

Neste estudo, foram considerados municípios com AIDPI implantada os que respondem aos critérios adotados (Amaral, Cunha & Silva, 2002):

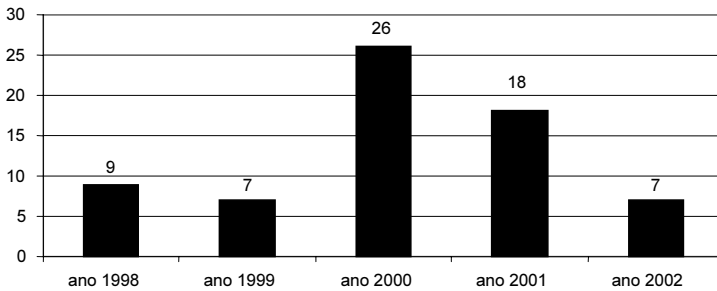
- municípios com taxa de mortalidade infantil maior ou igual a 40 por mil nascidos vivos;
- municípios integrantes do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI);
- municípios com o PSF e o Pacs implantados;

- municípios com um ou mais profissionais de nível superior capacitados na estratégia.

O indicador geral da AIDPI refere-se ao cálculo percentual de municípios com a estratégia implantada. Os resultados desse cálculo estão apresentados na Figura 1, utilizando-se o seguinte indicador:

$$\text{Indicador geral: } \frac{N. \text{ de municípios com AIDPI implantada} \times 100}{N. \text{ de municípios do estado}}$$

Figura 1 – Municípios com AIDPI implantada entre 1998 a 2002. Bahia, 2003



Fonte: Relatórios AIDPI /Sesab, 1999 a 2002.

Verifica-se (Figura 1) um total de 67 municípios com AIDPI implantada, o que representa 16% dos municípios do estado da Bahia, considerando-se os 417 municípios existentes. O ritmo da implantação é absolutamente irregular. Destaca-se, proporcionalmente, um elevado crescimento no ano de 2000, o que pode ser atribuído à adoção, pela Sesab, do critério de adesão voluntária dos municípios, expressa através da solicitação da capacitação dos profissionais das equipes do PSF e Pacs na modalidade de curso operacional (clínico), por meio de ofício. Dentre as possíveis explicações para a adoção desse critério podem ser citadas:

- as constantes solicitações dos municípios interessados;
- municípios com disponibilidade de recursos financeiros para deslocamento de seus profissionais para os municípios-sede do curso;

- disponibilidade de recursos financeiros e de infra-estrutura de serviços de saúde;
- interesse em sediar as capacitações.

Outro aspecto relevante sobre os municípios com AIDPI implantada é que estes não seriam os municípios preferenciais para a implantação da estratégia, dado que somente dois dentre os 67 possuem taxa de mortalidade infantil compatível com o critério estabelecido (igual ou maior que 40 por mil nascidos vivos) para adoção da estratégia.

QUANTO AO EIXO CAPACITAÇÃO

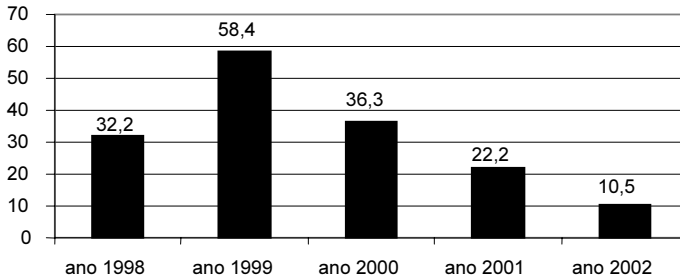
Para a aplicação da estratégia é fundamental a capacitação adequada de diferentes profissionais de saúde. A Figura 2 se refere ao resultado obtido com o cálculo do indicador adotado no eixo capacitação:

$$\frac{N. \text{ de profissionais de nível superior capacitados}^2 \times 100}{N. \text{ de profissionais de nível superior que atendem crianças nas unidades de saúde}^3}$$

Vale ressaltar que os dados utilizados no cálculo do indicador só consideram as Unidades de Saúde da Família, pois não foi possível identificar o número de profissionais das outras unidades da rede básica envolvidos na Estratégia. No entanto, foram desprezados os dados sobre os profissionais capacitados, porém lotados fora das unidades básicas prestadoras de assistência (a exemplo de Diretorias Regionais de Saúde, nível central das secretarias municipais de saúde etc.).

Quando se analisa o número de municípios com AIDPI implantada, percebe-se que houve um incremento da capacitação no ano de 2000 e um decréscimo nos anos de 2001 e 2002 (Figura 1), devido, principalmente, à diminuição dos recursos financeiros destinados às capacitações.

Figura 2 – Profissionais de nível superior capacitados em AIDPI, de 1998 a 2002. Bahia, 2003



Fonte: Relatórios AIDPI /Sesab, 1998 a 2002.

Na Figura 2 percebe-se que, coerente com as informações anteriores, entre 2000 e 2002 o percentual de profissionais de nível superior capacitados em AIDPI sofreu um decréscimo. Tal fenômeno pode estar relacionado ao aumento do número de Equipes de PSF implantadas nos municípios e, fundamentalmente, à diminuição dos recursos financeiros destinados às capacitações. Tais recursos geralmente são provenientes do Pólo de Capacitação em Saúde da Família. Nos anos de 2001 e 2002 a prioridade do Pólo foi a realização do treinamento introdutório para as Equipes do PSF, o que dificultou o aumento proporcional das capacitações em AIDPI. Assim, houve aumento do número das Equipes do PSF, mas não houve correspondente crescimento das capacitações em AIDPI para esses profissionais.

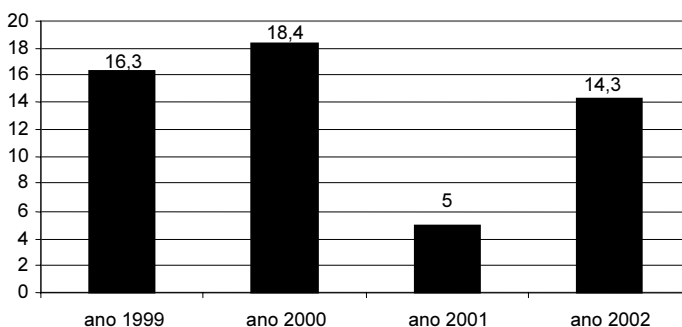
A análise das categorias profissionais capacitadas indica um equilíbrio no número de médicos e enfermeiras nos cursos de AIDPI para docentes. No entanto, esse equilíbrio desaparece nos cursos para facilitador e no curso operacional, em que predominam as enfermeiras (70,7% no curso operacional e 64% no curso para facilitadores). As razões parecem óbvias e foram indiretamente apoiadas pelas entrevistas: a enfermeira possui maior disponibilidade de tempo para participar das capacitações e inclusive reproduzi-las, dado que a longa duração dos cursos é vista como um 'problema' para a implantação da estratégia.

Um outro elemento da implantação considerado importante, inclusive para o monitoramento dos resultados da capacitação, é a visita de seguimento. Os resultados relacionados às visitas são demonstrados na Figura 3, assim como também o indicador utilizado.

Indicador da visita de seguimento:

$$\frac{N. \text{ de profissionais que receberam visita de seguimento}^4 \times 100}{N. \text{ de profissionais das unidades capacitadas}}$$

Figura 3 – Percentual de profissionais que receberam, no mínimo, uma visita de seguimento pós-capacitação em AIDPI, de 1999 a 2002. Bahia, 2003



Fonte: Relatórios AIDPI/Sesab, 1999 a 2002.

A visita de seguimento é uma atividade essencial ao longo do processo de implantação da estratégia AIDPI no âmbito das Unidades de Saúde, permitindo analisar e propor soluções para os problemas que interferem na aplicação da estratégia. Basicamente, é concebida como uma extensão da capacitação.

Em relação às visitas de seguimento, efetuadas no período estudado, percebe-se que estas se têm mantido num patamar entre 14,3% e 18,4% nos anos de 1999, 2000 e 2002, diminuindo significativamente no ano de 2001. Esse decréscimo pode ser atribuído à diminuição dos recursos

financeiros disponíveis para essa atividade. Tal decréscimo pode afetar a própria implantação da estratégia nos municípios, visto que as visitas são consideradas pelos supervisores do nível central da Sesab como instrumento para o acompanhamento e garantia da qualidade da operação da AIDPI. No entanto, o não seguimento sistemático interfere na qualidade e/ou na possibilidade de monitoramento e avaliação da AIDPI, isto porque a estrutura das secretarias municipais de saúde no interior é, geralmente, precária em relação à disponibilidade do quadro permanente de pessoal.

Na Bahia, as visitas de seguimento estão sendo realizadas principalmente pelos técnicos que atuam no nível central que, algumas vezes, contam com o apoio de técnicos dos municípios capacitados no curso para facilitador. Ressalte-se, também, que o número de municípios com profissionais capacitados a realização de visita de seguimento ainda é muito pequeno, bem como o número de técnicos do nível central da Sesab, o que tem dificultado a operacionalização das visitas de seguimento no tempo e continuidade preconizados pela estratégia.

QUANTO AO EIXO DE ASSISTÊNCIA

Para analisar o eixo de assistência da AIDPI foi utilizado o seguinte indicador:

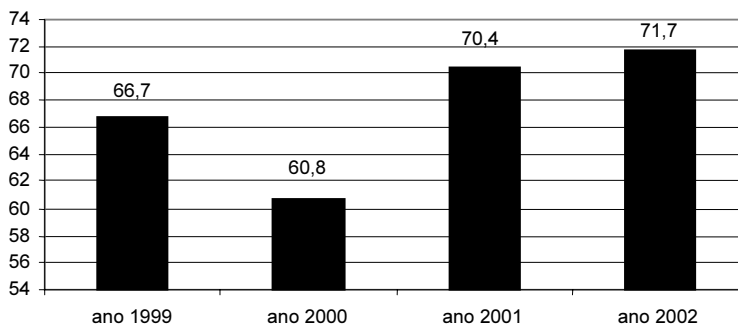
$$\frac{N. \text{ de crianças classificadas e tratadas corretamente segundo AIDPI}}{N. \text{ de crianças avaliadas}} \times 100$$

Os dados são demonstrados na Figura 4.

O percentual de crianças classificadas e tratadas corretamente, mesmo apresentando um decréscimo no ano 2000, pode ser considerado satisfatório. Isso possivelmente reflete a ênfase dada nos cursos clínicos à avaliação dos principais sinais e sintomas das doenças prevalentes na infância, com a adoção do tratamento adequado. Segundo informações contidas em relatórios anuais da Sesab, o decréscimo apontado na Figura 4 pode estar relacionado à resistência apresentada por alguns profissionais em aplicar a sistematização do atendimento preconizada pela AIDPI. No entanto, a manutenção de valores

em torno de 70% indica a necessidade de maior envolvimento político dos municípios com a estratégia e, além disso, de se investir nas visitas de seguimento, reforçando a necessidade de esses aspectos serem enfatizados nos cursos de capacitação e nas próprias visitas.

Figura 4 – Percentual de crianças classificadas e tratadas corretamente segundo a AIDPI, de 1999 a 2002. Bahia, 2003



Fonte: Relatórios AIDPI / Sesab, 1999 a 2002.

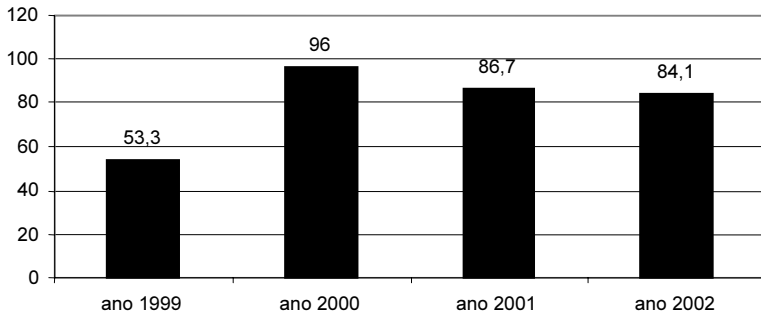
QUANTO AO EIXO DE INFRA-ESTRUTURA

Os resultados relativos a esse eixo e o indicador selecionado para analisá-lo são apresentados a seguir:

$$\frac{N. \text{ de unidades de saúde com medicamentos para AIDPI} \times 100^5}{N. \text{ de unidades de saúde avaliadas}}$$

O resultado do indicador de infra-estrutura foi obtido sem considerar os dados relacionados ao soro de reidratação oral, por estar o registro da disponibilidade deste medicamento separado dos demais nos relatórios de supervisão, nos anos de 1999 e 2000. Analisando os dados da Figura 5, pode-se inferir que os percentuais obtidos parecem ser suficientes para assegurar a assistência à criança. Tal fato pode estar relacionado com a simplicidade da lista básica de medicamentos necessários para a assistência na AIDPI.

Figura 5 – Percentual de unidades de saúde sem medicamentos para AIDPI, de 1999 a 2002, Bahia, 2003



Fonte: Relatórios AIDPI/ Sesab, 1999 a 2002.

APROFUNDANDO A COMPREENSÃO SOBRE ALGUNS ELEMENTOS DA IMPLANTAÇÃO

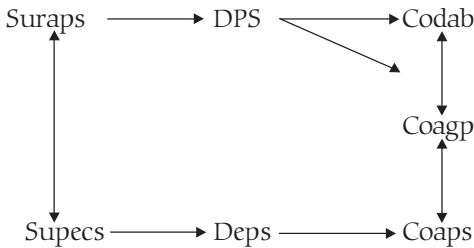
Os resultados a seguir se referem aos conteúdos das entrevistas semi-estruturadas e agregadas em categorias temáticas: a Estratégia AIDPI na estrutura organizacional da Sesab e a análise da implantação da AIDPI pelos gestores da Sesab segundo os eixos da implantação.

A inserção da AIDPI na estrutura organizacional da Sesab é uma categoria relevante na análise, uma vez que Draibe (2001:31) chama a atenção para o fato de que, “[...] seja qual for a inscrição institucional de um dado programa, seu desenvolvimento apóia-se numa dada estrutura organizacional e está submetido a um sistema gerencial e decisório específico, que ‘conduz’ ou dirige a implantação”.

FLUXOGRAMA DA AIDPI NA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA SESAB

O fluxograma a seguir, criado a partir das informações obtidas nas entrevistas, permite demonstrar a localização complexa da estratégia AIDPI na estrutura organizacional da Sesab.

Fluxograma da AIDPI na Estrutura Organizacional da Sesab



Tipo de Relação

↕ = vínculo → = interface

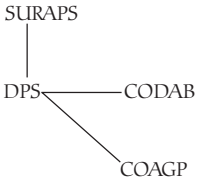

Observando o fluxograma identifica-se que a AIDPI está localizada em duas grandes superintendências – a Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde (Suraps) e a Superintendência de Educação Permanente e Comunicação em Saúde (Supecs) – e tem inter-relação com duas diretorias – a Diretoria de Promoção da Saúde (DPS) e a Diretoria de Educação Permanente em Saúde (Deps) – e duas coordenações – a Coordenação de Atenção a Grupos Populacionais (Coagp) e a Coordenação de Formação, Atualização e Aperfeiçoamento em Saúde (Coaps). Além destas, tem ainda a Coordenação de Apoio ao Desenvolvimento da Atenção Básica e a Grupos Populacionais (Codab), responsável pelo PSF/Pacs e que mantém relação direta com a implantação da estratégia AIDPI, visto que esta prioriza a capacitação dos profissionais das equipes do PSF.

Para melhor compreensão, o Quadro 1 apresenta uma síntese da localização e características da condução gerencial da AIDPI na Sesab.

A DPS é responsável pela condução da estratégia AIDPI, por ser primeiramente responsável pela organização de serviços de atenção à saúde da criança. Já a Deps responde pela capacitação dos profissionais que atendem à criança, principalmente das equipes do PSF. Esse desenho revela a tradicional fragmentação das atividades na estrutura organizacional das instituições de saúde, o que necessariamente interfere negativamente na coordenação e implantação de uma estratégia como a AIDPI.

No entanto, as entrevistas indicam a existência de algum grau de articulação na condução gerencial, ainda que fragmentada entre diversos setores. As falas dos informantes expressam que há sempre uma interface, articulação ou partilhamento nas atividades relacionadas com a AIDPI.

Quadro 1 – Localização e características da Condução Gerencial da AIDPI na estrutura organizacional da Sesab. Bahia, 2003

QUEM (ONDE)	ATRIBUIÇÕES DOS SETORES	CONDUÇÃO GERENCIAL (CARACTERÍSTICAS)
	<ul style="list-style-type: none"> - Tutoramento nas capacitações. - Identificar necessidades e treinamento. - Selecionar os municípios elegíveis Opas prioritários para a implantação da AIDPI. 	<p>1 - Gerenciamento com interface:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Duas superintendências responsáveis pela estratégia e adotando objetivos comuns. - A estratégia AIDPI dependente de vários setores pelas suas características.
	<ul style="list-style-type: none"> - Aperfeiçoamento/adequação da metodologia da capacitação. - Definição da alocação de recursos financeiros para a capacitação. - Tutoramento na capacitação. - Participação na programação e coordenação da capacitação. - Operacionalização de visita de seguimento. 	<p>2 - Gerenciamento colegiado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulação intra-setorial. - AIDPI está sob a responsabilidade de vários setores. - Não há coordenação definida, essa coordenação é partilhada entre duas Superintendências. - AIDPI como um programa de educação permanente.

Entretanto, a essência das atribuições dos diversos setores parece ser a atividade relacionada com o eixo capacitação, prioritariamente os cursos. Apenas um setor define como sua atribuição as visitas de seguimento e um outro se diz responsável pela seleção dos municípios para implantação da AIDPI. Identifica-se que não está claro nem o papel do gestor estadual nem dos gestores municipais em relação à AIDPI, o que precisa ser revisto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por intermédio deste estudo, conclui-se que a implantação da AIDPI no estado da Bahia ocorre em 67 municípios, com a capacitação de 562 profissionais nas três modalidades de curso, sendo as enfermeiras a categoria com o maior número de profissionais capacitados. No entanto, nota-se que ocorreu, nos últimos anos, um decréscimo no percentual de profissionais capacitados, em razão principalmente da diminuição dos recursos financeiros destinados às capacitações e às visitas de seguimento. Ainda assim, os resultados demonstram que o eixo com maior investimento é o da capacitação.

Tal situação revela que o gerenciamento da estratégia, ainda que articulado, sofre com a diluição das responsabilidades entre diferentes superintendências, diretorias e coordenações da Sesab e, ao mesmo tempo, contribui para diluir a responsabilidade dos gestores municipais. Isto significa que a atribuição prioritária da Sesab seria de acompanhar, avaliar e apoiar a implantação das atividades e não de ser responsável, diretamente, por todos os eixos da estratégia, a não ser em municípios com menos recursos técnicos e políticos.

Quanto ao eixo capacitação, este tem sido o foco priorizado pela Sesab, assumido como de sua responsabilidade. Ao mesmo tempo, este eixo permite uma visibilidade imediata, visto que possui uma estruturação e organização prévia que facilitam, em parte, sua implantação. No entanto, este eixo isolado não assegura a implantação da estratégia, bem como o seu efetivo impacto na redução da mortalidade infantil.

Em relação ao eixo da assistência, verifica-se que o percentual de crianças classificadas e tratadas corretamente, assim como as orientações adequadas sobre alimentação, estão mantidas, em média, num patamar de 70%, o que indica a necessidade de maior investimento nas visitas de seguimento por parte dos gestores municipais, a quem cabe a responsabilidade direta pela assistência.

Quanto à infra-estrutura, apesar da identificação da falta de alguns medicamentos, esta não se mostrou um obstáculo intransponível para a implantação da AIDPI nos municípios estudados. Entretanto, as referências

às irregularidades na disponibilidade financeira, por não existir uma alocação específica de recursos, pode ser o que impede a continuidade das atividades.

A avaliação aqui exposta levou em conta não os meros resultados positivos ou negativos da implantação da AIDPI e sim, como propõe Draibe (2001), captou pelo menos alguns aspectos do contexto político que dão sustentação aos aspectos analisados.

Finalmente, a expectativa é de que esta avaliação da AIDPI na Bahia possa contribuir no processo de redirecionar o papel do gestor estadual e de sensibilizar o gestor municipal quanto a seu relevante papel na implantação da estratégia. Esta, se adequada e aperfeiçoada, pode contribuir com as ações de atenção à saúde da criança e ser parte essencial na construção de um novo modelo de atenção à saúde na Bahia, nos demais estados da região Nordeste e em outras regiões do país.

NOTAS

¹ Este artigo é extraído da dissertação, em fase de conclusão, para o mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA, intitulada *Análise da Implementação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no estado da Bahia*.

² Considerado apenas o Curso Operacional (Clínico).

³ Considerados apenas os profissionais médicos e enfermeiras das Unidades de Saúde do PSE, por serem prioridade para a capacitação no estado da Bahia.

⁴ Neste cálculo, a partir de 2000 o denominador é resultado da soma do número de capacitados nesse determinado ano e nos anteriores.

⁵ Uma US com medicamento para AIDPI precisa dispor de pelo menos um antibiótico oral, um antibiótico injetável, um broncodilatador, SRO, um analgésico/antitérmico, ferro e mebendazol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, J. J. F.; CUNHA, A. J. L. A. & SILVA, M. A. S. F. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI: avaliação nas unidades de saúde*. Brasília: Opas/MS, 2002. 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 196 Opas/96, de 10 out. 1996. *Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*. Curso de Capacitação. Módulo Introdutório. Brasília, 2002.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implantação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas pública. In: BARREIRA, M. C. R. N. & CARVALHO, M. C. B. (Orgs.) *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE/Opas/PUC, 2001. p.13-42.
- FELISBERTO, E. *Avaliação do processo de implantação da estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDIP) no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999*, 2001. Dissertação de Mestrado, Recife: Fundação Oswaldo Cruz.
- PRADO, S. R. L. A.; ESCOBAR, E. M. A. & FUJIMORI, E. As diretrizes da assistência à saúde da criança – do Paisc ao AIDPI. In: CIANCIARULLO, T. I. et al. *Saúde na Família e na Comunidade*. São Paulo: Robe Editorial, 2002. p.198-211.