



MEDICINA

**BEATRIZ CARNEVALLI MOTTA NUNES
MAÍRA GUIMARÃES DAHER RESENDE
MARIA EDUARDA MAIA FERNANDES
MARIA TEREZA TEIXEIRA DE ALMEIDA GONÇALVES
MATEUS MACHADO BRAGA
THATIANE JULE PEREIRA ALVES**

**DESENVOLVIMENTO DO MODELO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE COM ÊNFASE NA SAÚDE DA CRIANÇA**

Atividade realizada como requisito parcial
para a conclusão da disciplina de
Internato em Saúde Coletiva.

Orientadores: Lilian Aparecida Amorim
Rodrigues; Mariane Rios Silveira Oliveira;
Endy Puff Mendes do Valle Lippi.

Lagoa Santa

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. OBJETIVO.....	3
2.1. OBJETIVO GERAL.....	3
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	3
3. METODOLOGIA.....	4
4. DESENVOLVIMENTO.....	4
4.1 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA.....	4
4.2 PERFIL DE DEMANDA.....	15
4.3 ATENÇÃO À CRIANÇA	21
4.4 AUTOCUIDADO APOIADO.....	29
5. CONCLUSÃO.....	35
6. REFERÊNCIAS.....	36

1. INTRODUÇÃO

A saúde da criança é fundamental para garantir o desenvolvimento saudável e o bem-estar ao longo da vida. Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde. As políticas públicas desempenham um papel crucial na promoção da saúde infantil, por meio do desenvolvimento de programas e ações direcionadas a esse grupo populacional (BRASIL, 2005a).

Na Constituição Federal de 1988, o Brasil assegura o direito universal à saúde, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, reforçou a proteção integral à criança com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, o país confirmou seu compromisso com importantes acordos e tratados internacionais sobre os direitos humanos da criança. A partir de então, houve um notável progresso na saúde infantil, visto que o Brasil obteve uma substancial redução nas taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser compreendida como uma estratégia de reorganização do sistema de atenção à saúde. Desse modo, a APS desempenha um papel essencial com potencial de reordenar recursos do sistema de saúde para atender às necessidades da população, sendo considerada, portanto, como parte coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse sentido, merecem destaque instrumentos normativos relevantes, como a portaria nº 2.488 de 2011. Essa portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a estrutura da Rede de Atenção à Saúde como uma estratégia para fornecer cuidado integral e específico às necessidades de saúde da população (DAMASCENO, 2016).

Em relação à saúde da criança, a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no ano de 2015 reflete uma colaboração entre instituições para melhorar as iniciativas destinadas à primeira infância e aos grupos mais vulneráveis. Essas ações fundamentam-se nos princípios de direito universal à

vida, equidade, integralidade, atendimento humanizado e participação na gestão (SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020).

De acordo com Macêdo (2016), a Atenção Integral à Saúde da Criança tem um papel fundamental no âmbito de Estratégia Saúde da Família, considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos para o cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção.

Sendo assim, a promoção da saúde da criança é de extrema importância, pois ela contribui para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional saudável. Isso inclui garantir vacinações adequadas, estimular hábitos alimentares saudáveis, proporcionar cuidados médicos regulares e criar um ambiente seguro para o crescimento. Investir na saúde infantil resulta em adultos mais saudáveis no futuro, reduzindo a carga de doenças e melhorando a qualidade de vida geral.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver um Modelo de Instrumento para Avaliação de Políticas Públicas de Saúde do município de Lagoa Santa-MG ,com enfoque na vigilância da saúde, sendo a população alvo do instrumento as crianças do território, visando entender como é a gestão do cuidado de tal população na região.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o cumprimento de ações mínimas necessárias à organização do cuidado com a criança;
- Avaliar se todas as crianças do território estão cadastradas no sistema de saúde;
- Avaliar se o perfil de demanda das crianças são conhecidos a fim de gerar intervenções necessárias individuais;

- Avaliar estratégias realizadas direcionadas à promoção à saúde da criança;
- Avaliar a capacitação dos profissionais para atender a população alvo do estudo.

3. METODOLOGIA

A estratégia metodológica usada para desenvolver esse modelo de instrumento para a avaliação de políticas públicas de saúde em relação a criança, inclui o levantamento e a sistematização de documentos sobre políticas e leis de saúde voltadas ao público infantil nos sites de referência do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde de Minas Gerais e do Distrito Federal, dos estudos universitários, entre outros. Para assim, criar um modelo de avaliação sobre a qualidade do serviço de saúde ofertado para a população infantil do município de Lagoa Santa – MG.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA

“O cuidado à criança dirige-se para a organização dos serviços aliado a um processo que envolva uma rede assistencial capaz de obter impacto sobre as diversas circunstâncias do processo de viver. Trata-se de um fazer/pensar integrado do serviço e da equipe e não da tarefa de um profissional apenas ou de uma categoria isoladamente.

Tais serviços devem ser vistos como um conjunto contínuo e integrado de ações e equipamentos voltados para a promoção, prevenção e proteção da saúde da criança e de sua família, buscando a integralidade da abordagem e do atendimento. Dessa forma, a atenção à saúde da criança na APS representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população.” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE- DF, 2016)

Quadro 1- Instrumento para Avaliação da Organização do Cuidado à Criança.

1.1	As equipes foram capacitadas sobre o manejo clínico e sobre a organização dos processos na linha de cuidado infantil recomendados pelas diretrizes clínicas.
<p>A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).</p> <p>Pontuação:</p> <p>10- As equipes foram capacitadas adequadamente.</p> <p>5- As equipes foram capacitadas parcialmente.</p> <p>0- Ausência de capacitação das equipes.</p>	
1.2	O serviço de saúde oferece os atributos essenciais, tais como: a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação a fim de assegurar maior efetividade da atenção oferecida à criança.

De acordo com Oliveira e Pereira (2013), os atributos essenciais da Atenção Primária são definidos como: atenção ao primeiro contato; integralidade; longitudinalidade; e coordenação do cuidado.

I) O primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde.

II) A longitudinalidade é a atenção orientada para a pessoa, ao longo do tempo e envolve vínculo com os profissionais da atenção primária. A presença desse atributo tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas e a realização de procedimentos de maior complexidade.

III) A integralidade são ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

IV) A coordenação do cuidado pressupõe alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. A coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida.

Pontuação:

10- São oferecidos todos os atributos essenciais na Unidade de Saúde.

5- Ausência de apenas um dos atributos essenciais.

0- Ausência de dois ou mais atributos essenciais.

1.3 A equipe realiza atendimento a todas as crianças cadastradas que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde.

De acordo com o PNAB (2006), uma das atribuições comuns a todos os profissionais é participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

Pontuação:

10- Todos os territórios que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde estão sendo assistidos e acompanhados.

5- Até 50% dos territórios que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde estão sendo assistidos e acompanhados.

0- Menos de 30 % dos territórios que fazem parte da área de abrangência da Unidade de Saúde estão sendo assistidos e acompanhados.

1.4 O monitoramento das agendas é realizado na identificação das crianças faltosas, com a finalidade de fazer busca ativa, além de definir o perfil da demanda.

Segundo G. L. de S., Lucio, C. M., Rodrigues, C. A. Q., & Mendes, D. C. (2014), a equipe de saúde deve realizar controle de crianças faltosas a partir do livro de registro. Toda a equipe deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança.

Pontuação:

10- É realizado o monitoramento das agendas para identificar crianças faltosas e a realização de busca ativa dessas crianças.

5- É realizado o monitoramento das agendas para identificar crianças faltosas, porém não é realizada a busca ativa dessas crianças.

0- Não é realizado o monitoramento das agendas para identificar crianças faltosas e nem mesmo a busca ativa dessas crianças.

1.5

A equipe de saúde exerce a coordenação do cuidado da criança nas ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos

A coordenação do cuidado da criança nas ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE) requer uma abordagem colaborativa e integrada entre os profissionais de saúde e educação. Para que a equipe de saúde consiga exercer essa coordenação de maneira eficaz é necessário:

- comunicação clara;
 - realizar reuniões regulares entre profissionais de saúde e educação para discutir planos de cuidados, intervenções específicas e estratégias de promoção da saúde;
 - avaliar as necessidades de saúde das crianças por meio de triagens, exames e avaliações, e compartilhar essas informações com a equipe de educação para garantir um ambiente escolar seguro e adaptado;
 - Desenvolver programas educativos que abordem questões de saúde relevantes para as crianças, como higiene, alimentação saudável, prevenção de doenças e promoção de atividades físicas;
 - Coordenar a implementação de intervenções de saúde nas escolas, como campanhas de vacinação, exames de saúde, palestras educativas e orientações sobre cuidados preventivos;
 - Envolver as famílias no processo, fornecendo orientações sobre como promover a saúde e o bem-estar das crianças em casa e na escola.
- (BRASIL, 2009)

Pontuação:

10- A equipe de saúde consegue exercer a coordenação do cuidado da criança nas ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

5- A equipe de saúde exerce parcialmente a coordenação do cuidado da criança nas ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

0- A equipe de saúde não consegue exercer a coordenação do cuidado da criança nas ações previstas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

1.6 A rede básica possui estrutura e capacitação profissional satisfatórias recomendados ao cuidado infantil.

A capacitação da equipe de saúde é um dos fatores que colabora para o atendimento à saúde da criança. No entanto, esta capacitação precisa ser ofertada regularmente com intuito de promover impacto positivo na promoção da saúde da criança. Uma opção para promover essa capacitação é a educação permanente e continuada em saúde com intuito de garantir a qualidade dos cuidados infantis. (ALEXANDRE *et al.*, 2010).

Pontuação:

10- A capacitação da equipe de saúde é realizada regularmente.

5- A capacitação da equipe não é realizada regularmente.

0- Ausência de capacitação dos profissionais.

1.7 Na rede de atenção há organização e funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência entre as diferentes especialidades a fim de que seja ofertado atendimento infantil de qualidade.

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, a gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

Pontuação:

10- Há organização e o funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência.

5- Há falhas mínimas na organização e no funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência.

0- Há falhas significativas na organização e no funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência.

1.8	A unidade de atenção à saúde garante recursos humanos, financeiros e técnicos necessários ao atendimento infantil.
------------	---

De acordo com o PNAB (2006), compete às Secretarias Municipais de Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde, ao Distrito Federal e ao Ministério da Saúde desenvolverem mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação

de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica.

Pontuação:

10- É oferecido recursos humanos, financeiros e técnicos.

5- É oferecido recursos humanos, mas os recursos financeiros e técnicos são insuficientes.

0- Todos os recursos oferecidos são insuficientes.

1.9 Em relação à infraestrutura da Unidade Básica de Saúde, essa possui espaço físico, iluminação e ventilação adequados.

De acordo com o PNAB (2006), compete às Secretarias Municipais de Saúde garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas.

A infraestrutura adequada das Unidades Básicas de Saúde (UBS) desempenha um papel fundamental no atendimento às crianças. Ambientes bem projetados e equipados proporcionam um espaço acolhedor e seguro para os pacientes infantis e suas famílias. Investir na infraestrutura das UBS para o atendimento infantil também pode aumentar a eficácia na prestação de cuidados preventivos e curativos, contribuindo para a promoção da saúde e o desenvolvimento saudável das crianças desde cedo.

Pontuação:

10- A unidade possui espaço físico, iluminação e ventilação adequados para o atendimento infantil.

5- A unidade possui espaço físico reduzido ou pouca iluminação ou ventilação inadequada para o atendimento infantil.

0- A unidade possui espaço físico, iluminação e ventilação inadequados para o atendimento infantil.

1.10 No atendimento ofertado às crianças, é valorizada a escuta e o diálogo, permitindo estabelecer laços de vínculo e confiança entre os envolvidos no cuidado (criança, família e profissional).

Segundo a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 do Ministério da Saúde, um dos fundamentos da Atenção básica é desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

Pontuação:

10- O atendimento ofertado valoriza a escuta e o diálogo, valorizando os laços de vínculo e confiança entre os envolvidos.

5- O atendimento ofertado valoriza a escuta e o diálogo, porém há uma dificuldade em estabelecer vínculo e confiança entre os envolvidos.

0- O atendimento oferecido tem apresentado fragilidade no estabelecimento do vínculo entre os envolvidos no cuidado.

1.11 Há uma organização no serviço de saúde que facilita o acesso das crianças, diminuindo o desgaste em fila de espera.

Segundo Cynthia Moura Louzada Farias et al. (2019), o tempo de espera pelo atendimento pode ter impacto na evolução dos casos, influenciando o prognóstico e a qualidade de vida de crianças com doenças graves, sintomáticas ou estigmatizantes. Além disso, ele é um indicador da qualidade dos serviços, por estar relacionado com a capacidade de resposta do sistema às necessidades de atenção à saúde da população.

Para facilitar o acesso das crianças aos serviços de saúde e diminuir o desgaste em filas de espera, algumas medidas podem ser adotadas na organização do serviço de saúde, como:

- Oferecer a opção de agendamento de consultas ou exames previamente;
- Implementar um sistema de triagem rápido e eficiente para avaliar a gravidade do caso;
- Ter uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, permitindo abordagens completas e direcionadas para as necessidades das crianças;
- Analisar periodicamente o fluxo de atendimento para identificar ineficiências, visando otimizar o processo;
- Promover a conscientização sobre a importância de comparecer às consultas agendadas e de chegar no horário para evitar atrasos no atendimento.

Com isso, é possível proporcionar um acesso mais ágil e eficaz aos serviços de saúde para as crianças, reduzindo o desgaste das filas de espera e contribuindo

para um atendimento mais eficiente e satisfatório para os pacientes pediátricos e suas famílias.

Pontuação

10- Há uma organização do serviço que reduz o desgaste na fila de espera.

5- Embora haja uma organização do serviço, o desgaste em fila de espera é algo a ser melhorado.

0- Não há uma organização do serviço que visa reduzir o desgaste na fila de espera.

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2023.

4.2 PERFIL DE DEMANDA

“A atenção básica tem como fundamentos e diretrizes: Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer resposta positiva capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta, ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede.” (AMAQ, 2º ed. 2016)

Quadro 2- Instrumento para Avaliação do Perfil de Demanda.

2.1	A equipe da atenção básica consegue identificar as variadas demandas, problemas e necessidades de saúde da criança a fim de intervir nessas situações de forma resolutiva.
-----	---

Para que a atenção básica seja resolutive, deve ter tanto a capacidade ampliada de escuta e análise, quanto a capacidade de lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas (BRASIL, 2011).

10- A equipe consegue identificar as demandas, problemas e necessidades de saúde da criança

5- A equipe identifica parcialmente as demandas, problemas e necessidades de saúde da criança

0- A equipe não consegue identificar as demandas, problemas e necessidades de saúde da criança

2.2 A equipe de saúde consegue intervir de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da criança.

O conceito de vulnerabilidade enfatiza o contexto de vida social e histórico dos grupos sociais e está estreitamente relacionado ao esforço de superação por meio das práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco. Considera a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos.

A equipe de saúde desempenha um papel fundamental na identificação de riscos e vulnerabilidades em crianças. Para intervir de forma eficaz, os profissionais devem adotar abordagens multidisciplinares e sensíveis às necessidades da criança e da família. Isso envolve:

- avaliar não apenas a saúde física da criança, mas também fatores psicossociais e ambientais que possam impactar seu bem-estar;
- estabelecer uma escuta ativa a fim de criar um ambiente acolhedor;
- utilizar ferramentas de triagem para auxiliar na identificação de riscos;
- compartilhar informações entre os diferentes profissionais envolvidos no atendimento da criança;
- treinamento dos profissionais de saúde para reconhecer os sinais de risco e vulnerabilidade;
- encaminhamentos aos serviços especializados quando identificados riscos ou vulnerabilidades; manter um acompanhamento regular com a criança e a família. (BRASIL, 2010a.)

Pontuação:

10- A equipe de saúde intervém satisfatoriamente de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da criança.

5- A equipe de saúde intervém parcialmente de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da criança.

0- A equipe de saúde não consegue intervir de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade da criança.

2.3	A equipe conhece o perfil de demanda das crianças com deficiência de seu território.
-----	---

É de fundamental importância conhecer o perfil de demanda das crianças com deficiência para realizar acolhimento, tratamento e acompanhamento, visando a diminuição de barreiras e maior autonomia. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da pessoa com deficiência. Política nacional da pessoa com deficiência.)

10- A equipe de atenção à saúde conhece o perfil de demanda das crianças com deficiência em seu território.

5- A equipe de atenção à saúde conhece parcialmente o perfil de demanda das crianças com deficiência em seu território.

0- A equipe de atenção à saúde não conhece o perfil de demanda das crianças com deficiência em seu território.

2.4 As crianças com deficiências e necessidades que requerem um tratamento especializado tem suas demandas supridas pela unidade de saúde

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, o que pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com os demais. O cuidado com a criança com deficiência, por meio do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida, é tarefa essencial para a promoção à saúde, prevenção e intervenção precoce. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por uma rede de atenção à saúde que garante serviços essenciais para essas crianças de 0 a 14 anos. (Ministério

da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da pessoa com deficiência. Política nacional da pessoa com deficiência.)

Pontuação:

10- A unidade de saúde oferece tratamento especializado para crianças com deficiência e necessidades singulares.

5- A unidade de saúde oferece parcialmente tratamento especializado para crianças com deficiência e necessidades singulares.

0- A unidade de saúde não oferece tratamento especializado para crianças com deficiência e necessidades singulares.

2.5	Cartão de vacinação à todas as crianças do território
<p>“Cabe a ESF a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação”(Caderno de Atenção Básica, n 28).”</p> <p>“É direito da criança receber gratuitamente as vacinas indicadas no calendário básico de vacinação.” (Caderneta da Saúde da Criança)</p> <p>As equipes de saúde conseguem cadastrar e inserir todas as crianças do território no sistema de vacinação ?</p> <p>Pontuação:</p> <p>10- Todas as crianças do território estão cadastradas no sistema de vacinação</p> <p>0- Não. Há ainda crianças não cadastradas no sistema de vacinação</p>	

2.6 Cadastro à todas as crianças do território

“A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada originariamente como Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994. Desde então, tem sido parte da política de reorientação das redes de atenção à saúde para qualificação da atenção básica. Cabe a ESF a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Para cumprimento dos seus objetivos, as causas de atendimentos em consultas médicas por uma população devem ser conhecidas.” (Caderno de Atenção Básica, n 28)

As equipes conseguem cadastrar e todas as crianças do território no sistema de saúde (eSUS) ?

Pontuação:

10- Todas as crianças do território estão cadastradas no eSUS

0- Não. Há crianças no território ainda não cadastradas no eSUS

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2023.

4.3 ATENÇÃO À CRIANÇA

O cuidado da criança deve ser pautado na integralidade de todos os aspectos de sua saúde, sendo necessária a visão de todos os pontos de acesso da rede de atenção à saúde. Ela deve ser avaliada em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, contínua e organizada, que impacte na situação de saúde, além de determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2018)

Quadro 3- Instrumento para Avaliação da Atenção à Criança.

3.1	A equipe desenvolve ações para apoio à informatização da gestante e promoção do nascimento saudável para pacientes acompanhados no pré-natal da unidade.
-----	---

A atenção pré-natal e a continuidades do cuidado à gestante é fundamental para a saúde da criança. Representa papel fundamental para detecção e prevenção de patologias maternas e fetais objetivando reduzir riscos. Devem ser realizadas ações específicas para a informatização das gestantes e aos familiares, trazendo informações educativas sobre o parto e o cuidado da criança (Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018).

Pontuação:

10- A equipe desenvolve ações para apoio à informatização da gestante e promoção do nascimento saudável para pacientes acompanhados no pré-natal da unidade.

0- A equipe não desenvolve ações para apoio à informatização da gestante e promoção do nascimento saudável para pacientes acompanhados no pré-natal da unidade.

3.2	A equipe confere se o teste do pezinho foi realizado até o sétimo dia de vida dos bebês assistidos pela equipe.
-----	--

As equipes de saúde devem estar atentas aos bebês que não comparecerem à Unidade de Saúde na primeira semana de vida, sendo a busca ativa por eles essencial. O teste do pezinho detecta doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança (Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Guia SUS do cidadão).

Pontuação:

10- A equipe da Unidade Básica confere se o teste do pezinho foi realizado até o sétimo dia de vida dos bebês e realizam busca ativa caso não tenham feito.

5 – A equipe da Unidade Básica confere parcialmente se o teste do pezinho foi realizado até o sétimo dia de vida dos bebês.

0 – A equipe da Unidade Básica não confere se o teste do pezinho foi realizado até o sétimo dia de vida dos bebês.

3.3 A equipe desenvolve ações, desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, visando incentivar e orientar o aleitamento materno.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até os 6 meses de idade. E que, mesmo após a introdução dos primeiros alimentos sólidos, sigam sendo amamentados até, pelo menos, os 2 anos de idade. Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno é a forma de proteção mais econômica e eficaz contra a mortalidade infantil, protegendo as crianças de diarreias, infecções respiratórias e alergias, entre outras doenças.

I) A equipe recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis primeiros meses de vida da criança e continuado até os dois anos ou mais.

II) Utiliza os momentos de grupos, visitas domiciliares, consultas de pré-natal e consultas agendadas para a família abordar esse tema.

III) Detecta problemas relacionados ao aleitamento materno, baseando-se em instrumentos de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo ou linha de cuidado).

IV) Realiza ações de avaliação e monitoramento, vigilância alimentar e nutricional e cumpre a NBCAL - Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 3º ed, 2000.)

Pontuação:

10 - A equipe da Unidade Básica realiza todos os pontos acima.

5 – A equipe da Unidade Básica realiza pelo menos 2 pontos acima.

0 – A equipe da Unidade Básica não realiza nenhum dos pontos acima.

3.4	São adotadas estratégias de incentivo e de assistência à introdução alimentar de qualidade e em tempo oportuno pela equipe multidisciplinar da UBS.
-----	--

O ministério da saúde recomenda que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos e semissólidos. Tal recomendação ajuda na prevenção de hipovitaminoses e ajuda no desenvolvimento da criança. A equipe multidisciplinar da UBS deve adotar estratégias que apoiem a mãe e a família com informações baseadas em protocolos oficiais, instruindo e acolhendo. (World Health Organization. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: WHO; 2013.)

Pontuação:

10- São adotadas estratégias de incentivo e de assistência à introdução alimentar de qualidade e em tempo oportuno pela equipe multidisciplinar da UBS.

5 – São adotadas estratégias parciais de incentivo e de assistência à introdução alimentar de qualidade e em tempo oportuno pela equipe multidisciplinar da UBS.

0 – Não são adotadas estratégias de incentivo e de assistência à introdução alimentar de qualidade e em tempo oportuno pela equipe multidisciplinar da UBS.

3.5	A equipe multidisciplinar da UBS confere o calendário vacinal das crianças da unidade e promove ações para que estejam sempre completo.
-----	--

As vacinas recomendadas para as crianças têm por objetivo proteger esse grupo o mais precocemente possível, garantindo o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinas nos anos posteriores. A equipe multidisciplinar deve traçar estratégias que garantam a completude do cartão vacinal das crianças assistidas pela UBS, promovendo ações de conscientização da importância e fazendo busca ativa daqueles que mantêm o cartão incompleto (BRASIL, 2014).

Pontuação:

10- A equipe multidisciplinar da UBS confere o calendário vacinal das crianças da unidade e promove ações para que estejam sempre completos.

5 – A equipe multidisciplinar da UBS confere parcialmente o calendário vacinal das crianças da unidade e não promove ações para que estejam sempre completos.

0– A equipe multidisciplinar da UBS não confere o calendário vacinal das crianças da unidade e não promove ações para que estejam sempre completos.

3.6 Os multiprofissionais da atenção à saúde estão capacitados para utilizar estratégias relacionadas às doenças prevalentes na infância.

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI Neonatal) é uma estratégia que permite avaliar, classificar e tratar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de zero a dois meses de idade. (BRASIL, 2012).

10- A equipe de atenção à saúde está capacitada para utilizar estratégias relacionadas às doenças prevalentes na infância.

5- A equipe de atenção à saúde está parcialmente capacitada para utilizar estratégias relacionadas às doenças prevalentes na infância.

0- A equipe de atenção à saúde não está capacitada para utilizar estratégias relacionadas às doenças prevalentes na infância.

3.7 Os serviços odontológicos estão inseridos à equipe de Saúde da Família visando o cuidado integral à saúde da criança

As equipes de Saúde da Família são compostas por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Pode ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes: dentista, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal. A equipe de Saúde Bucal é responsável pelo cuidado contínuo, sendo responsável por realizar ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2009).

Pontuação:

10- Os serviços odontológicos estão inseridos na equipe de Saúde da Família.

5- Os serviços odontológicos estão parcialmente inseridos na equipe de Saúde da Família.

0- Os serviços odontológicos não estão inseridos na equipe de Saúde da Família.

3.8 A equipe de Atenção Básica está sempre atenta para identificar e solucionar casos de violência contra a criança.

Todos os profissionais que atendem crianças devem estar atentos aos sinais e sintomas físicos e comportamentais associados à violência ou à negligência no momento em que se precede à anamnese ou ao exame físico.

Muitos sinais e sintomas são inespecíficos, sendo, portanto, necessário contextualizar a situação em que os sintomas se apresentam, conhecer os sentimentos e o comportamento da criança e a forma como ela se relaciona dentro e fora do grupo familiar. A criança pode ser levada para o atendimento ao evidenciar uma história de falhas no seu desenvolvimento, tais como: desnutrição, obesidade, sintomas depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física).

Após prestar o acolhimento, o atendimento e fazer a notificação do caso suspeito ou confirmado, a equipe deve acionar a rede para a adoção de medidas de proteção à criança, especialmente perante o conselho tutelar (BRASIL, 2012).

Pontuação:

10- A equipe consegue identificar e solucionar os casos de violência contra a criança.

5- A equipe consegue identificar, porém tem dificuldade de solucionar os casos de violência contra a criança.

0- A equipe não consegue identificar e solucionar os casos de violência contra a criança.

3.9 A equipe de Atenção Básica acompanha as crianças com idade até nove anos, definindo prioridades a partir da avaliação e classificação de risco e análise de vulnerabilidade

A partir do 2º ano de vida até os 9 anos são preconizadas consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (INSTITUTE..., 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE et al., 2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003) [D].

I) É preconizada a realização de consultas anuais da criança a partir dos dois anos de idade até os nove anos.

II) A equipe possui registro das crianças de até nove anos, realiza avaliação e classificação de sinais de risco e tratamento oportuno a partir de definição de prioridades de atendimento e acompanhamento.

III) O acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização ocorre por meio de consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, orientações sobre promoção do desenvolvimento infantil e prevenção e controle de carências nutricionais com suplementação profilática de vitamina A para menores de cinco anos, além de grupos operativos com famílias, com o registro no cartão ou caderneta de saúde da criança.

IV) A equipe identifica, notifica e acompanha casos de violência à criança.

Pontuação:

10 - A equipe da Unidade Básica realiza todos os pontos acima.

5 – A equipe da Unidade Básica realiza pelo menos 2 pontos acima.

0 – A equipe da Unidade Básica não realiza nenhum dos pontos acima.

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2023.

4.4 AUTOCUIDADO APOIADO

Objetiva a sistematização de ferramentas que ofereçam meios que gerem conhecimento e habilidades para que o indivíduo tenha conhecimento de toda a sua esfera de saúde. Baseando-se em apoio multidisciplinar, para que as pessoas possam conhecer seus problemas, ter conhecimento dos tratamentos disponíveis, mudar atitudes diárias em relação ao problema, bem como saber onde buscar o suporte necessário. Centralizar o indivíduo e estreitar seu relacionamento com a resolução do problema, sem dúvidas, aumenta as taxas de sucesso.

Quadro 4- Instrumento para Avaliação do Autocuidado Apoiado

4.1	Existe o oferecimento de educação permanente para a equipe de saúde voltado para o apoio ao autocuidado infantil dos usuários.
<p>São promovidos treinamentos individualizados para os profissionais de cada equipe que compõe a estrutura multidisciplinar no que tange ao incentivo à promoção da saúde infantil de acordo com as necessidades de aprendizagem de cada setor: a) Grupos de discussão acerca de temas da saúde infantil; b) palestra na uba voltada aos profissionais com especialistas pediátricos; c) Simulações de casos clínicos em reuniões quinzenais; d) Desenvolvimento de jornadas com temáticas da saúde da criança.</p> <p>Pontuação:</p>	

10 - São oferecidos treinamentos de educação permanente para toda equipe multidisciplinar periodicamente.

5 - São oferecidos parcialmente treinamentos de educação permanente para a equipe.

0 - Não é oferecido nenhum tipo de treinamento em educação permanente para a equipe.

4.2 A equipe multidisciplinar promove o estreitamento da relação com os responsáveis por cada criança de modo a aproximar o usuário aos cuidados preventivos e promover o autocuidado.

Os profissionais buscam por estratégias que promovam um bom relacionamento entre os responsáveis pelo menor e a equipe de saúde da família:

- a) Promoção da comunicação efetiva;
- b) Incentivo ao respeito ao ambiente;
- c) Aplicação de decisões democráticas;
- d) Fomento à comunicação não violenta.

O fortalecimento do vínculo entre eles maximizam o sucesso das ações desenvolvidas estimulando a implementação de atitudes de autocuidado, além de ajudar na melhor resolução de eventuais desafios e conflitos do processo.

Pontuação:

10 - Há total promoção do estreitamento da relação entre cuidador e equipe multidisciplinar.

5 - Há promoção parcial do estreitamento da relação entre cuidador e equipe multidisciplinar.

0 - Não há promoção do estreitamento da relação entre cuidador e equipe multidisciplinar.

4.3 **Os cuidadores têm acesso a canais de comunicação que permitam a manifestação de expectativas e resolução de eventuais dúvidas quanto ao autocuidado da criança.**

Está disponível e acessível ao responsável pela criança canais de comunicação tais como ouvidoria, redes sociais, sites, blog, correio eletrônico, livro de registros, entre outros, a fim de que os usuários expressem suas necessidades, reclamações, solicitações e sugestões. Esses canais possibilitam o acolhimento, o registro de sua manifestação e demanda, além de subsidiar a análise de tais demandas para o direcionamento de ações.

Pontuação:

10 - Há total acesso pelos cuidadores a canais de comunicação com a equipe de saúde para manifestação de dúvidas quanto ao autocuidado da criança.

5 - Existe parcialmente canais de comunicação entre cuidador e equipe de saúde.

0 - Não existem canais de comunicação entre cuidador e equipe de saúde.

4.4 São fomentadas a promoção de grupos de discussão de temas entre cuidadores e profissionais multidisciplinares para trocas de experiências e conhecimento de recomendações dadas pelas diretrizes de saúde infantil.

A gestão da unidade estimula e apoia o desenvolvimento de grupos de conversa entre os profissionais especializados e os usuários responsáveis pela criança, seja em reuniões na UBS ou em canais virtuais, como as comunidades de práticas, Telessaúde, grupos de discussão, sítio virtual interativo e rede social colaborativa.

Pontuação:

10- Há total acesso pelos cuidadores a canais de comunicação com a equipe de saúde para manifestação de dúvidas quanto ao autocuidado da criança.

5 - Existe parcialmente canais de comunicação entre cuidador e equipe de saúde.

0 - Não existem canais de comunicação entre cuidador e equipe de saúde.

4.5 A equipe de profissionais busca estabelecer parcerias que promovam seu espaço como uma unidade de formação e aprendizagem em autocuidado infantil.

A gestão da unidade fomenta o desenvolvimento de ações formativas e produção de conhecimento nas UBS tais como: pesquisas, atividades de extensão e práticas de educação e atenção para estudantes de nível médio, técnico, graduação e pós-graduação. Esses eventos são compartilhados com os usuários

de modo a auxiliar na promoção do autocuidado infantil e oferecer acolhimento a preocupações.

Pontuação:

10 - Há parcerias que promovem a unidade como unidade de formação e aprendizagem em autocuidados voltado aos cuidadores.

5 - Há parcerias parciais que visem o aprendizado e a formação em autocuidado para os cuidadores.

0 - Não há parcerias que visem o aprendizado e a formação em autocuidado para os cuidadores.

4.6 A equipe de Atenção Básica desenvolve treinamento aos cuidadores para atuação em situações de emergência infantil.

Realiza ações de educação em saúde junto à população, articulando-se com a equipe de profissionais especializados em atendimentos emergenciais visando o preparo para tais situações com crianças. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, os acidentes domésticos são a principal causa de mortes de crianças de 1 a 14 anos no Brasil. Assim sendo, são oferecidos treinamentos de prevenção de acidente de consumo e doméstico, manejo de intoxicações, quedas, afogamento, queimaduras, entre outros, disponibilizando informações práticas de primeiros socorros para pais e cuidadores a fim de promover o autocuidado emergencial.

Pontuação:

10 - Há treinamento completo para atuação em emergência infantil.

5 - Há treinamentos parciais para atuação em emergência infantil.

0 - Não há programas de treinamento para atuação em emergência infantil.

4.7 A equipe realiza a avaliação da capacidade de autocuidado, escolaridade e motivação dos responsáveis pela criança usuária do serviço.

São realizadas discussões, baseadas nas informações colhidas pelos agentes comunitários de saúde, a respeito do grau de instrução, interesse, suporte e comprometimento do responsável pelo menor no que tange a capacidade de implantação de práticas de autocuidado. Dessa forma, tem-se a possibilidade de se instituir novas formas de promoção ao autocuidado infantil, instituindo-se metas de cuidado com a criança e seu responsável de acordo com os recursos individuais para mudança de comportamento, tais como: introdução alimentar saudável, detecção de marcos do desenvolvimento, manejo de situações básicas de emergência, acompanhamento do calendário vacinal, periodicidade de consultas programadas, necessidade de avaliação, dentre outros. Por fim, acompanha-se o alcance dessas metas, oferecendo assistência e cuidado quando necessário, pautando-se nas particularidades de cada família e na promoção de estratégias de equidade.

Pontuação:

10 - É realizada de maneira efetiva a avaliação da capacidade de entendimento e de autocuidado dos cuidadores.

5 - É realizada de forma parcial a avaliação da capacidade de entendimento e autocuidado dos cuidadores.

0 - Não é realizada a avaliação da capacidade de entendimento e autocuidado dos cuidadores.

4.8 A equipe da unidade básica possui, implementa, apoia e monitora um plano de autocuidado utilizado por todos os cuidadores da unidade.

A equipe da unidade básica atualiza e dissemina constantemente um plano de autocuidado infantil, baseado nas recomendações do Ministério da Saúde, destinado a cuidadores de usuários menores de idade. As informações nele contidas são repassadas por meio de visitas domiciliares, consultas com a equipe multidisciplinar e em reuniões programadas.

Pontuação:

10 - Há um plano de autocuidado e ele está implementado com sucesso entre os cuidadores na unidade.

5 - Há parcialmente um um plano de autocuidado entre os cuidadores na unidade.

0 - Não há um plano de autocuidado efetivo na unidade.

Fonte: Desenvolvido pelos autores, 2023.

5. CONCLUSÃO

Não restam dúvidas de que enxergar o cuidado à saúde da criança de forma integralizada demonstrou-se a forma mais eficaz e completa de cuidar dessa faixa etária tão relevante e determinante da vida da população.

A Rede de Atenção Básica, por sua vez, se destaca por sua importância e protagonismo neste processo e, por isso, foi alvo da construção deste método de

avaliação da qualidade do atendimento a essa parcela da sociedade. Seu uso busca destacar os componentes da atenção escolhidos, com intuito de melhorar as defasagens, evidenciar as demandas particulares do município nesse quesito e reforçar os aspectos já positivos, corroborando com a melhora geral na maneira de cuidar do público infantil.

Ao aplicar esse instrumento de avaliação na RAS voltada para a Atenção à Saúde da Criança de Lagoa Santa, portanto, espera-se que toda a equipe de saúde e comunidade do município tenham ganhos relevantes nesse âmbito, de modo a refletir na melhora da qualidade de vida dos jovens e futuros adultos de maneira integralizada.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005a.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: MS; 2018.
3. Damasceno SS, Nóbrega VM da, Coutinho SED, Reichert AP da S, Toso BRG de O, Collet N. **Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(9):2961–73. <Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9y97dqhzbFyhcvvYprvrbVx/>> Acesso em Agosto de 2023
4. Silva GS, Fernandes D de RF, Alves CRL. **Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(8):3185–200. <Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SD445xFnCbTKZV9BsXGGtcl/>> Acesso em Agosto de 2023.

5. Macêdo, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/** Vilma Costa de Macêdo– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.
6. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Protocolo de Atenção à Saúde: **Atenção à Saúde da Criança**. Brasília: Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde, dezembro de 2016.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
8. Oliveira, Maria Amélia de Campos e Pereira, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2013, v. 66, n. spe, pp. 158-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: agosto 2023.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ; (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
10. G. L. de S., Lucio, C. M., Rodrigues, C. A. Q., & Mendes, D. C. (2014). **Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência**. *Revista Da ABENO*, 13(2), 42–49. <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v13i2.89>
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica no 24 – Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf. Acesso em: 05 agosto 2023.

12. Alexandre AMC, Bicudo DO, Fernandes APP, Souza C, Maftum MA, Mazza VC. **Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa.** Online braz. j. nurs [periódico na Internet]. 2010 abr; 9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801/633>. Acesso em Agosto 2023.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2017.
14. Farias, Cynthia Moura Louzada et al. **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. Saúde em Debate.** v. 43, pp. 190-204. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>>. Acesso em 8 agosto de 2023.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Auto avaliação para melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica - AMAQ.2ª Edição,** Brasília, 2016. Disponível em: <https://amaq.lais.huol.ufrn.br/> Acesso em: 18/08/2023.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: . Acesso em: 9 agosto de 2023.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da pessoa com deficiência.** Política nacional da pessoa com deficiência.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>.

19. Aline Coletto Sortica, Gabriela Hartman, Cardozo, Gisleine Lima da Silva, Melissa de Azevedo, Nadiane Albuquerque Lemos. **Guia do pré-natal na atenção básica**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018.
20. Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. **Guia SUS do cidadão** (Fôlder impresso).
21. Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. 3a edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.
22. World Health Organization. **Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition**. Geneva: WHO; 2013.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.