

Curso de Especialização em Saúde da Família

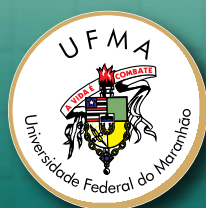
MÓDULO 5 • UNIDADE 2

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



Curso de Especialização em Saúde da Família

MÓDULO 5 • UNIDADE 2

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES

**São Luís
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.
CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO TÉCNICA:

Cláudio Vanucci Silva de Freitas, Edison José Corrêa, Estela Aparecida Oliveira Vieira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Paola Trindade Garcia e Walquíria Lemos Soares

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

Fábio Alex Matos Santos

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde da criança e a Saúde da Família: trabalho em equipe e planejamento de ações/Fabrcio Silva Pessoa; Mae Soares da Silva; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014.

41f. : il.

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Corrêa, Edson José. III. Vieira, Estela Aparecida Oliveira. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V. Garcia, Paola Trindade. VI. Soares, Walquíria Lemos. VII. Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é identificar o papel da Equipe de Saúde da Família no planejamento das ações em saúde da criança.

Serão abordadas questões sobre a Equipe de Saúde da Família, ferramentas da ESF, planejamento de ações voltadas à saúde da criança, além de conhecer a avaliação do risco, acolhimento e ações de promoção e prevenção para a criança, contribuindo assim para a atuação do médico da família na Estratégia Saúde da Família.

Bons estudos!

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Etapas do planejamento e programação local em saúde.....	9
Figura 2 –	Exemplo de território, em que as cores representam as “áreas” e os números representam “microáreas”.....	12
Figura 3 –	Integrantes do processo de territorialização	13
Figura 4 –	Esquema de funcionamento do PMAQ.....	21
Quadro 1 –	Estrutura do instrumento AMAQ-AB: Equipe de Atenção Básica.....	22
Quadro 2 –	Situações de risco de média (Grupo I) e alta gravidade (Grupo II) para crianças até os 10 anos.....	24
Figura 5 -	Fluxograma de acolhimento à criança na unidade de saúde.29	
Figura 6 -	Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.....	31

SUMÁRIO

1	TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES.....	8
1.1	Ferramentas da prática da Equipe de Saúde da Família	10
1.1.1	Territorialização	11
1.1.2	Mapa inteligente.....	13
1.1.3	Sistema de Referência e Contrarreferência	14
2	CADASTRAMENTO E CADERNETA DA CRIANÇA	15
2.1	Cadastramento da família	15
2.2	Caderneta da Criança.....	17
2.3	Qualidade da Atenção	18
2.3.1	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)	18
2.3.2	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)	21
3	AVLIAÇÃO DO RISCO NA ESF E O MATRICIAMENTO DE PEDIATRIA NA ATENÇÃO BÁSICA	23
3.1	Avaliação do risco na Estratégia Saúde da Família (ESF)	23
3.2	Matriciamento de Pediatria na APS	24
4	HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO, ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL E DEMANDA ESPONTÂNEA	27
4.1	Humanização e acolhimento.....	27
4.2	Demanda espontânea.....	28
5	AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS.....	32
5.1	Grupos educativos	32
5.2	Palestras educativas na Saúde da Criança	33
5.3	Dinâmicas em grupo	34
6	A CRIANÇA NO CONTEXTO DA FAMÍLIA E DO AMBIENTE.....	36
	REFERÊNCIAS	37

UNIDADE 2

1 TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES

O processo de trabalho das equipes de atenção básica envolve o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais. Assim, é possível programar e implementar atividades de atenção à saúde de acordo com as “necessidades da população adscrita de crianças, priorizando intervenções clínicas e sanitárias sobre os problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência” (BRASIL, 2012a).

O planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança deve ainda considerar as particularidades de cada faixa etária. Por exemplo, o risco de acidentes segundo a idade, a saber:

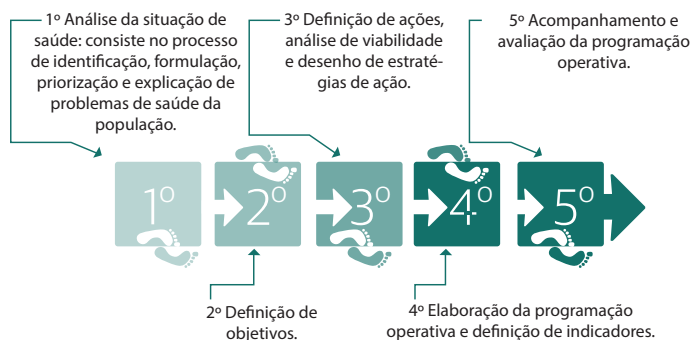
- Menores de 2 anos (lactentes): estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas. Atenção: os meninos estão mais propensos a sofrer acidentes do que as meninas.
- Pré-escolares (2 a 6 anos): sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras.
- Escolares (6 a 10 anos): podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações.
- Adolescentes: é de se ressaltar a elevada vulnerabilidade desse grupo às causas externas, em proporções mais significativas que no restante da população, uma vez que estas ocupam o primeiro lugar na mortalidade juvenil. Ex.: agressões (homicídios), acidentes de transportes terrestres, suicídios etc (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança tem como objetivos:

- Acompanhar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual;
- Ampliar a cobertura vacinal;
- Promover a educação alimentar e nutricional;
- Promover a segurança e a prevenção de acidentes;
- Promover a atenção integral à saúde da criança e a suas famílias em situação de violência,
- Estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças prevalentes na infância, de acordo com a realidade local;
- Promover a saúde física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias;
- Propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social (BRASIL, 2012a).

Mas, e na prática, como planejar? Conheça a proposta de condução do Planejamento e Programação Local em Saúde, de Vilasbôas (2004):

Figura 1 – Etapas do planejamento e programação local em saúde.



Realizar reuniões a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe é atribuição comum a todos os profissionais da atenção básica (BRASIL, 2012a).

1.1 Ferramentas da prática da Equipe de Saúde da Família

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, “que tem como proposta o cuidado integral de pessoas, em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde” (SARTI et al., 2012).

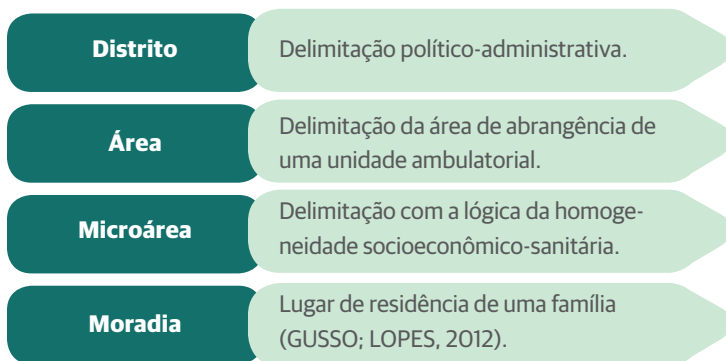
Os serviços realizados pelas equipes de Saúde da Família devem ser organizados de forma que atendam às demandas da população e necessidades de saúde não percebidas, como o rastreamento de doenças e educação em saúde. Assim, cuidados voltados para uma população específica devem incluir a atenção a esse público, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes (DEL CIAMPO et al., 2006).

O planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas em saúde da criança exige, também, um movimento para a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida de suas famílias. Assim, os profissionais das equipes de Saúde da Família devem convidar a população para participar do planejamento das ações de saúde, evitando que esta seja uma prática voltada apenas para a resolução de problemas imediatos. As ações em saúde devem ser integradas e direcionadas para os principais problemas da área adscrita, fazendo-se necessária a utilização dos subsídios provenientes dos sistemas de informação, a articulação com outros setores para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e, principalmente, o estabelecimento de vínculo com a população.

Ações de caráter preventivo e de promoção de saúde devem, necessariamente, trabalhar com a educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações que antecipem os riscos de agravos à saúde e ofereçam medidas preventivas mais eficazes. Para tanto, a criança deve ser entendida em seu ambiente familiar e social, assim como o comportamento das pessoas que lhe prestam cuidados nas etapas do seu desenvolvimento, considerando o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que a família está inserida (PEIXOTO, 2011).

1.1.1 Territorialização

A territorialização é necessária tanto na implantação de uma Equipe de Saúde da Família, quanto como uma ferramenta de estratégia rápida para reconhecimento, identificação e responsabilização sanitária de uma determinada área, para, em seguida, estabelecer um relacionamento horizontal com outros serviços adjacentes. A territorialização é definida como um “processo de análise territorial visando a uma base organizativa dos sistemas de saúde e do planejamento da vigilância em saúde” (GUSSO; LOPES, 2012). Território é o espaço limitado político-administrativamente ou por ação de um grupo social. No âmbito municipal, podemos identificar na ordem os seguintes territórios:



Segundo o Ministério da Saúde, cada Equipe de Saúde da Família realiza sua atuação em uma “área”, que deve residir em torno de 2.400 a 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 indivíduos (BRASIL, 2006). Por sua vez, a unidade operacional do Agente Comunitário de Saúde é a microárea, que congrega um conjunto de famílias com a quantidade máxima de 750 habitantes (BRASIL, 2009).

deve ser conhecido e mapeado pela equipe, em seus vários aspectos, a considerar:

- Geografia
- Habitação
- Acesso e transporte
- Emprego e renda
- Saneamento
- Comércio.

Figura 3 – Integrantes do processo de territorialização.



1.1.2 Mapa inteligente

Um aspecto interessante é a existência permanente de um “**mapa inteligente**” na Unidade Básica de Saúde (UBS). O mapa inteligente consiste em um instrumento para o planejamento que tem como objetivo melhorar a qualidade no serviço de saúde. As microáreas de abrangência da USF estão compostas por ações de territorialização que coletam informações geográficas e de saúde obtidas no diagnóstico da comunidade (CARDOSO et al., 2011).

Observe as etapas iniciais para construção do mapa inteligente de uma determinada área:

Para construção adequada do mapa você deve contar com o auxílio da população, por meio da proximidade das estratégias da sua equipe e dos conselhos de saúde, a fim de evitar uma prática voltada apenas para resolver problemas imediatos. Além disso, faz-se necessária a utilização dos subsídios provenientes dos sistemas de informação, bem como a articulação com outros setores da sociedade (CARDOSO et al., 2011).

O mapa inteligente possui informações sobre a localização das microáreas, equipamentos sociais, pessoas ou famílias em alto risco ou em situação especial: “grávidas; prematuros; doentes crônicos; acamados em atenção domiciliar; pacientes com tuberculose; paciente com hanseníase, além de poder mapear grupos vulneráveis na área adscrita” (CARDOSO et al., 2011).

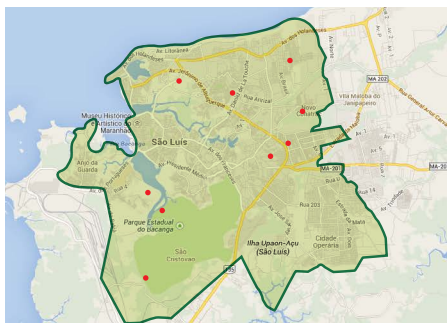
1.1.3 Sistema de referência e contrarreferência

A organização da assistência à saúde em linhas de cuidado constitui uma estratégia para superação da desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, visando garantir a continuidade do cuidado integral, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, assim como referência e contrarreferência responsável (BRASIL, 2004).

▪ Sistema de referência

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes, espera-se que a AB oportunize:

- Consultas para mãe e criança;
- Estímulo à presença do pai sempre que possível;
- Apoio ao aleitamento materno;
- Imunizações;
- Coleta de sangue para o teste do pezinho;
- Acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança (BRASIL, 2008).



É importante que a equipe de Saúde da Família conheça sua referência e tenha mapeado os hospitais, maternidade, serviços especializados de atendimento, entre outros locais de referência.

▪ Sistema de contrarreferência

O compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família deve ser sempre mantido. É importante a contrarreferência por escrito (relatório de atendimento e proposta terapêutica) da unidade especializada para a equipe de atenção básica, o que é fundamental para qualificar o seguimento da criança (BRASIL, 2008).

2 CADASTRAMENTO E CADERNETA DA CRIANÇA

2.1 Cadastro da família

Dentre o escopo de atribuições dos profissionais pertencentes às Equipes de Atenção Básica, nas quais estão incluídas as equipes de Saúde da Família, é comum a todos os profissionais:

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012b).

Mas qual a importância prática de se manter atualizado o cadastramento das crianças?



Imagine que você atua como médico de uma UBS situada em região de extrema pobreza, com casos importantes de desnutrição infantil. Um cadastro atualizado das famílias, por conseguinte das crianças assistidas pela UBS, permitiria, por exemplo, um acompanhamento detalhado dos casos de desnutrição infantil ou ainda a busca ativa das crianças faltosas, especialmente aquelas com desnutrição moderada e grave.

O Ministério da Saúde disponibiliza, por meio do e-SUS, os seguintes instrumentos para obter informações das famílias (BRASIL, 2012b):

- Ficha de Atendimento Individual;
- Ficha de Cadastro Individual;
- Ficha de Cadastro Domiciliar;
- Ficha de Visita Domiciliar;
- Ficha de Atendimento Odontológico Individual;
- Ficha de Atendimento Coletivo Individual;
- Ficha de Procedimento.

SAIBA MAIS!

Sobre orientações para o preenchimento das fichas da Coleta de Dados Simplificada e-SUS AB, acesse: <http://goo.gl/vY26mK>



2.2 Caderneta da Criança



Caderneta
da menina

Caderneta
do menino

É um instrumento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos. É um documento único para cada criança, recebido gratuitamente na maternidade com as anotações sobre o nascimento do bebê feitas pela equipe de saúde que atendeu ao parto e nascimento. São distribuídas pelo MS direta-

mente para as secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios com mais de 200 mil habitantes. Cabe às secretarias de Saúde distribuir para as maternidades no território, de forma que cada criança nascida em território nacional adquira gratuitamente a caderneta, em cumprimento ao estabelecido na Portaria Nº 1.058, de 4 de julho de 2005 (BRASIL, 2013).

Os profissionais devem verificar se as mães receberam na maternidade a Caderneta da Criança, para que nela sejam feitas anotações dos marcos de crescimento e desenvolvimento em cada atendimento. Informações sobre os diferentes aspectos da saúde da criança são imprescindíveis para que a Caderneta cumpra seu papel na vigilância e promoção da saúde.

A Caderneta se torna efetivamente um instrumento de articulação entre a unidade básica de saúde e os serviços de especialidades, de emergências e hospitalares. Deve ficar com a mãe da criança, para que ela possa disponibilizá-la à Equipe de Saúde da Família quando for solicitada nas visitas domiciliares ou na USF. O registro, pelos profissionais de saúde, das informações sobre os diferentes aspectos da saúde da criança é imprescindível para que a caderneta cumpra seu papel na vigilância e promoção da saúde.

SAIBA MAIS!

O Ministério da Saúde também disponibiliza as cadernetas de saúde do adolescente. Acesse:

Caderneta de Saúde do Adolescente - Menino.

<http://goo.gl/KeXKO8>

Caderneta de Saúde da Adolescente - Menina.

<http://goo.gl/3Js87t>

2.3 Qualidade da Atenção

Atualmente, a garantia da qualidade da atenção constitui um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, envolver os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social.

2.3.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal (PORTAL DA SAÚDE, 2012).



Em 2013 aconteceu o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira foi a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, Atenção Básica parametrizadas, e saúde bucal. Não haverá limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade foi a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ.

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1ª Fase

Adesão e contratualização:

Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

2ª Fase

Desenvolvimento:

Na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.

O sistema do AMAQ para inserir os resultados da autoavaliação não será utilizado. Para a certificação é importante que todas as equipes tenham na UBS o documento que comprove a realização do processo autoavaliativo, no momento da visita dos avaliadores da qualidade (Universidade). A comprovação da realização desse processo será necessária para a equipe obter o percentual de 10% referente à autoavaliação na certificação das equipes (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

3ª Fase	<p>Avaliação externa:</p> <p>A terceira fase consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com instituições de ensino e pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.</p>
4ª Fase	<p>Pactuação:</p> <p>Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de recontractualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB (PORTAL DA SAÚDE, 2012).</p>

SAIBA MAIS!

Acesse: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>

Para mais informações acesse também a Comunidade de Práticas.

www.atencaobasica.org.br

Entenda como funciona na prática o PMAQ.

Figura 4 – Esquema de funcionamento do PMAQ.



Fonte: PORTAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: entenda o Requalifica UBS. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php>.

2.3.2 Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)



O Ministério da Saúde elaborou a ferramenta "Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)" que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual está inserido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB surge como uma das principais estratégias indutoras de qualidade, colocando a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde. A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e tam-

bém problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A ferramenta está organizada com base em dois componentes nucleares ou unidades de análise: competência da **gestão e equipe**. A avaliação compreende quatro dimensões que se desdobram em outras subdimensões, e, estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a Atenção Básica. Descrevem-se no quadro abaixo as dimensões dos componentes nucleares (Quadro 1).

Quadro 1 - Estrutura do instrumento AMAQ-AB: Equipe de Atenção Básica.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção integral à saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ**: material de apoio para a autoavaliação das equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://goo.gl/eYThmV>.

A atenção à saúde da criança é avaliada, principalmente, na subdimensão “Atenção integral à saúde” (BRASIL, 2013). A AMAQ-AB define padrões de qualidade, sendo atribuída a cada padrão uma escala de pontuação (variando entre 0 e 10 pontos). Portanto, o instrumento define o padrão de qualidade esperado. Observe o exemplo abaixo:

A equipe de Atenção Básica realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização na população de crianças até 10 anos. Acompanhe na animação abaixo os possíveis resultados:

- O ponto 0 (zero) indica o não cumprimento do padrão.
- Valores entre 0 e 10: são graus intermediários de conformidade/ atendimento da situação analisada.
- Ponto 10: indica a total adequação.

3 AVALIAÇÃO DO RISCO NA ESF E O MATRICIAMENTO DE PEDIATRIA NA ATENÇÃO BÁSICA

3.1 Avaliação do risco na Estratégia Saúde da Família (ESF)

É atribuição comum a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família: “Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

A avaliação da presença de situações de risco e vulnerabilidade deve constar na abordagem à saúde da criança desde a primeira consulta observando aspectos como:

- Presença de problemas familiares e socioeconômicos;
- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo;
- Não realização de vacinas;
- Suspeita ou evidência de violência etc (BRASIL, 2012a ; BRASIL, 2012b).

O quadro abaixo traz um exemplo que pode ser adaptado para sua realidade, inserindo a quantidade de crianças de que a equipe é responsável, quantas se encontram em situação vulnerável etc.

Quadro 2 – Situações de risco de média (Grupo I) e alta gravidade (Grupo II) para crianças até os 10 anos.

Grupo I	Grupo II
<p>Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe com baixa escolaridade; • Mãe adolescente; • Mãe deficiente mental; • Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças; • Morte materna; • História de óbito de menores de um ano na família; • Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis; • Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas; • Recém-nascido retido na maternidade; • Desnutrição; • Internação prévia. 	<p>Acompanhamento pelo pediatra/especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso ao nascer; • Prematuridade; • Desnutrição grave; • Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística; • Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar; • Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados.

Fonte: ALVES, Cláudia Regina Lindgren; MOULIN, Zeína Soares; SANTOS, Luana Carolina dos. Atenção à saúde da criança: aspectos básicos. Belo Horizonte: NESCON, UFMG, 2013. 145 p. Disponível em: <http://goo.gl/wpbjDL>.

No diagnóstico de saúde da comunidade, é importante estar atento ao surgimento de situações caracterizadas como de importante risco para o adoecimento e morte da população infantil.

3.2 Matriciamento de pediatria na Atenção Primária à Saúde

Os profissionais que atuam na ESF precisam de uma formação generalista, com especialização em Saúde da Família. Ações de saúde voltadas para a

criança, como a puericultura, são comumente prestadas por tais profissionais, mas muitos casos são encaminhados para os serviços que contam com o médico especialista em pediatria.

De acordo com o Ministério da Saúde, as USF trabalham com a concepção de equipe de referência territorial, em que é sua responsabilidade a atenção integral aos sujeitos da sua área de cobertura. Assim, pensar a ESF e o matriciamento de pediatria é pensar em um arranjo organizacional que complementa as equipes de referência, no qual o apoio matricial é uma alternativa ao encaminhamento e pode ser prestado por serviços de referência/especialidades, por especialistas isolados ou outros profissionais que lidam com o doente (BRASIL, 2004a).

No contexto da ABS, o matriciamento de pediatria implica no suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de Saúde da Família, a fim de incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples. Os serviços de referência podem participar junto às equipes de referência da elaboração de projetos terapêuticos de pacientes que são tratados simultaneamente pelas suas equipes. Tal proposta pode ser efetivada a partir de supervisão de atendimentos e discussão de casos, assim como intervenções conjuntas, respeitando as ações de complexidade básica, como promoção, proteção e recuperação da saúde.

TOME NOTA

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência, segundo duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Sua operacionalização depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2004a).

NÃO ESQUEÇA!

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado. Tal lógica torna possível o vínculo terapêutico, uma vez que amplia a oferta de ações em saúde sem que o usuário deixe de ser assistido pela equipe de referência do seu território.

▪ O Telessaúde e o apoio em pediatria

Telessaúde

Telessaúde é o uso das modernas tecnologias da informação e comunicação para atividades a distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário). Possibilita a interação entre profissionais de saúde ou entre eles e seus pacientes, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnóstico ou até mesmo terapêuticos (através da robótica) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Neste sentido, um Núcleo de Telessaúde (NT), ou serviço de Telessaúde, pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos.

Quais são os serviços oferecidos pelo Telessaúde Brasil?

De acordo com a Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, aprovada pelo Ministério da Saúde, o Telessaúde oferece aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS, os seguintes serviços:

- **Teleconsultoria** – é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line);
- **Telediagnóstico** – é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico através de distância e temporal;

- **Tele-educação** – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação; e
- **Segunda opinião formativa** – é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS (BRASIL, 2011).

SAIBA MAIS!

Acesse: <http://programa.telessaudebrasil.org.br/>

4 HUMANIZAÇÃO, ACOLHIMENTO, ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL E DEMANDA ESPONTÂNEA

4.1 Humanização e acolhimento

Um pilar essencial na construção deste novo modelo de atenção é a humanização, política do Ministério da Saúde do Brasil, que tem como eixo norteador o acolhimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Nesse sentido, o acolhimento busca, com as instituições de saúde, ampliar o grau de corresponsabilidade dos atores, que constituem a rede assistencial, na produção de saúde, e requer a mudança na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho (SANTOS et al., 2007).

De acordo com Moraes (2005), esta mudança na atenção à saúde implica, acima de tudo, “a criação de vínculos entre os profissionais e usuários por meio de uma postura acolhedora, garantindo os seus direitos, bem como de seus familiares”. Com relação à gestão dos processos de trabalho, esse mesmo autor ressalta que significa buscar uma aproximação entre “a oferta de ações e serviços às necessidades e demandas da população”.

Assim, o trabalhador da saúde deve ser empático com o usuário, a fim de sentir quais são suas necessidades, atender, orientar e ou direcionar para

o ponto do sistema que seja capaz de responder às demandas (RAMOS; LIMA, 2003). Não significa a resolução completa do problema, mas atenção dispensada na relação que envolve a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades e a sua transformação em objetos de ação em saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

SAIBA MAIS!

Sugerimos a leitura do texto: Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Acesse: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n12/10.pdf>.

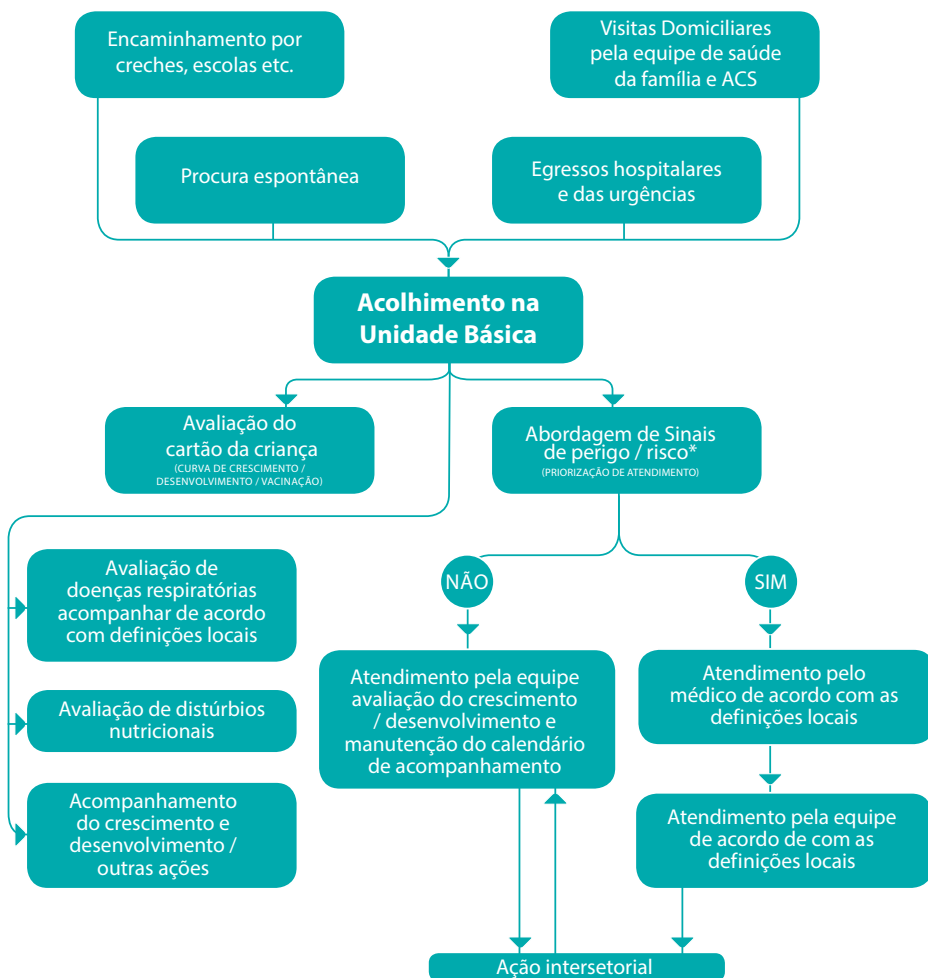
4.2 Demanda espontânea

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles os serviços de Atenção Básica. Está entre as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012a).

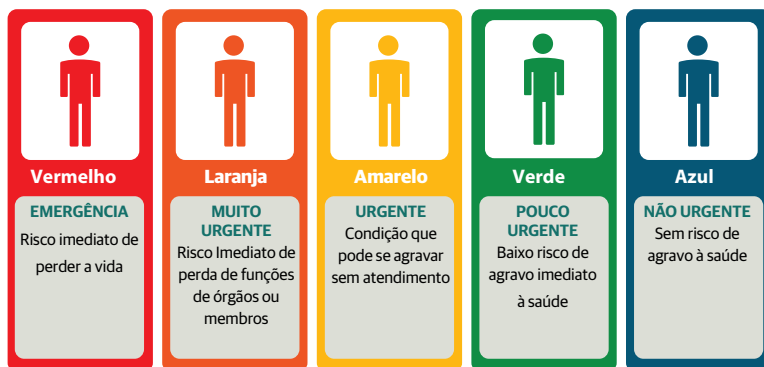
Tais ações envolvem aspectos de organização da equipe e seu processo de trabalho, assim como aspectos relacionados à resolutividade no cuidado e condutas. O acesso com equidade deve ser preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Observe um fluxograma de acolhimento à criança na unidade de saúde.

Figura 5 - Fluxograma de acolhimento à criança na unidade de saúde.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://goo.gl/7a1gWS>>.

Uma estratégia importante na garantia do acesso com equidade é a adoção da avaliação/classificação de risco e de vulnerabilidades, que possibilita identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, assim, realizar as devidas priorizações.



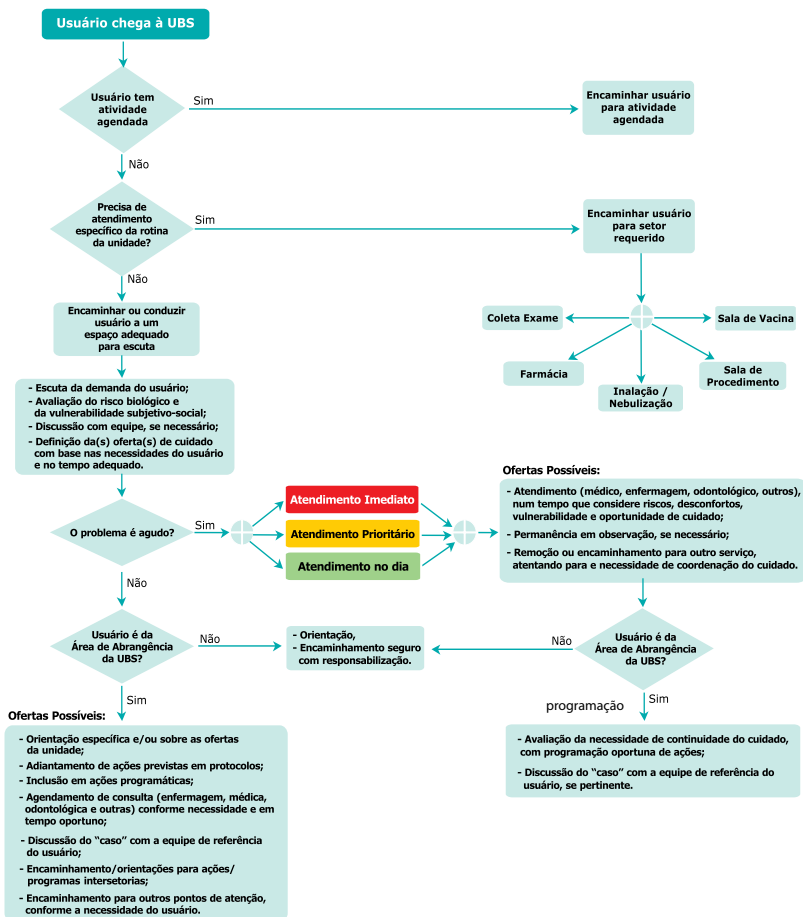
É recomendável também que os profissionais, entre eles o médico, façam esse tipo de observação ativamente, principalmente nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são oportunidades de identificação dos riscos mais evidentes.

Para o acolhimento, **o trabalho em equipe** é fundamental. Já na recepção da unidade, o atendente, o porteiro ou o segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso.

Acompanhe o exemplo: uma criança com febre alta, dispnéia importante, convulsionando, com alteração do nível de consciência etc. O reconhecimento destes e de outros sinais de risco pelos funcionários que circulam ou permanecem nas áreas de recepção/espera pode e deve ser encorajado. A figura abaixo demonstra o fluxograma de acolhimento à demanda espontânea preconizado pelo Ministério da Saúde.

Figura 6 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.

Ministério da Saúde | Secretaria de Atenção Básica | Departamento de Atenção Básica



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: < <http://goo.gl/ihPtXX> > .

SAIBA MAIS!

O Caderno de Atenção Básica nº 28 intitulado “Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica” traz informações importantes sobre o acolhimento. Acesse: <http://goo.gl/NMDwHS>.

5 AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS

5.1 Grupos educativos

A criação de um grupo educativo amplia o conceito de atenção à saúde da criança, possibilitando construir novas alternativas, modos de subjetivação, transformação das práticas em saúde e mudanças no processo de trabalho, podendo aplicar ações que visam a promoção e prevenção à saúde. Algumas características são importantes para criação de um grupo, a saber:

LOCAL
O local das sessões em grupo deve ser reservado e tranquilo, sem distrações, suficientemente amplo, com mobiliário simples e discreto, preferencialmente uma sala dedicada apenas a esta função.
DURAÇÃO
A duração dos grupos pode variar de acordo com as características dos participantes. Para alguns grupos uma vez por semana será suficiente. A duração de uma sessão em grupo poderá estender-se entre uma hora e meia e duas horas, dependendo das atividades, bem como da disposição dos envolvidos.
RECURSOS
As cadeiras utilizadas, por exemplo, deverão ser cômodas e simples, dispostas em círculo de forma a que todos os participantes se possam ver. De preferência deverão ser empilháveis ou dobráveis, pois algumas dinâmicas de grupo requerem mais espaço livre. Além disso, procure utilizar recursos presentes na unidade, assim como os disponíveis na comunidade.
TERRITÓRIO
No território os encontros também possibilitam aproximar os pais da unidade de saúde e permitem que os pais se organizem também como comunidade, resgatando o poder sobre aquilo que é público e coletivo, como as escolas do território, os serviços de saúde da unidade, entre outras instituições em comum para estes cidadãos.

Ao se dispor a executar um grupo educativo, alguns passos devem ser seguidos, alguns passos devem ser seguidos:

- 1º Passo: Planejamento do grupo;
- 2º Passo: Definição do método;
- 3º Passo: Preparar-se para o papel de coordenador/facilitador;
- 4º Passo: Registro da ação educativa;
- 5º Passo: Avaliação da ação.

5.2 Palestras educativas na Saúde da Criança

As palestras educativas na saúde da criança envolvem toda a ESF, podendo ter a participação do Nsf, e possuem os objetivos de informar, esclarecer e conscientizar as crianças e familiares acerca de medidas de promoção e prevenção de saúde, principalmente na realidade que as rodeia.

Em algumas comunidades onde existe falta de saneamento básico, deve-se realizar palestras preventivas sobre cuidados com o consumo da água, higiene das mãos a fim de evitar o parasitismo intestinal. É o momento em que se privilegiam as orientações sobre os problemas do cotidiano envolvendo temas relacionados à higiene bucal, educação alimentar, vacinação, a educação ambiental, entre outros. Essa atividade possibilita a mediação do projeto com os problemas da comunidade, favorecendo reflexões e tomadas de atitude frente às demandas identificadas

5.3 Dinâmicas em grupo

As dinâmicas de grupo para crianças são atividades que, quando bem empregadas, produzem resultados muito positivos estimulando a aprendizagem, além de proporcionar um momento de descontração nas rotinas de atendimento, desenvolvendo um forte vínculo com a equipe de Saúde da Família. Observe a seguir as vantagens das dinâmicas em grupo:

- A experiência vivida na atividade de sensibilização possibilita a reflexão sobre os temas e fatores abordados, bem como aos problemas decorrentes da construção coletiva de um objetivo comum, propiciando uma reflexão a respeito e a busca de soluções.
- As atividades favorecem a participação e ação dos envolvidos, porém são utilizadas respeitando-se uma série de elementos: afinidade de interesses, organização, objetivos, tipo e tamanho do grupo, entre outros. A experiência vivida nas dinâmicas possibilita a reflexão sobre os temas e fatores abordados. Busca-se a promoção de dinâmicas adaptadas à realidade vivida.
- Além das dinâmicas convencionais, pode-se também fazer adaptações para novas brincadeiras e dinâmicas, sendo assim a criança ficará muito bem distraída e se sentirá alegre por fazer algo que lhes agrada e lhes deixem felizes, e esse é justamente um dos intuitos das dinâmicas para crianças.

Que tal inserir a dinâmica de grupo “Momento Higiene” em alguma atividade de sua UBS? Confira orientações para execução dessa dinâmica.



Objetivos:

- Executar a lavagem das mãos de forma correta;
- Realizar a higiene e armazenamento dos alimentos da maneira certa;

Conteúdos:

- Lavagem das mãos passo a passo!
- Como cuidar dos alimentos: higiene e armazenamento.

Metodologia:

1. Contextualizar: Breve conversa a respeito dos temas abordados, a fim de explicar a importância da dinâmica e situá-los.
2. Demonstração: O profissional irá ensinar às crianças as etapas da higienização das mãos com auxílio de figuras e música, bem como, a maneira correta de lavar os alimentos e armazená-los.
3. Dinâmica - lavagem das mãos: O profissional sujará a mão de cada criança com tinta guache de cor escura, após isso todos serão levados para um local onde tenha pias onde executarão a lavagem das mãos, em fila sob supervisão do profissional.
4. Degustação: As crianças receberão uma bisnaguinha com queijo e caixinha de achocolatado.

Recursos:

Humano, E.V.As coloridos, lápis de cor, canetinha, cola, tesoura, fita adesiva, tinta guache, detergente, papel toalha, bisnaguinha, queijo e achocolatado em caixinha, recipientes de plástico, bucha, toalha descartável, bacia, alimentos artificiais, colher, água sanitária.

Avaliação:

- Diagnóstica: perguntas e respostas
- Somática: dinâmica - Que mãozinha suja!

Cronograma:

Ações	Tempo (minutos)
Revisão	10
Lavagem das Mãos	20
Higienização dos alimentos	20
Degustação	10
Total	60

Referência:

A Prática Diária na Estratégia Saúde da Família \ Dayse Maria Moraes e Souza (Org). - Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

6 A CRIANÇA NO CONTEXTO DA FAMÍLIA E DO AMBIENTE

Pereira-Silva e Dessen (2003), afirmam que as interações estabelecidas no microsistema família são as que “trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais (ex.: escola, local de trabalho dos genitores, clube) também contribuam para o seu desenvolvimento”. Sigolo (2004) descreve a família como “espaço de socialização infantil”, pois se constitui em “mediadora na relação entre a criança e a sociedade”.

Para o melhor acompanhamento das crianças na Atenção Básica recomenda-se a utilização de ferramentas que possibilitem demonstrar as relações entre a criança e a família (genograma) e a relação entre a criança e o ambiente (ecomapa).

SAIBA MAIS!

Sugerimos a leitura do texto: Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família. Acesse: <http://goo.gl/X3MQrP>.

Considerações Finais

Na unidade 2, foram abordadas as ações em saúde desenvolvidas na ESF voltadas para a saúde da criança focando em seu contexto familiar. Espera-se que você possa levar todo o conteúdo trabalhado para seu ambiente de trabalho e, em equipe, colocar em prática os princípios e diretrizes que orientam a ESF e o SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: < <http://goo.gl/pPTrTJ> >. Acesso em: 27 fev. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

____. _____. _____. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ**: material de apoio para a autoavaliação das equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://goo.gl/bF4Wqd>. Acesso em: 28 fev. 2014.

____. _____. **Caderneta de saúde da criança**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://goo.gl/sOPVKx>. Acesso em: 27 fev. 2014.

____. _____. Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 out. 2011a. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://goo.gl/9G3LEf>. Acesso em: 28 fev. 2014.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: < <http://goo.gl/CsOJrG> >.

____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/aYy42R> >. Acesso em: 26 fev. 2014.

____. _____. _____. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/zmClfr> >. Acesso em: 27 fev. 2014.

____. _____. _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < <http://goo.gl/dStuig> >. Acesso em: 13 ago. 2012.

____. _____. _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < <http://goo.gl/2ZfbsQ> >. Acesso em: 20 fev. 2012.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: guia de implantação municipal AMQ**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < <http://goo.gl/eToKVL> >. Acesso em: 13 set. 2012.

____. _____. Secretaria - Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/je6gA8> >. Acesso em: 13 set. 2012.

CARDOSO, Carine Guterre et al. Mapa inteligente: planejamento em ações de saúde no município de Santa Cruz do Sul. In: SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO, 2., 2011, Santa Cruz do Sul, 2011. **Anais...**, Santa Cruz do Sul: UNISC, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/MfMPrW>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução no 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2002.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://goo.gl/L1h0ab>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, p. 143-51, 2004.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. 846 p.

MORAIS, M. S. T. **Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF**: discurso de enfermeiras. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

PEIXOTO, Diana Cláudia Teixeira. **Puericultura na Estratégia Saúde da Família**: estudo observacional. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, CE, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/WcAzHQ>. Acesso em: 27 fev. 2014.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças com síndrome de Down e suas interações familiares. **Psicol Reflex Crit**, v. 16, n. 3, p. 503-514, 2003.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/luCUL4>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

RAMOS, D. D. ; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 27-34, 2003.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, p. 75-85, 2007.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

SIGOLO, S. R. R. L. (2004). Favorecendo o desenvolvimento infantil: ênfase nas trocas interativas no contexto familiar. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes. p. 189-195. São Carlos: Edufscar.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68 p.

Leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: < <http://goo.gl/kcceuW> >. Acesso em: 13 set. 2012.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JOR, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2316-2322, dez. 2010.