



## (RE)PENSANDO AS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA.

Paula Thissiany de Oliveira Gurgel, Julia Torres de Holanda, Maria Rafaela Alexandre Rodrigues Silva, Thayná Tavares Cavalcanti<sup>1</sup>, Roumayne Fernandes Vieira Andrade<sup>2</sup>.

*Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB - [adm@facisa.edu.br](mailto:adm@facisa.edu.br)*

**Resumo:** O presente artigo trata-se de um estudo direcionado à atenção a saúde da criança que é proposta pelo Ministério da Saúde e garantido de forma constitucional pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva-se através da reflexão acerca de como está sendo realizada a atenção a saúde da criança, interligadas as noções de integralidade e Vigilância a Saúde que nortearam o funcionamento do serviço, buscando verificar se as práticas estão sendo implantadas de maneira adequada dentro do serviço de saúde no que diz respeito à atenção integral a saúde da criança. A partir do perfil epidemiológico da comunidade analisada, é possível perceber as reais necessidades de saúde da criança, diante disso almeja-se a elaboração de propostas de intervenção a que virão a preencher lacunas encontradas dentro do serviço de saúde. Tal estudo foi realizado com base em uma captação da realidade numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Pau dos Ferros, localizado no estado do Rio Grande do Norte, como também uma revisão bibliográfica atenta do referencial teórico indicado durante a disciplina de Saúde Coletiva e que nos trouxe noções de integralidade, Vigilância a Saúde e necessidades básicas de saúde, que foram de grande importância para a construção desse artigo através de uma breve revisão de literatura. Diante das reflexões feitas percebe-se que a atenção a saúde da criança é insuficiente para a realização de ações integrais com vista às noções de vigilância a saúde e integralidade que norteiam as ações e práticas no serviço de saúde do nosso país.

**Palavras Chaves:** Saúde da Criança, Integralidade, comunidade, Saúde coletiva.

### 1 INTRODUÇÃO

“Depende de nós, quem já foi ou ainda é criança, que acredita ou tem esperança, quem faz tudo por um mundo melhor. (...)”

(Depende de Nós - Ivan Lins/Victor Martins)

Com vista nas compreensões das transformações políticas, econômicas e culturais que nossa sociedade tem enfrentado ao longo desses anos notamos o quanto essas mudanças sociais influenciam os perfis epidemiológicos, condicionando o modo de adoecer e, conseqüentemente, a forma de prestação de serviços de saúde. Tais transformações trazem consigo uma série de questionamentos acerca das práticas de saúde, que foram fundamentais para os avanços atingidos na saúde.

A conseqüente consolidação do SUS, fruto de movimentos como a Reforma Sanitária,





trouxe noções de como o serviço de saúde deveria se organizar, para prestar uma melhor assistência à população, estabelecendo princípios que trazem em seu seio noções de integralidade e vigilância à saúde. Estes princípios têm por finalidade tornar as práticas de ações de saúde mais abrangente, percebendo a totalidade em que o indivíduo está inserido. Para tanto, a vigilância a saúde atuará em três dimensões: Da territorialização, que venha a ser a demarcação do território atendido; dos problemas de saúde detectados nesse território e por último a intersetorialidade, que tem por objetivo articular-se com outras secretarias do município para melhor atender as necessidades sociais de saúde identificadas na comunidade. Nesta perspectiva, a vigilância a saúde serve como meio para se atingir as práticas da integralidade, que de modo geral deve reconhecer o indivíduo em sua totalidade dentro da comunidade.

Abordaremos os perfis epidemiológicos como reflexos da dinâmica social, que se configura na determinação das reais necessidades sociais de saúde. Assim, para melhor entendimento das formas de adoecimento e morte, faz-se necessário a compreensão do perfil de produção, perfil de reprodução e perfil saúde-doença da comunidade.

Dentro desse panorama, constatamos que apesar dos avanços terem sido muitos as ações de saúde na prática estão aquém das reais necessidades de saúde da população. Dessa forma, trataremos as ações de atenção à saúde da criança estabelecida pelo Ministério da Saúde ao mesmo tempo em que confronta com a atenção a criança que se configura na prática. Esse confronto só pode ser realizado graças a captação da realidade que nos permitiu observar aspectos inerentes às práticas dos profissionais de saúde e a organização dos serviços, no que diz respeito a atenção a saúde da criança.

Esses aspectos serão abordados e criticados em todos os momentos da construção deste artigo, objetivando a criação de propostas de intervenção que visa auxiliar e suprir as reais necessidades de saúde encontradas no serviço, direcionado à atenção primária à saúde da criança.

## 2 METODOLOGIA

Realizamos uma pesquisa bibliográfica, aqui entendida como levantamento e análise do que já se produziu acerca de um assunto considerado como tema de pesquisa científica. Coletamos artigos científicos publicados em português. Para a coleta, utilizamos a o *site* da Biblioteca Virtual de Saúde



(BVS). As buscas aos textos foram realizadas no mês de maio de 2016 e maio de 2017, com as expressões: Saúde da Criança, Integralidade, comunidade, Saúde coletiva. Definimos ainda que só fossem incluídos os textos produzidos no Brasil, sem restrição à data de publicação, escritos por profissionais ou graduandos e que o artigos estivesse disponível na íntegra. Foram encontrados sete artigos e um foi excluído, porque o tema central não abordava a sífilis na gestação. Ao final foram selecionados seis artigos. Além disso, a captação da realidade foi feito a partir de um questionário semi-estruturado que abordava perguntas referentes ao tema junto a equipe de saúde.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1 Análise acerca da assistência prestada a saúde da criança.**

A sociedade em toda sua complexidade e dinamicidade é orientada pelos ideais sociais e econômicos do Capitalismo. Este é determinante dos processos de produção e reprodução sociais que permeiam todo modo de andar a vida da população. Pois se consolida como modelo econômico hegemônico se valendo do discurso Neoliberal para legitimar suas ações, que visam unicamente, o acúmulo de capital e a interferência mínima do Estado na economia e nas questões sociais. Dessa forma, o Estado busca através de programas, limitar a assistência, privilegiando-se as ações curativas orientadas pelo modelo clínico de atenção a saúde.

O modelo clínico centra-se no corpo individual e biológico, valorizando assim aspectos anatomo-fisiológicos do individuo, restringindo as ações de saúde à cura de corpos doentes. Essa postura fragmenta o individuo em partes e direciona a assistência em saúde às ações de caráter individual e curativo. Tal modelo pode ser observado na tecnificação da atitude médica e se consolida nos avanços tecnológicos, o que afirma a especialização que vem sendo amplamente difundida entre os profissionais da área de saúde.

Além de direcionar o olhar para aspectos curativistas onde se observa a importância do diagnóstico e da terapêutica imediatos. Todos esses aspectos abordados são reflexos do modelo Flexeneriano que se baseiam no capitalismo e promovem a alienação dos profissionais e usuários do serviço.

“O paradigma Flexeneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constituiu uma ancora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica.” (Mendes, cap. 4, pág 239)



Tendo em vista que o modelo referido não atende as reais necessidades de saúde da população, sentiu-se a necessidade da construção de uma nova concepção acerca de como deveria está orientado o sistema nacional de saúde que viesse atender a dinamicidade da sociedade. Diante da insatisfação frente às ações e praticas de saúde, surge o movimento da reforma sanitária comandado pelos intelectuais e militantes que visavam uma transformação da então concepção de saúde predominante. A VIII Conferencia Nacional de Saúde é considerada o marco da Reforma Sanitária, pois se discutiu abertamente as reivindicações sobre novas políticas de saúde, que resultaram na criação de um Sistema Único de Saúde contra-hegemônico que se consolida pela homologação da Lei Orgânica 8.080/90.

O SUS se organiza com base em três princípios: universalidade, equidade e integralidade. A universalidade, é a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, assim, o direito a saúde da criança fica assegurado neste principio. A equidade é o fato de assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégio ou barreiras. No que diz respeito a integralidade, não se deve formular um conceito único, mais de um modo geral podemos considerar que trata-se do reconhecimento, na prática dos serviços, do que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Baseado nisso, o Ministério da Saúde, em relação à atenção a saúde da criança, determina que as ações devem ser direcionadas nas seguintes linhas de cuidado, como foi visto no manual saúde da criança:

- 1- Promoção do nascimento saudável, onde se volta a atenção para a mãe. Orienta-se sobre hábitos alimentares ideais, risco do tabagismo, alcoolismo. Diagnostico e tratamento de possíveis doenças como anemias, doenças crônicas (diabetes, hipertensão) e esclarecimento sobre o risco de transmissão vertical. Além disso, deve-se promover a imunização contra doenças como rubéola e Hepatite B, entre outros cuidados.
- 2- Acompanhamento do recém-nascido de risco, que apresentam baixo peso, prematuros.
- 3- Imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com a realização do teste do pezinho (para identificação de possíveis patologias) e aplicação das vacinas obrigatórias. Incentivo do aleitamento materno, avaliação crescimento e desenvolvimento adequado à idade. Realização da avaliação nutricional e acompanhamento de doenças prevalentes na infância (principalmente aquelas ligadas ao aparelho respiratório).

Tendo em vista todas essas questões, foi realizado uma capitação e interpretação da realidade vivenciada na Unidade Básica de Saúde São Judas Tadeu, no município de Pau dos



Ferros, mostrando a sistematização das práticas e ações de saúde da comunidade que são determinadas historicamente e culturalmente. A UBS analisada é a que atende ao maior número de famílias dentro do município.

A UBS oferece programas mínimos, estabelecidos pelo governo federal, de atenção à população em geral e, conseqüentemente, à criança. Os programas de atenção à saúde da criança se resumem ao acompanhamento pré-natal e ao CD, tendo em vista que as crianças são acompanhadas até 1 ano de idade. Não se percebe a execução de nenhum programa paralelo àqueles desenvolvidos pelo governo federal. O serviço obedece a uma demanda espontânea e a uma demanda programada. A unidade em questão também estabelece programas integrados com outras unidades.

O perfil epidemiológico reflete a forma que determinado indivíduo se insere na sociedade, que por sua vez determina as formas de adoecimento e morte. O perfil epidemiológico é formado pelo perfil de produção, perfil de reprodução e perfil de saúde-doença. O perfil de produção reflete a maneira como trabalha, como o indivíduo se insere na dinâmica social, ou seja, como este produz a sua base material de existência que, por conseguinte, determina o perfil de reprodução, que é a forma de se andar a vida. Os dois últimos perfis citados acima determinaram o perfil de saúde-doença, que são as manifestações do processo saúde-doença, ou seja, forma de adoecimento e morte. Logo, toda a dinâmica de vida (trabalho, bens de consumo, moradia, entre outros) reflete no processo saúde-doença. Então as necessidades de saúde podem manifestar-se e, qualquer um desses perfis. A partir do perfil epidemiológico, entendemos o sujeito num contexto dentro de uma sociedade e com suas especificidades sendo esse conhecimento importante para determinar ações mais eficazes tanto de promoção, como prevenção e reabilitação de saúde.

O perfil epidemiológico da comunidade se caracteriza pela frequência de patologias de fácil tratamento, como por exemplo, gripes sazonais. Isso se deve a uma população que dispõe de um elevado poder aquisitivo e de um bom índice de escolaridade, uma vez que a situação econômica e o grau de instrução estão intimamente relacionados com o entendimento sobre saúde, resultando em uma procura frequente da comunidade aos serviços de saúde, o que facilita a realização de programas de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

O perfil epidemiológico produz informações para ações de saúde, que tem por objetivo modificar a realidade de saúde da população, baseados na vigilância à saúde; esta se vale da epidemiologia para captar as necessidades sociais de saúde na comunidade e desta forma



interferir nos modos de adoecer e morrer dos indivíduos.

A vigilância a saúde se consolida em três dimensões: a territorialização, onde se compreende o espaço da vida dinâmica que abrange características e necessidades sociais de saúde semelhante, ou seja, é a noção exata de toda a área que a unidade de saúde atende. Os problemas de saúde, são o conhecimento das necessidades sociais de saúde que acometem a população no território em questão, para a partir de então, serem traçadas estratégias de intervenção de tais problemas. A intersetorialidade, de modo geral se refere às políticas públicas interligadas, ou seja, é a articulação entre todas as secretarias que visam modificar os perfis saúde-doença da população.

Com vista nas práticas de vigilância a saúde e integralidade, as competências de cada profissional que trabalha na UBS seguem o que é estabelecido pelo Ministério da Saúde. Porém, percebe-se a necessidade de uma maior articulação entre as diversas categorias que compõem a instituição, tendo em vista a importância da integração entre todos os profissionais para que se desenvolva um atendimento integral. Devemos salientar que a prática da integralidade não se restringe à interação dos profissionais, como também compreende a postura de cada profissional frente ao usuário. Para Mendes, “cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”<sup>23</sup>

Observou-se que a maioria dos programas de direcionam para a dimensão preventivista, ou seja, ligadas a promoção proteção e recuperação, porém articulados com as necessidades (curativistas). Com relação ao processo de trabalho em enfermagem, existe a compreensão de que a finalidade do processo é transformar o perfil epidemiológico de cada categoria tendo com aliados para atingir tais mudanças os meios e instrumentos de que a enfermagem dispõe. Sendo assim, o foco de intervenção se configura como objeto do processo de trabalho em saúde. O assistir/intervir, o gerenciar, o ensinar/aprender e o investigar se realizam no sentido de proporcionar a integralidade nos serviços de modo a não reduzirmos o olhar durante a atenção à saúde da criança.

Deve-se salientar que a integralidade não possui um conceito formulado diante das diversas facetas dos serviços de saúde, compreendendo-se um sentido diferenciado para o que é a integralidade. Por exemplo: Em uma consulta de CD, o profissional não deve se limitar apenas ao pesar e medir a crianças, mas voltar seu olhar para indícios de outras necessidades,



que não sejam as que motivaram o acesso do indivíduo ao serviço de saúde, como a verificação de hematomas na criança que podem indicar possíveis maus tratos ou até mesmo outros problemas orgânicos. Essa avaliação não deve ser restrita aos médicos e enfermeiros, mas também considerada por todos os profissionais que integram os serviços de saúde.

Concomitante a consulta, deve-se atentar para aspectos e necessidades sociais, que possam influenciar o desenvolvimento da criança, pois a mesma dispõe de especificidades características da idade, que dificultam o acesso desta criança ao serviço e também o acompanhamento.

A integralidade como um modo de organizar as práticas, vem sendo instaurada em uma perspectiva horizontalizada. A partir da implantação do SUS, ela deve deixar de ser uma atitude individual e passar a ser uma marca da maneira de sistematizar o processo de trabalho, realizada como intuito de otimizar seu impacto epidemiológico. Porém, na realidade se faz uso apenas de programas verticais, que são aqueles estabelecidos prioritariamente pelo governo. Na UBS São Judas Tadeu a equipe de saúde efetiva os programas específicos direcionados a crianças, por meio da organização da demanda programada, preconizando aspectos essenciais ao crescimento e ao desenvolvimento, que se realizam através de diretrizes programáticas estabelecidas em protocolos e que devem ser seguidas por cada profissional. Mas a demanda espontânea não é descartada, visto que esta é responsável pelo suprimento das necessidades emergências sentidas pelo usuário, além de expor aos serviços o real perfil epidemiológico da comunidade.

“A demanda espontânea pode ser vista como a expressão de uma outra forma de percepção das necessidades de saúde que de modo algum pode ser ignorada quando se discute a organização de serviços de saúde. E a demanda espontânea não se reduz a um perfil de morbidade, pois outras podem ser as razões dos que buscam os serviços de saúde.”(Mattos, pág. 56)

De acordo com os processos históricos e culturais que influenciaram a implantação e execução de ações e práticas de saúde percebeu-se a dificuldade do exercício da integralidade na dimensão de prática, tendo em vista que o sistema de saúde não dá o suporte e não se organiza de modo favorável a realização da integralidade. Por exemplo, a não disponibilização de recursos tecnológicos, funciona como uma barreira que acaba por romper com a integralidade, ou em casos em que os profissionais não dispõem de conhecimentos sobre a definição de integralidade, ou até mesmo, este é impedido de realizar a integralidade



devido a questões culturais do usuário.

A integralidade é um processo nunca acabado, pois acompanha toda dinâmica e mudanças enfrentadas pela sociedade visto que estas mudanças alteram os perfis epidemiológicos da mesma. Nessa perspectiva, a integralidade surge como um princípio organizacional dos serviços de saúde, uma vez que tem como objetivo tornar abrangente a compreensão das necessidades de saúde de uma determinada comunidade, com suas especificidades, levando sempre em consideração o indivíduo como parte integrante do processo junto aos profissionais.

Devemos ressaltar que a prática da vigilância a saúde em toda sua complexidade e abrangência deve ser utilizada na assertiva de proporcionar a integralidade na assistência à saúde da criança. Visto que a vigilância a saúde não se restringe apenas em suas três dimensões, mas vai além, estruturando-se também nas práticas de atenção curativa, prevenção de patologias, acidentes e na promoção à saúde. No que diz respeito à saúde da criança, a vigilância a saúde pode ser implantada extra muros, visando efetivar a integralidade do serviço prestado e conseqüente melhoria da qualidade de vida dessas crianças.

### **3.2 Um novo olhar acerca da assistência a saúde da criança**

Diante do que foi exposto, nota-se a necessidade de uma reestruturação das práticas dos serviços de saúde, voltadas para a atenção à saúde da criança, tendo em vista a urgência de ações que contemplem as necessidades de saúde da criança em uma perspectiva horizontalizada dos serviços prestados, considerando que a dinamicidade de uma comunidade condiciona as características dos perfis epidemiológicos que vão influenciar no processo de saúde-doença da criança. Dessa maneira, seguem-se propostas de intervenção direcionadas à realidade captada na Unidade Básica de Saúde pesquisada no município de Pau dos Ferros/RN.

É primordial traçarmos o perfil epidemiológico das crianças, pois este determina a maneira como o indivíduo se insere na sociedade, influenciando as formas de adoecimento e morte. A partir do perfil epidemiológico torna-se possível o reconhecimento das reais necessidades de saúde da criança, para que possamos delinear ações que venham atender a essas necessidades. Devemos ressaltar que a apreensão dos perfis epidemiológicos é de extrema importância para a elaboração de ações de saúde, não apenas voltados para a criança,



mas também ao público em geral, que visam uma intervenção concreta com vista à integralidade e vigilância a saúde. Podemos sugerir a participação dos universitários na elaboração desse perfil, que trazem novas discussões pertinentes para identificar as necessidades de saúde da criança e com isso criar ações de intervenção sobre estas necessidades.

Partindo da noção de que o desenvolvimento adequado da criança tem como suportes principais a família e a escola, faz-se necessário a articulação da UBS com tais instituições. A UBS prossegue com realização dos programas mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, pois os mesmos são essenciais para a assistência à saúde da criança. Porém, esses programas mínimos não atendem as especificidades de saúde da comunidade, por se configurarem em uma perspectiva verticalizada. Nesse sentido buscaremos a associação de programas mínimos executados na UBS com programas extramuros que se dará em parceria com outras instituições.

Essa articulação se daria de maneira horizontalizada, objetivando a participação de todos que interferem no desenvolvimento da criança. Dessa maneira, sugerimos a participação ativa dos profissionais que compõem a UBS nas reuniões escolares entre pais e professores, a fim de discutir temas que compreendam as necessidades de saúde sentidas pelos mesmos diante do contexto social em que a criança está inserida, ou seja, discutindo propostas de prevenção e promoção direcionada a saúde da criança. Como por exemplo, as escolas, onde se realizaram campanhas de educação continuada, com vistas às necessidades sentidas pelos profissionais da UBS articulados com os servidores da escola e com a comunidade, objetivando o acompanhamento contínuo, pelos profissionais, do desenvolvimento da criança, que resultaram numa melhor qualidade de vida.

Consideramos relevante a ampliação de estruturas físicas para proporcionar uma melhor acomodação dos usuários que recorrem a UBS, condicionando um ambiente adequando para o desenvolvimento do trabalho realizado pelos profissionais, ressaltando que local onde funciona a instituição possui um espaço inadequado para atender a demanda, já que a mesma é a que atende ao maior número de famílias dentro do município de Pau dos Ferros. Dessa forma, deve-se sensibilizar as autoridades acerca da necessidade de maiores investimentos financeiros que resultem na disponibilidade de melhores condições para a assistência. Outro fato importante a ser destacado é a organização do atendimento CeD, devido a existência de uma grande demanda de atendimentos à crianças que não são supridas



em suas reais necessidades, consideramos necessário o acréscimo de mais um dia para a realização de programas CeD como também um aumento da faixa etária atendida até os 5 anos de idade.

Acreditamos que a educação permanente direcionada a reciclagem dos profissionais que atuam no serviço de saúde, disponibilizando novos conhecimentos e saberes a respeito das noções de integralidade e vigilância a saúde que se refletirão em novas atitudes desses servidores no serviço de saúde, e conseqüentemente, melhor assistência prestada a comunidade. Nessa perspectiva, o serviço de saúde deveria ter a universidade como parceira na capacitação desses profissionais, através da divulgação e abertura de vagas direcionadas a estes profissionais nos eventos promovidos pela entidade.

O objetivo geral das propostas é efetivar na prática o que é estabelecido pelas noções de integralidade e vigilância a saúde, buscando uma melhoria no atendimento na assistência à saúde da criança, reafirmando os princípios básicos que regem o Sistema Único de Saúde. Assim, mediante um conjunto articulado de ações, estaremos proporcionando a ruptura das barreiras dentro do serviço para atender as necessidades da comunidade e trazê-la como participante ativo do serviço de saúde.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As observações realizadas neste estudo permitiram identificar a deficiência das ações prestadas pela Unidade Básica estudada no Município de Pau dos Ferros/RN, no que diz respeito à atenção a saúde da criança. Tendo em vista que as concepções de integralidade e vigilância à saúde, que proporcionaram a concretização de um sistema de saúde abrangente, com olhar voltado ao suprimento das necessidades sociais de saúde, não são colocados em prática de acordo com as exigências do Ministério da Saúde.

Sentiu-se a necessidade da elaboração de propostas de intervenção, que venham à atender de forma mais abrangente e eficaz à atenção à saúde da criança. Nessa perspectiva, considera-se primordial a captação dos perfis epidemiológicos, que identificaram as reais necessidades de saúde da criança. A partir de então visamos a elaboração de propostas que interferiram no atual modo de se prestar a assistência à criança.

Considerando-se também necessária a reestruturação do espaço físico, que promoverá maior articulação entre os profissionais e usuários, além de parcerias da UBS com outras



instituições visando um melhor acompanhamento e atendimento mais eficaz a saúde da criança, fazendo com que toda a equipe deva participar da assistência e resolução dos problemas, potencializando a capacidade de uma melhor intervenção, como também estabelecer vínculos, garantindo a continuidade da assistência.

Apesar das limitações encontradas, as intervenções propostas no referido artigo, não se configuram como práticas utópicas, pois se consolidam a partir de atitudes simples e cotidianas, que baseados nas noções de integralidade podem ser realizadas pelos profissionais de maneira eficaz, objetivando suprir as reais necessidades sociais de saúde da criança.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. 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 União 2011; 21 out.

Brasil. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015; 5 ago. Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.

Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde** 2009 Furtado MCC, Braz JC, Pina JC, Mello DF, Lima RAG. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev Lat Am Enfermagem** 2013;

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. Hucitec, cap. 4, p. 233-297, 1996.

Mendes EV. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: CONASS; 2015. Malta DC, Sanros MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cien Saude Colet** 2016;

Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a



**II CONBRACIS**  
II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde

longitudinalidade do cuidado. **Rev Bras Enferm** 2012;

Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Cien Saude Colet** 2006;