

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IRINETE CHAVES SILVA

**ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA
NA PERSPECTIVA DE CLÍNICA AMPLIADA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

IRINETE CHAVES SILVA

**ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA
NA PERSPECTIVA DE CLÍNICA AMPLIADA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna e Neonatal do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Margarete Maria de Lima

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO BÁSICA NA PERSPECTIVA DE CLÍNICA AMPLIADA**, de autoria da aluna **IRINETE CHAVES SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna e Neonatal.

Profa. Me. Margarete Maria de Lima
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a três pessoas que são muito importantes na minha vida e que amo muito: minha mãe Maria das Mercês, meu companheiro Cesar e minha filha Júlia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Profa. Me. Margarete Maria de Lima pelos ensinamentos, dedicação e paciência.

A todos os profissionais do Centro de Saúde de Fátima e da Coordenação de Assistência Materno-Infantil da Secretaria Municipal de Saúde de S. Luís – SEMUS, que contribuíram direta e indiretamente na realização deste trabalho.

Ao meu companheiro, que sempre me incentivou e me ajudou nessa trajetória.

Obrigada! Sem vocês, talvez, eu não teria conseguido chegar até o final dessa jornada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	09
3 METODOLOGIA DA PROPOSTA.....	13
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PROPOSTA.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

RESUMO

Introdução: atualmente ainda presenciarmos ações fundamentadas em intervenções curativas, centradas na doença, sem perspectiva a longo prazo, sem trabalhar os diferentes enfoques tão necessários quando se trata da resolutividade das situações de saúde mais complexas. **Objetivo:** propor um plano de ação para a implementação de uma equipe interdisciplinar para discutir casos, visando a formulação de um plano terapêutico singular às crianças de zero a seis anos e suas famílias em situações de maior vulnerabilidade social e de saúde. **Metodologia:** a construção da proposta da equipe interdisciplinar envolveu duas etapas: revisão da literatura para embasar a proposta e definição dos atores envolvidos na proposta e discussão coletiva. **Resultados:** para iniciar a operacionalização, primeiro foi apresentada a proposta à Coordenação de Assistência materno-infantil, e posteriormente para a direção do Centro de Saúde de Fátima. Após realizou-se um encontro intersetorial, com a finalidade conhecer e trocar informações entre as demais políticas públicas. Outro fator essencial foi a recomendação de uma discussão ampla da proposta na rede assistencial, antes de iniciar os trabalhos de grupo propriamente ditos. **Conclusão:** a introdução de uma equipe interdisciplinar para discussão de casos de crianças numa perspectiva de clínica ampliada, onde fomenta com os pares da rede intra e intersetorial na rotina dos serviços do Centro de Saúde de Fátima, é uma meta ambiciosa e um verdadeiro desafio a ser enfrentado pelos profissionais desta unidade.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado com o recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, para a promoção da qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde (BRASIL, 2011). Cada contato entre criança e os serviços de saúde, independentemente do fato, queixa ou doença que o motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integrada e preditiva de saúde, com forte caráter educativo (BRASIL, 2002).

Após o nascimento a criança deve ser acompanhada pela equipe de saúde, sendo este acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional que atua na atenção básica de saúde. Para Brasil (2002), o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

Apesar dos avanços na saúde, ainda é muito comum presenciarmos ações fundamentadas em intervenções curativas, centradas na doença, sem nenhuma perspectiva ao longo prazo, sem trabalhar os diferentes enfoques tão necessários quando se trata da resolatividade das situações de saúde mais complexas.

A clínica reformulada e ampliada, que trata da clínica do sujeito, tende a desconstruir a clínica oficial e a reconstruir alternativas capazes de enfrentar e derrotar os principais nós críticos que a clínica tradicional não tem conseguido. Somente os projetos terapêuticos amplos são capazes de superar a fragmentação existente entre biologia, subjetividade e sociabilidade. Isso significa que o desafio está no reconhecimento da incompletude e da importância do trabalho em equipe, ou seja, ir além, como preconiza a clínica ampliada (CAMPOS, 1997).

O pressuposto de uma intervenção é, portanto, o desenvolvimento da clínica ampliada por todos os profissionais de saúde, tendo como perspectiva o compromisso com o cuidado integral (MARTINI; VERDI, 2012).

No início do curso, precisamente nos módulos II e III, como também fazendo a leitura da cartilha da política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), em que abordavam a temática da Clínica Ampliada e Compartilhada, fiquei sensibilizada (apaixonada) por tais questões. Neste momento, percebi que era possível provocar inovações, em meu espaço de trabalho, em termos de compartilhamentos, como também ajudar a disseminar algumas tecnologias de humanização.

Nas visitas às Unidades de Saúde às quais dou suporte na área materno Infantil, conversando com os profissionais de saúde, “repassando tarefas”, nesse momento sempre se colocava a necessidade de qualificar a atenção, mas não passava do discurso. Até então, não se tinha estratégias para aprimorar a assistência.

Em uma das minhas conversas sobre o acompanhamento das crianças, uma enfermeira do Centro Saúde de Fátima, relatou que a maior dificuldade em realizar um atendimento de saúde integral às crianças era a falta de comunicação entre os próprios profissionais de saúde da unidade, que quase não interagem entre si. Apontou também, que trabalhar em equipe, compartilhar diagnósticos e condutas voltadas para as crianças do território em situação de vulnerabilidade, era algo que estava distante dos serviços de saúde daquela unidade. Um relato previsível, pois não é a única unidade que apresenta essas dificuldades.

Diante desta realidade elencamos como objetivo deste trabalho, propor um plano de ação para a implementação de uma equipe interdisciplinar para discutir casos, visando a formulação de um plano terapêutico singular às crianças de zero a seis anos e suas famílias em situações de maior vulnerabilidade social e de saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A integralidade da assistência na APS só é possível quando se reconhece às necessidades de saúde da população e os meios para atingi-las, sempre agindo como agente para prestação de outros serviços, quando necessário o atendimento em outro ponto da atenção (MARTINI & VERDI, 2012).

Na atenção básica é necessário que em situações de maior risco, os profissionais das equipes de saúde da família tenham suportes de um profissional de apoio (especialidades) dentro das possibilidades locais ou de referenciamento regional, com garantia do acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, proporcionando a continuidade da assistência, mas mantendo articulado sempre que possível com o apoio profissional (BRASIL, 2004).

A principal ampliação da clínica é quando se compreende que o sujeito é o principal aliado nas decisões do projeto terapêutico (MARTINI & VERDI, 2012). A compreensão ampliada do processo saúde-doença se traduz em um jeito diferente de fazer a clínica, ampliando-se o objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes com necessária inclusão de novos instrumentos, exigidos em alguns momentos pela complexidade de resolução (BRASIL, 2004).

Geralmente quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo remédios ou solicitando exames. No entanto a clínica não é feita só por médicos, mas por todos os profissionais de saúde, onde todos têm o desafio de criar juntos instrumentos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, podendo assim potencializar a garantia da atenção integral e resolutiva (BRASIL, 2010).

Na clínica ampliada os instrumentos se modificam intensamente. Diante disso surgem arranjos e dispositivos de gestão que possibilita a transversalidade por todas as instâncias da assistência, permitindo assim uma clínica compartilhada. Portanto somente a clínica ampliada é capaz de lidar com os problemas sociais e as subjetividades, com famílias e com comunidade (BRASIL, 2010).

Diferente do que ocorre em grandes hospitais e ambulatórios especializados, a clínica realizada na rede básica de saúde possui uma complexidade que inclui não só a dimensão orgânica de riscos, mas também os riscos subjetivos e sociais. Na rede básica essas três dimensões – existentes em qualquer trabalho de saúde – possuem maior expressão no

diagnóstico, porém exigem em torno delas outras intervenções, facilitadas pela proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes (CAMPOS et al, 2008).

O aumento da eficácia das intervenções clínicas e a confiabilidade entre profissionais e usuários, portanto, tem a ver com os vínculos que irão ser construídos ao longo do tempo. Desse modo, a partir do núcleo biomédico, a clínica passa a ser ampliada e compartilhada, incluindo os aspectos subjetivos e sociais de cada caso, com a participação do usuário no diagnóstico e no processo terapêutico, sem deixar de lado os critérios técnicos previamente definidos (CAMPOS et al, 2008).

Segundo Campos et al (2008), os condicionantes de saúde, assim como a identificação de risco e vulnerabilidade dos grupos, famílias e pessoas atendidas, devem ser conhecidos pela equipe, o que subsidiará projetos de intervenção especiais e a construção de vínculo com os usuários de determinada região.

O processo de construção do PTS deve ser coletivo, integrando o profissional da equipe de saúde e os usuários em torno de um objetivo comum. Isso implica em compromisso e responsabilização entre os atores, estratégia que dá suporte para a discussão e solução de casos complexos. Desse modo, o PTS será abordado como tecnologia inscrita na lógica do trabalho em equipe interdisciplinar, tendo como referência prática as equipes de saúde na Atenção Básica. (OLIVEIRA, 2008)

Para a compreensão das diferenças e a reconstrução do papel dos profissionais de saúde na Atenção Básica há a necessidade de novos olhares sobre a clínica, buscando inverter a cultura do médico salva-vidas e, ao mesmo tempo, valorizar o trabalho realizado fora dos hospitais. Daí a importância do movimento de profissionais de saúde em torno do PSF para a identificação dos profissionais com a lógica da Atenção Básica, criando a alternativa, no imaginário social, de um novo papel para os profissionais de saúde. (CUNHA, 2004)

Em suma, a “cultura de desprezo” e o baixo envolvimento na Atenção Básica, conforme o autor, têm a ver com a ineficácia dos instrumentos hospitalares com relação à mesma, associada à desvalorização de quaisquer outras atividades não convencionais. A corporação médica, sem competência para ser efetiva na Atenção Básica, prefere dizer que os problemas da Atenção Básica estão fora da sua responsabilidade. De modo geral, as corporações tendem a negar a complexidade da clínica na Atenção Básica, sem levar em conta a necessidade de entender o Sujeito social e a negociação da terapêutica. Para Cunha (2004), a superação dessa dificuldade institucional da Atenção Básica passa certamente pela aquisição e

compreensão de uma diversidade de ferramentas e conhecimentos até certo ponto estranhos à Biomedicina, nascida e criada no hospital.

No entanto são imprescindíveis – embora não suficientes – os aspectos objetivos, como os modelos de atenção e gestão, a presença de espaços da Atenção Básica na formação dos profissionais e uma porcentagem maior de recursos do SUS direcionados a ela. Conforme o citado autor, a Clínica Ampliada seria a maior contribuição para o processo de construção da Atenção Básica (CUNHA, 2004).

Para organizar a Atenção Básica de saúde na atenção à criança, o ponto de partida é a estratégia de saúde da família. Ou seja, o conjunto de ações individuais ou coletivas voltadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, além das ações de assistência aos problemas de saúde. A unidade básica de saúde ou a equipe de saúde da família constituem o “portal de acesso” ao sistema e o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que possam abranger as necessidades exigidas para além da assistência à saúde (BRASIL, 2004).

As unidades de saúde devem aderir à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, além de pactuar o cumprimento de alcance de resultados, e periodicamente deve ter o seu desempenho avaliado. De acordo com a Agenda, os critérios e indicadores para essa avaliação devem ser definidos e pactuados entre as unidades de saúde e gestores municipais, tendo como referência as diretrizes apontadas pelos níveis regionais, estaduais e federal, tendo como foco a criança por inteiro, no contexto da sua família e da sociedade.

O documento do Ministério da Saúde alerta ainda que os profissionais de saúde devam aproveitar as oportunidades de atuação, de cuidado, com vinculação e responsabilização buscando a continuidade da atenção, numa ação articulada entre as suas ações e as de outros atores sociais, configurando uma rede de saúde que beneficie a criança e sua trajetória no meio em que vive.

Para dar suporte à equipe de saúde da família ou no acompanhamento de casos mais graves envolvendo a criança, em situações de risco pode ser necessária a atuação do profissional de apoio, de acordo com as possibilidades locais e de referência regional. Todavia, mantendo o compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar. O profissional de apoio (pediatra e de outras especialidades médicas), assim como os demais, atuará de forma articulada com a equipe de saúde da família para supervisão, no estabelecimento de mecanismos de educação continuada da

equipe em termos do conteúdo e da prática do cuidado em saúde com a criança, e como retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe (BRASIL, 2004).

Conforme orientação da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a Atenção Básica deve estabelecer articulação com as equipes de apoio e rede ambulatorial especializada; com os serviços de urgência (vigilância à saúde da criança que necessitou de atendimento em serviço de urgência); com a rede hospitalar; com o programa de atenção domiciliar nos locais onde está implantado.

Esses procedimentos e cuidados servem para verificar se a criança efetivamente manteve a continuidade da assistência na atenção básica, antes ou após o atendimento especializado ou nos serviços de urgência, garantindo a comunicação com a equipe de saúde da família ou da unidade básica para o seguimento da criança. A continuidade da assistência à criança também será garantida após a alta hospitalar por patologias agudas, de forma a prover o cuidado necessário para a criança no seu domicílio, evitando-se, sempre que possível, a internação hospitalar. (BRASIL, 2004)

3. METODOLOGIA DA PROPOSTA

Este trabalho se refere à implantação de uma equipe interdisciplinar para discussão de casos e posterior elaboração e acompanhamento do Projeto terapêutico Singular a crianças e suas famílias, as quais estejam em situações de maior vulnerabilidade social e de saúde. A seleção dos casos para discussão poderá partir de qualquer membro da equipe em população adscrita das duas equipes da EACS do Centro de Saúde de Fátima, no Município de São Luís/MA.

São Luís é a capital do Estado do Maranhão, situada em uma ilha no litoral do Nordeste brasileiro, em pleno Golfão Maranhense, à entrada da Baía de São Marcos. A EACS é composta por 19 equipes e a ESF é composta por 104 equipes, com cobertura de trinta e dois por cento.

O centro de Saúde de Fátima localiza-se na zona urbana (próximo ao centro) do município. A maioria da população é carente e de baixo nível socioeconômico. Concentram-se na área dez escolas, uma creche, um centro referência de saúde (Fátima), CRAS E CREES, dois conselheiros com sede em outro bairro, união de moradores e inúmeras igrejas.

A construção da proposta da equipe interdisciplinar envolveu duas etapas: revisão da literatura para embasar a proposta, com consulta aos manuais e recomendações do Ministério da Saúde realizada de outubro de 2013 a janeiro de 2014; e a segunda etapa realizada de fevereiro a março de 2014, com a definição dos atores envolvidos na proposta e discussão coletiva.

Os profissionais a compor a equipe serão: um médico, uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga, uma psicopedagoga, duas enfermeiras da EACS, um agente comunitário de saúde (todos os ACS terão a oportunidade de participar, quando forem casos de referência de suas respectivas áreas) e um técnico de enfermagem. Todos os profissionais são do Centro de Saúde de Fátima. O mesmo faz parte de um Centro de referência

A coordenação ficará sob a responsabilidade de dois profissionais da equipe; a autora deste trabalho dará apoio à equipe possibilitando a ação gerencial. A proposta já foi discutida com a coordenação da Estratégia de Saúde da Família, e com a Coordenação de Assistência Materno-Infantil, que acataram a proposta como um projeto piloto. Caso este traga bons resultados será implementado em outras equipes do Município.

A proposta desenvolvida não se refere a uma pesquisa, deste modo o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA PROPOSTA

A proposta de intervenção, através da implantação de uma equipe interdisciplinar para discussão de casos de crianças em situação de risco, teve vários momentos após a busca na literatura da área de saúde da criança.

Para iniciar a operacionalização, primeiro foi apresentada a proposta para a Coordenação de Assistência materno-infantil, e posteriormente para a direção do Centro de Saúde de Fátima, sendo que as mesmas acataram a demanda. Esse primeiro momento deu origem a um encontro com os profissionais do Centro para discussão da implantação da equipe, a qual vai acompanhar e planejar ações às crianças durante a primeira Infância em situações social e de saúde complexas. De forma que sejam incluídas a fomentação da transversalidade e da intersetorialidade do território, ou seja, ampliar e compartilhar a clínica, diante das especificidades existentes, que geram uma complexidade na atenção básica, visivelmente percebida pelos profissionais como situações de difícil solução que esbarram na clínica convencional.

Acreditamos que a resolutividade do problema só será eficaz quando introduzirmos outros atores, pois com ações isoladas e com os “famosos eventos”, que realizamos sem continuidade do processo, dificilmente iremos ajudar a proporcionar uma vida mais saudável às nossas crianças.

O encontro com os profissionais do Centro de Saúde de Fátima, coordenada pela a autora deste trabalho, iniciou-se com a apresentação dos participantes, depois uma breve exposição, no data show, sobre a definição de PTS, Clínica Ampliada e Compartilhada. Posteriormente foi colocada a proposta de formação da equipe interdisciplinar que consistirá na prática de reuniões mensais, nas quais serão discutidos os casos com formulação de Projeto Terapêutico Singular. Em seguida alguns participantes se manifestaram, demonstrando insegurança e preocupação, inclusive fazendo críticas, mas acabaram aceitando a proposta com entusiasmo.

Os instrumentos de trabalho se modificam intensamente na Clínica Ampliada. Para tal são necessários arranjos e dispositivos de gestão que privilegiam uma comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e rede assistencial). Mas, principalmente, são necessárias técnicas relacionadas que permitam uma clínica compartilhada. A capacidade de escuta do outro e de si mesmo, a capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma

crítica, de lidar com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com a família e com a comunidade e outros (BRASIL 2005).

Compreendemos que é natural o reconhecimento de limites, o que reforça a possibilidade de buscar compartilhando, continuar tentando. O que não podemos é nos omitir, permitindo que se continue produzindo um processo de trabalho fragmentado e alienante. Então a proposta é ir além, descobrir novas possibilidades e recriar as existentes, abrindo-se ao novo, ao desconhecido. Sabemos que estas possibilidades não são tarefas fáceis para nós, profissionais de saúde, que não fomos acostumados a fazer o atendimento conjunto, discutir casos e formular ações que levem em consideração a singularidade de cada usuário ou família.

Diante disso, pactuamos duas ações. Inicialmente uma oficina para capacitar a equipe quanto ao suporte teórico em clínica ampliada e compartilhada, PTS. Considerando a grande importância, principalmente antes de iniciar as atividades da equipe, de também discutir as propostas de arranjo de trabalho – composição da equipe, frequência de encontro, como iniciar as reuniões, duração das atividades, apresentação dos casos e outros.

A outra ação foi um encontro intersetorial, que tem como finalidade conhecer e trocar informações entre as demais políticas públicas. Outro fator essencial foi a recomendação de uma discussão ampla da proposta na rede assistencial, antes de iniciar os trabalhos de grupo propriamente ditos.

Nesta perspectiva de continuidade das ações, fica a reflexão sobre a importância da qualificação dos profissionais, que, através do conhecimento, podem transformar realidades e melhorar a qualidade do cuidado da família com suas crianças. O encontro teve duração de mais ou menos duas horas e trinta minutos. O local foi o próprio Centro de Saúde de Fátima, com recursos visuais fornecidos pela direção do mesmo. Encerrou-se com um lanche fornecido pela autora deste trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A introdução de uma equipe interdisciplinar para discussão de casos de crianças numa perspectiva de clínica ampliada, onde fomenta com os pares da rede intra e intersetorial na rotina dos serviços do Centro de Saúde de Fátima, é uma meta ambiciosa e um verdadeiro desafio a ser enfrentado pelos profissionais desta unidade. Para tanto requer sensibilidade e conhecimento de causa. Ou seja, planejar e desenvolver ações voltadas para as crianças e suas famílias em situações de vulnerabilidade é uma tarefa que exige muita disposição de todos os envolvidos para conhecer a real situação em que essas crianças estão inseridas, bem como para criar novas estratégias e metodologias.

Dar resolutividade às situações complexas não é tarefa fácil para um profissional de saúde, assim como para qualquer outro profissional da rede. É um desafio que exige tanto o conhecimento como a atuação integrada em equipe. Daí a importância de reunir para discutir os desdobramentos das ações implementadas, e a necessidade de envolver outros atores no decorrer do acompanhamento dos casos, buscando possibilidades para as resoluções dos problemas, tanto de ordem clínica como de ordem psicossocial.

Portanto, a equipe com uma visão ampliada do processo saúde-doença cria a possibilidade de trazer para as reuniões o espaço doméstico de cada família, o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, bem como a garantia do acesso mais fácil às equipes de EACS. Os participantes do encontro demonstraram-se ansiosos pelos efeitos no longo prazo na saúde das crianças, como também estão convictos da importância dessa equipe e concordam que a atenção integral à Saúde da criança somente se concretizará quando todos os membros da equipe entenderem a importância e adotarem a prática da clínica ampliada e compartilhada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde de Ações programáticas e Estratégicas. (2010). Metodologia para o cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde de Ações Programáticas e Estratégicas. (2010). Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica Ampliada e Compartilhada / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1, ed. 1, reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada/ Brasília: ministério da Saúde, 2004. 18g. – (Série B. textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil – Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, G.W. (1997). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.

CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. 2 ed. São Paulo; Hucitec, 2005.

GUERREIRO, A. P; CAMPOS, G.W.S. (Org.). Manual de práticas de Atenção Básica à Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

MARTINI, J. G. & VERDI, M. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Mod. II: Políticas de Redes na Atenção à Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

PENELLO, Liliane Mendes (Org). Estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis: a contribuição da estratégia brasileirinhas e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral á saúde da criança / organizado por Liliane Penello, Liliana Planel Lugarinho. Rio de Janeiro: Instituto Fernando Figueira, 2013.