

# INTEGRALIDADE COMO UMA DIMENSÃO DAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

COMPREHENSIVENESS AS A DIMENSION OF CHILD HEALTHCARE PRACTICES:  
A LITERATURE REVIEW

INTEGRALIDAD COMO UNA DIMENSIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Emília Gallindo Cursino<sup>I</sup>  
Elizabeth Fujimori<sup>II</sup>

**RESUMO:** O estudo objetivou analisar a prática da integralidade em publicações que abordam a saúde da criança na atenção básica. Realizou-se busca nas bases de dados eletrônicas LILACS e SCIELO, no período de 1984 a 2009. A amostra foi composta por 14 artigos analisados quanto à integralidade como atributo das práticas dos profissionais; formas de organização dos serviços; e políticas de saúde. Constatou-se que as ações preconizadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ocorriam de forma pontual, fragmentada e centrada no modelo biológico, que privilegia práticas curativas. Também as competências da unidade básica na rede hierarquizada de saúde ainda não se concretizam no sentido de articulação da atenção primária aos demais níveis de atenção. Aponta-se a capacitação dos profissionais e a reorganização dos serviços como fundamentais para garantir a integralidade da atenção à saúde da criança.

**Palavras-chave:** Assistência integral à saúde; atenção primária à saúde; saúde da criança; integralidade.

**ABSTRACT:** This study aimed to examine for practical application of the principle of comprehensiveness in publications on children's health in primary care. The search was conducted in the Lilacs and Scielo electronic databases for the period 1984 to 2009. The sample comprised 14 articles on comprehensiveness as an attribute of health personnel's practice, forms of service organization, and health care policies. It was found that the actions prescribed by the Program of Comprehensive Child Health Care and Integrated Management of Childhood Illness occurred only occasionally, and in a fragmented and biologically-centered manner, favoring curative treatment. Also the competences of the primary health care clinic in the hierarchical health system are not fulfilled in that primary care is not coordinated with other levels of care. Capacity building and service reorganization are identified as fundamental to assuring comprehensive children's health care.

**Keywords:** comprehensive health care; primary health care; child health; comprehensiveness.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo analizar la práctica de la integralidad en publicaciones que enfocan la salud infantil en la atención primaria. Se realizó búsqueda en las bases de datos electrónicas LILACS y SCIELO de 1984 a 2009. Muestra de 14 artículos fue seleccionada y analizada, teniendo la integralidad como atributo de la práctica profesional, formas de organización de servicios y políticas de salud. Se constató que las acciones del Programa de Atención Integral a la Salud Infantil y Manejo Integrado de Enfermedades de la Infancia se presentaron de forma reducida, fragmentada y con foco en el modelo biológico, que se centra en las prácticas curativas. Las competencias de la unidad básica de la red jerárquica de salud no se han materializado en el sentido de articulación de la atención primaria a otros niveles de atención. E estudio mostró como clave para garantizar la atención integral a la salud del niño, la capacitación profesional y la reorganización de los servicios.

**Palabras clave:** Atención integral de salud; atención primaria de salud; salud del niño; integralidad

## INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a integralidade como dimensão das práticas de atenção à saúde da criança. Esse grupo sempre foi prioridade nas políticas públicas, e historicamente, mesmo no modelo hegemônico e

nos períodos de crise, a atenção à criança tem tido um caráter mais integral<sup>1,2</sup>. Pressupõe-se, portanto, que a assistência à criança na atenção básica incorpore o princípio da integralidade.

<sup>I</sup>Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Membro do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo, Brasil. E-mail: egcursino@globo.com

<sup>II</sup>Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Núcleo de Estudos Epidemiológicos na Perspectiva da Enfermagem em Saúde Coletiva. São Paulo, Brasil. E-mail: efujimor@usp.br

Desde a década de 80, o Ministério da Saúde prioriza ações básicas de saúde de comprovada eficácia no controle dos problemas de saúde mais relevantes, com vistas à redução da morbimortalidade infantil<sup>3</sup>. Em 1984, propôs o Programa de *Assistência Integral* à Saúde da Criança (PAISC) que tinha por objetivo incrementar a resolutividade dos serviços de saúde por meio de ações de promoção da saúde de forma integral, com o desenvolvimento de cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças preveníveis por imunização. Essas ações deveriam se constituir no centro da atenção prestada em toda a rede básica de serviços de saúde<sup>4</sup>.

Outro marco importante foi a adoção da estratégia de *Atenção Integrada* às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) a partir de 1996<sup>5</sup>. Essa estratégia caracteriza-se por considerar de forma simultânea e integrada o conjunto de doenças de maior prevalência na infância, no contexto em que a criança está inserida. Esse novo enfoque de abordagem no primeiro nível de assistência propõe olhar a criança como um todo em vez de se dirigir somente para uma parte do problema; avaliar de forma sistemática as principais doenças prevalentes na infância; introduzir aspectos de promoção e prevenção na rotina dos serviços, integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde; e expandir a atenção ao nível comunitário, introduzindo-se o conceito de integralidade das ações<sup>5,6</sup>.

Apesar das políticas terem contribuído para a melhoria do quadro de morbimortalidade infantil, a situação de saúde da criança brasileira ainda representa um grande desafio, pois as chances de sobrevivência são muito diferentes entre as regiões brasileiras e a maioria das doenças e mortes infantis é evitável, o que sugere problemas na qualidade da atenção básica e da assistência prestada à criança<sup>1,5,7-10</sup>. Com o propósito de intervir nessa realidade e orientar a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, o Ministério da Saúde propôs, em 2004, a Agenda de Compromissos para a *Saúde Integral* da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Esse documento aponta que o foco de atenção de todo profissional deve ser a criança em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou nos espaços coletivos, como creche, pré-escola e escola. Desse modo, a criança se beneficia de um cuidado integral e multiprofissional que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo e define assistência integral como:

abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnós-

tico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica<sup>8,14</sup>.

Ao apresentar as diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição Brasileira de 1988 no art.198 recomenda: atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais<sup>11</sup>. Pela Lei Orgânica de Saúde 8.080 de 1990, em seu art.7º, integralidade da assistência deve ser entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema<sup>12</sup>.

Neste estudo, partilha-se da ideia do autor<sup>13</sup> de que o termo *integralidade* apresenta diversos sentidos. Assim, para avaliar assistência integral, atenção integrada e integralidade, tomou-se como guia três grupos de sentidos: integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde; como atributo das formas de organização dos serviços de saúde; e como atributo relacionado às políticas de saúde. Nessa perspectiva, adota-se a concepção de integralidade como assistência que integra o caráter completo do cuidado, tendo como eixo as ações do PAISC, da estratégia AIDPI e da Agenda de Compromissos, como políticas governamentais.

O presente artigo teve como objetivo analisar a prática da integralidade nos estudos que abordassem a saúde da criança na atenção básica com vistas a fornecer subsídios para a melhoria da qualidade da atenção prestada à criança na perspectiva da integralidade, além de permitir a reflexão para o aperfeiçoamento do ensino da atenção à saúde da criança na formação dos profissionais de saúde.

## METODOLOGIA

Adotou-se a revisão narrativa visto que esse método permite descrever e discutir o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual<sup>14</sup>.

Foi realizada busca em periódicos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online Brasil* (SCIELO Brasil). Os critérios para seleção da amostra determinaram que fossem estudos nacionais que apresentassem texto completo veiculado eletronicamente e abordasse o tema saúde da criança na atenção básica. O levantamento referiu-se ao período de 1984 a 2009, justificado pela implantação do PAISC em 1984, e foi realizada entre os meses de dezembro de 2008 a maio de 2009.

Nas bases de dados LILACS, a busca foi realizada utilizando-se o formulário avançado e o descritor *assistência integral à saúde da criança* e como limites utilizou-se *lactente*, *pré-escolar* e *recém-nascido*. Foram localizados 98 artigos e dessas publicações apenas cin-

co atendiam aos critérios de seleção. Na biblioteca eletrônica SCIELO, utilizaram-se as palavras *assistência integral à saúde da criança* e encontrou-se sete publicações, das quais duas atendiam aos critérios de seleção. Seguindo os mesmos passos, digitou-se a palavra *integralidade* e foram localizadas 134 publicações, das quais cinco corresponderam aos critérios definidos, porém uma já havia sido selecionada. A seguir digitaram-se as palavras *saúde integral da criança*, quando se selecionaram três das 19 publicações localizadas. Assim, a amostra foi composta por 14 artigos.

A seleção e análise dos artigos foi realizada em duas etapas<sup>15</sup>. Na primeira, a partir da leitura dos resumos avaliou-se a pertinência do trabalho ao objeto de estudo e selecionaram-se artigos originais, relatos de experiência ou estudos de caso. Na segunda etapa, procedeu-se à leitura analítica dos artigos completos visando levantar as seguintes variáveis: ano de publicação, objeto de estudo, e elementos facilitadores e obstáculos para o alcance da integralidade da atenção à saúde da criança, com vistas a se buscar respostas ao objeto de estudo. O conteúdo temático encontrado nos estudos foi analisado considerando-se os três núcleos de sentidos da integralidade e discutido com a literatura especializada<sup>1-10,12,13,16-31</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 14 artigos<sup>2,7,16-20,23,25-29</sup> foram analisados, segundo descrição do objeto de estudo e prática da integralidade. Os estudos concentravam-se na Região Sudeste, e foram publicadas no período de 2000 a 2009, conforme mostra a Figura 1. Do total, seis artigos tinham autoria de enfermeiros e oito de outros profissionais.

Os estudos foram analisados com vistas a refletir sobre as diversas dimensões que a integralidade pode assumir nas práticas da assistência à criança no âmbito da atenção básica, considerando três grupos de sentidos: como atributo das práticas profissionais, das formas de organização dos serviços de saúde e das políticas de saúde<sup>13</sup>.

Como referido, historicamente o grupo materno-infantil tem constituído prioridade nas políticas públicas, e desde a década de 80, a atenção à saúde infantil se organiza de acordo com as linhas de cuidado definidas no PAISC e mais recentemente na estratégia AIDPI. Entretanto, a análise dos estudos mostrou que ainda há necessidade de se buscar maior coordenação e integração das atividades que visam a promoção da saúde, prevenção de doenças e intervenção mais qualificada para se garantir a integralidade da assistência prestada.

O PAISC e seu elenco de ações básicas já ressaltavam o aspecto da atenção integral ao deslocar o enfoque de uma assistência baseada em patologias para uma modalidade que contemplava a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Tais ações deviam se constituir no eixo nucleador da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde, com vistas a

incrementar a resolutividade dos serviços de saúde e responder ao desafio de enfrentar os determinantes da morbimortalidade infantil no país<sup>4</sup>.

Três estudos mostraram, no entanto, que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento não era realizado em todas as crianças. Esse resultado indica prejuízo na integralidade da atenção, pois compromete a avaliação integral da saúde da criança, impossibilitando intervir precocemente com ações de promoção e prevenção<sup>16-18</sup>.

Ao analisar e comparar os cuidados primários prestados à população infantil e contribuir para a avaliação da assistência integral a esse grupo, um dos estudos, além da falha na monitoração do crescimento infantil, constatou atraso no calendário básico de vacinação, que compromete a promoção da saúde e a prevenção de doenças<sup>16</sup>.

Quatro estudos apontaram precária utilização da Carteira de Saúde da Criança (CSC)<sup>16,18-20</sup>, fato que reforça a necessidade de se investir na formação e capacitação dos profissionais e organização dos serviços, pois a CSC é um instrumento imprescindível para o seguimento e continuidade do cuidado prestado à criança nos diversos níveis de atenção e, portanto, essencial para a garantia da integralidade.

Embora a estratégia AIDPI tenha introduzido o conceito de integralidade ao propor a incorporação das ações do PAISC, a integração das ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde da criança e o reconhecimento de que crianças saudáveis ou doentes devem ser consideradas no contexto social em que se inserem<sup>5</sup>, verificou-se que, na maioria dos estudos, as ações preconizadas no PAISC e na estratégia AIDPI apenas permeavam a atuação dos profissionais, apresentando-se fragmentadas, com privilégio das práticas curativas e de baixa resolutividade, apesar dos esforços na busca da promoção da saúde e da integralidade. Estudo do autor<sup>21</sup> apontou desafios para o enfermeiro frente à promoção da saúde no manejo da alimentação do bebê de baixo peso. Mostrou que, entre as ações de promoção da saúde no enfoque da integralidade, os profissionais devem ultrapassar as questões biológicas e tecnicistas para questões sócio-culturais que permeiam esse manejo.

Estudos que avaliaram, especificamente, atendimentos realizados pela enfermagem na atenção básica também constataram prejuízo na integralidade da atenção, ao observar inadequação do espaço físico, diálogos rápidos e fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos que comprometiam a comunicação, além da ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde<sup>22,23</sup>. Achados semelhantes foram confirmados<sup>24</sup> em 2011.

Para avaliar o princípio da integralidade, considerado um dos aspectos fundamentais da qualidade da atenção, um dos estudos elegeu o registro em prontuário como indicador de sua expressão na prática. Verificou-se que, em unidade com ESF, os registros eram mais sistemáticos, o que favorecia melhor compreensão do processo saúde-doença, integração entre os profissionais e

| Autores/<br>Ano de<br>publicação | Objeto de estudo                                                                                                                             | Prática da integralidade                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2000 <sup>16</sup>               | Avaliação da assistência integral à saúde da mulher e da criança.                                                                            | Mais de 90% haviam comparecido à consulta pediátrica nos três meses anteriores e quase todas possuíam o cartão da criança, mas 30% não tinha registro de peso e 7% estava com calendário de vacinação atrasado.                                                    |
| 2000 <sup>27</sup>               | Evolução da assistência materno-infantil.                                                                                                    | Houve aumento do número de consultas de puericultura no primeiro ano de vida e universalização da cobertura de vacinas, mas não houve expansão da puericultura após o primeiro ano de vida.                                                                        |
| 2003 <sup>7</sup>                | Aplicação da estratégia AIDPI por Agentes Comunitários de Saúde (ACS).                                                                       | As ações de promoção e de prevenção difundidas na comunidade com a estratégia AIDPI contribuíram para modificar atitudes e práticas de pais e responsáveis.                                                                                                        |
| 2003 <sup>22</sup>               | Ações de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) de menores de 5 anos em Unidades Básicas de Saúde (UBS).         | Ações de acompanhamento do CD como: imunização, aleitamento materno, dentre outras permearam a assistência de enfermagem, mas inadequação do espaço físico, diálogos fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos comprometeram a comunicação. |
| 2004 <sup>23</sup>               | A assistência de enfermagem a crianças menores de um ano em Unidade Básica de Saúde (UBS).                                                   | O acompanhamento do CD era realizado pela enfermagem nos setores de vacinação, pré e pós-consulta e pronto atendimento. Os atendimentos eram rápidos, fragmentados, com ausência de aspectos sobre o seguimento da criança e sobre educação em saúde.              |
| 2005 <sup>28</sup>               | Grau de implantação da atenção à saúde da criança e da satisfação dos profissionais e usuários, em modelos assistenciais distintos.          | Constatou-se melhor satisfação profissional e dos usuários nas unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), porém independente do modelo assistencial havia problemas de acesso e de referência e contra-referência.                                            |
| 2005 <sup>20</sup>               | Uso do Cartão da Criança (CC) como instrumento para promover a vigilância à saúde integral da criança.                                       | Quase a totalidade das crianças possuía o CC. O índice de preenchimento do CC em relação ao acompanhamento do crescimento, era satisfatório, porém a maioria não o utilizava de maneira adequada em relação ao acompanhamento do desenvolvimento.                  |
| 2006 <sup>29</sup>               | Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil.                                                                                    | A abordagem familiar, visita domiciliar, trabalho em equipe e intersetorialidade foram apontadas como formas de compreensão e de intervenção para uma prática mais integrada.                                                                                      |
| 2006 <sup>26</sup>               | Utilização de um instrumento de entrevista e observação da criança e família em visitas domiciliares e consultas de enfermagem.              | A utilização do instrumento evidenciou potencialidades para a sistematização da assistência de enfermagem e para a organização de informações e de melhores intervenções em saúde.                                                                                 |
| 2006 <sup>25</sup>               | Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade com modelos assistenciais distintos.                                         | Na unidade com ESF, os recursos humanos e a dinâmica do trabalho em equipe favoreciam a prática de ações com caráter mais completo do cuidado.                                                                                                                     |
| 2007 <sup>2</sup>                | Prática da integralidade na assistência prestada à criança em modelos assistenciais distintos.                                               | Garantia de acesso e resolução de problemas nos diversos níveis de atenção foi adotada como conceito de integralidade. A análise revelou que o sistema de referência e contra-referência e o acesso a medicamentos eram mais articulados na unidade com ESF.       |
| 2008 <sup>18</sup>               | Acompanhamento do crescimento de crianças menores de um ano em Unidades de Saúde.                                                            | Falta de balanças, cartão da criança e treinamento de profissionais contribuíram para a não realização das atividades mínimas para o acompanhamento do crescimento e mostrou a necessidade dos gestores priorizarem essa ação junto às políticas de saúde.         |
| 2009 <sup>17</sup>               | Percepção dos integrantes da ESF de sua atuação na saúde da criança, em relação às linhas de cuidados propostas pela Agenda de Compromissos. | As quatro linhas de cuidado prioritárias da Agenda foram avaliadas nas unidades do PSF. Evidenciou que os médicos estavam mais envolvidos no atendimento à doença, enquanto as ações de promoção e prevenção eram exercidas pelos enfermeiros.                     |
| 2009 <sup>19</sup>               | Qualidade do preenchimento da Carteira de Saúde da Criança (CSC) e os fatores associados.                                                    | Constatou precária utilização da CSC, que reforça a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais e organização dos serviços para que a CSC cumpra seu papel na promoção da saúde infantil.                                                        |

**FIGURA 1:** Descrição dos artigos analisados segundo objeto de estudo e prática da integralidade. Período 2000-2009

acompanhamento sistemático da criança, com promoção da continuidade da assistência<sup>25</sup>.

Na prática da enfermagem em atenção básica, a elaboração e utilização de um instrumento para registro de dados sobre a criança e sua família evidenciaram potencialidades para a sistematização da assistência e organização de informações e de melhores intervenções em saúde<sup>26</sup>.

Embora a melhoria do sistema de referência e contrarreferência tenha sido apontada em um estudo<sup>2</sup>, vários outros<sup>17,27-29</sup> revelaram que a atenção básica, na maioria das vezes, só consegue ser porta de entrada para a unidade, e não para o SUS, o que demonstra isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência e desloca para mais longe a tão sonhada integralidade da assistência à criança. Também no seguimento pós-alta identifica-se uma fragilidade no cuidado integral à saúde da criança por não existir uma articulação da atenção hospitalar e básica nesse processo<sup>30,31</sup>.

Permanece, pois, como desafio para o alcance da integralidade, a busca de modelos assistenciais que contemplem o acesso e a articulação da atenção primária aos demais níveis de atenção.

## CONCLUSÃO

Os estudos analisados evidenciam subutilização das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que se constituem no eixo integrador das atividades de atenção à criança desde o PAISC, além de fragilidade e fragmentação das práticas profissionais, o que mostra que a atenção integral à criança ainda está longe de ser alcançada. Ademais, as competências da unidade básica na rede hierarquizada de saúde ainda não se concretizam na prática cotidiana da gestão e da operacionalização do sistema de saúde no sentido de articulação da atenção primária aos demais níveis de atenção.

Considerando que a integralidade da atenção é um princípio norteador da política de saúde, entende-se que a formação em saúde deve incorporá-la. Assim, cabe perguntar se a formação dos profissionais contempla a integralidade da atenção à saúde da criança. A organização dos serviços de saúde, por sua vez, deve garantir a continuidade da assistência por meio da integração entre todos os níveis de atenção. Aponta-se, pois, a capacitação dos profissionais e a reorganização dos serviços como fundamentais para a abordagem global da criança.

## REFERÊNCIAS

1. Cabral IE, Aguiar RCB. As políticas de atenção à saúde da criança menor de cinco anos: um estudo bibliográfico. *Rev enferm UERJ*. 2003; 11:285-91
2. Prado SRLA, Fujimori E, Cianciarullo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto contexto - enferm*. 2007; 16:399-407.
3. Ministério da Saúde (Br). Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, 2002. [citado em 02 fev 2012] Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)
4. Ministério da Saúde (Br). Textos básicos de saúde: assistência integral à saúde da criança - ações básicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. Organização Pan-Americana de Saúde. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [citado em 30 jun 2012] Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)
6. Benguigui Y. Integrated management of childhood illness (IMCI): an innovative vision for child health care. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2001; 1:223-36.
7. Vidal SA, Silva EV, Oliveira MG, Siqueira AM, Felisberto E, Samico I, et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2003; 3:205-13.
8. Ministério da Saúde (Br) Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. 2004. [citado em 02 fev 2012] Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)
9. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr (Rio de Janeiro)*. 2005; 81:251-8.
10. Trapé CA, Fujimori E, Bertolozzi MR. O sistema único de saúde e as políticas de à saúde da criança. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadoras. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri (SP): Manole; 2009. p. 25-43
11. Governo Brasileiro. Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988. [citado em 29 jan 2012]. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%7ao.htm)
12. Governo Brasileiro, Legislação. Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990. [citado em 29 jan 2012] Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
13. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; 2006. p. 41-66.
14. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):v-vi
15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
16. Santos SR, Cunha AJLA, Gama CM, Machado FG, Leal Filho JMM, Moreira NLM. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2000; 34:266-71
17. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCA. Perspectivas de médicos do programa saúde da família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:349-58.
18. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Batista Filho M. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:675-85.
19. Alves, CRL, Lasmar LMBF, Goulart LMHE, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:583-95.
20. Vieira GO, Vieira TO, Costa MCO, Santana Netto PV, Cabral VA. Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005; 5:177-84.
21. Pacheco STA, Cabral IE. As crenças culturais dos familiares no manejo da alimentação do bebê de baixo peso. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:558-63.
22. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003; 11:544-51.
23. Lima VM, Mello DF. Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57:531-3.
24. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcanti JMP. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev enferm UERJ*. 2011; 19:426-31
25. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59:67-71.
26. Pina JC, Mello DF, Lunardelo SR. Utilização de instrumento de registro de dados da saúde da criança e família e a prática do enfermeiro em atenção básica à saúde. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59:270-3.
27. Monteiro CA, França Junior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saude Publica*. 2000; 34:19-25.
28. Samico I, Hartz MA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2005; 5:229-40.
29. Mello DF, Andrade RD. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. *Rev Min Enferm*. 2006; 10:88-93.
30. Vieira CS, Mello DF, Oliveira BRG, Furtado MCC. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. *Rev Eletr Enf*. [on line]. 2010. [citado em 12 Jan 2012]. 12:11-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>.
31. Silva RVGO, Ramos FRS. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32:309-15.

