



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MICROINTERVENÇÕES PARA SUPERAR OS DESAFIOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE, UBS MARIA DAS DORES RODRIGUES CUSTÓDIO,
NO MUNICÍPIO DE FORQUILHA/CE**

NATALY DE SOUSA ANDRADE

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES PARA SUPERAR OS DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE, UBS MARIA DAS DORES RODRIGUES CUSTÓDIO, NO MUNICÍPIO DE
FORQUILHA/CE

NATALY DE SOUSA ANDRADE

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: CILENE NUNES DANTAS

NATAL/RN
2021

Agradeço primeiramente à equipe da Atenção Básica de Saúde Maria Das Dores Rodrigues

Custódio do município de Forquilha, a qual me acolheu e me ensina, diariamente, diante dos desafios do cuidado com a população, mostrando-me que mesmo diante das inúmeras dificuldades posso desempenhar um papel diferenciado na saúde da comunidade.

Agradeço também ao meu esposo Aderbal Aguiar, que está em todos os momentos me apoiando e me erguendo para exercer essa profissão tão linda e desafiadora, principalmente nesse último ano diante de uma Pandemia.

A minha gratidão à minha família(Ednaldo, Rosimeire, Kaique e Ykaro), que sempre me apoiou na busca pelo exercício da medicina e aos meus professores, em especial aos que mais me ensinaram o cuidado humanizado Dr. Alexandre Lima, Dra. Sandra Falcão, Dra. Brígida e Dra. Lenora.

E por fim, ao Programa Mais Médicos pelo Brasil, por proporcionar a assistência médica atrelada ao ensino em parceria com a UFRN. Meu muito obrigada a todos!

[Ver histórico](#)



Dedico esse Trabalho de Conclusão aos meus pacientes, pois eles foram e continuam sendo a base para a melhoria da assistência médica, fazendo-me crescer a cada dia como pessoa e profissional.

RESUMO

O estudo tem como objetivo relatar a implementação das ações da equipe para otimizar os atendimentos, descrever as experiências postas em prática na atenção básica. Trata-se de um relato de experiência, do tipo microrintervenção. Essas experiências foram aos poucos se moldando de acordo com a necessidade da população e buscando-se a multidisciplinaridade e a continuidade do cuidado clínico. As microrintervensões realizadas na Unidade Básica de Saúde Maria das Dores Rodrigues Custódio do município de Forquilha foram fundamentadas na abordagem para um melhor direcionamento da consulta médica, um adequado registro no prontuário médico e por consequência uma melhor conduta e seguimento clínico dos pacientes da área da unidade de saúde. Os temas selecionados foram os seguintes: Saúde da Mulher(planejamento familiar/pré-natal/puerpério); Saúde da Criança e Saúde Mental. A tarefa de intervenção é gradual e persistente, pois são inúmeros os desafios a serem alcançados para gerar resultados palpáveis diante de uma população, principalmente de uma população carente e que necessita da assistência integral do Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. MICROINTERVENÇÃO 1	08
3. MICROINTERVENÇÃO 2	11
4. MICROINTERVENÇÃO 3	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
6. REFERÊNCIA	16

1. INTRODUÇÃO

Evidencia-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) na qual cerca de 80% dos problemas de saúde devem ser manejados de forma integral, sem necessidade de encaminhamentos a outros serviços secundários ou terciários. Logo, esse índice desperta a imensa responsabilidade de lidar com a saúde da população, de forma a dar a melhor assistência possível, com diagnóstico e tratamento bem direcionados (BRASIL, 2017).

Diante disso, optou-se em realizar na UBS Maria das Dores Rodrigues Custódio, na sede da cidade de Forquilha, no estado do Ceará, situada na região norte do estado, distando cerca de 220km da capital Fortaleza. Estas intervenções foram iniciadas em junho de 2019, período do início de alocação ao serviço de saúde o Programa Mais Médicos pelo Brasil.

A população da área de abrangência dessa unidade de saúde é de 1.065 famílias, que corresponde a cerca de 3.506 pessoas cadastradas. A unidade conta com uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), com seis agentes, uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de dentista, dois técnicos de enfermagem e uma agente administrativa.

Ressalta-se a carência da comunidade de ações em saúde para superar os desafios do processo saúde-doença enfrentados pelos indivíduos, família e população desse município diante da prevenção das doenças e agravos, bem como do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil que não tem uma boa adesão, elevado número de gestantes e pacientes em uso de psicotrópicos. Dessa forma, torna-se de suma importância a realização de atividades dos profissionais para melhorar a condição de saúde desses indivíduos.

O estudo tem como objetivo relatar a implementação de microintervenções como estratégias de uma equipe na saúde da mulher, criança e em saúde mental na APS.

Nesse contexto, optou-se por realizar um relato de experiência, das três microintervenções, descritas a seguir:

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Planejamento Reprodutivo, Pré-Natal e Puerpério

É de suma importância a estratégia saúde da família para a saúde da mulher, pois envolve a questão social, devido o planejamento familiar, além do acompanhamento médico no período tão crucial que é o pré-natal e o puerpério, pois os mesmos são imprescindíveis para a manutenção e geração de saúde na comunidade.

A Unidade Básica de Saúde possui uma imensa responsabilidade na área a qual está inserida, desde medidas preventivas/sanitárias permeando pelo acompanhamento periódico de doenças crônicas até diagnósticos complexos e reabilitações, lembrando-se sempre da multidisciplinaridade nos cuidados. Sabendo-se disso, e da importância do trabalho de todos da área da saúde na unidade básica e da necessidade da população Forquilhense(Unidade Básica de Saúde Maria das Dores Rodrigues Custódio), será enfatizado sobre a experiência e intervenções durante consultas pré-natais, da saúde da mulher/planejamento familiar(no âmbito pré-concepcional) e do período puerperal.

Diante deste cenário, a identificação precoce da paciente no período gestacional, o que depende em grande parte da vigilância das agentes de saúde, que são os "olhos" dentro da comunidade. Logo, sempre há um contato próximo com as agentes e comunicação direta de repasse de informações das gestantes para o Enfermeiro(chefe da Unidade de Saúde), que é o responsável pelos agendamentos pré-natais. Logo após a identificação e da confirmação gestacional, é iniciado prontamente a marcação da consulta pré-natal. O que gera um atendimento adequado do número de consultas, tornando o pré-natal mais efetivo, já que a população é em sua maior parte carente e com necessidade integral de atendimento pelo Sistema Único de Saúde.

No Posto de Saúde há um turno dedicado ao pré-natal, com prioridade de atendimento e com data marcada para melhor planejamento e assistência de tais pacientes. Durante a primeira consulta médica faz-se toda a anamnese, histórico familiar e pessoal(comorbidade/medicações de uso contínuo/cirurgia/obstétrico), assim como avaliação vacinal, Índice de Massa Corporal, exame físico geral e obstétrico, e observando-se minuciosamente o risco gestacional. Assim como, é calculado a Idade gestacional baseado na data da última menstruação, sempre comparando-se com a primeira ultrassonografia e com a altura uterina, para avaliar se coincidem ou para saber qual a mais fidedigna diante do quadro gestacional.

Na primeira consulta pré-natal as pacientes são encaminhadas para uma avaliação odontológica, nutricional(em caso de sobrepeso/obesidade ou desnutrição) e indaga-se qual a última realização do exame de citopatologia oncótica do colo de útero(pois é um excelente momento da consulta para captação de pacientes que perderam ou nunca fizeram tal exame).

Durante a consulta há também a explicação da data provável do parto(DPP) de

maneira simples, explanando-se a possibilidade de nascer antes da data sem haver necessariamente a prematuridade e podendo ser até uma semana após a DPP. Sempre esclarecendo sobre as possibilidades do parto já na primeira consulta, pois isso é uma dúvida que a maioria possui, sempre deixando claro que se o pré-natal evoluir sendo de baixo risco a paciente será referenciada a unidade obstétrica(setor baixo risco no sistema de referenciamento), podendo evoluir com parto normal e em casos de indicação obstétrica, o parto cesariano. Mas sempre esclarecendo que diante do Sistema Único de Saúde o parto Cesário ocorre devido indicação obstétrica.

Outra abordagem é sobre o cotidiano da paciente gestante, assim há a orientação quanto alimentação e atividade física, além de rever uso de medicações de uso crônico(que quando há a oportunidade de fazer um melhor planejamento pré-concepcional já se é abordada essa etapa de forma mais incisiva). Quando não há esse tempo hábil de ter feito uma avaliação pré-concepcional, a primeira consulta é fundamental para a modificação e/ou orientação sobre as medicações de uso contínuo, além de ser iniciado as complementações vitamínicas necessárias. Sendo sempre feito o enfoque na importancia do acompanhamento pré-natal e da necessidade de realização de todos os exames solicitados. São muitos aspectos a serem avaliados na primeira consulta, o que a torna complexa e densa, com muitas informações e necessidade de uma boa descrição em prontuário, para que nada passe despercebido, pois essa consulta é a base para todas as outras.

Assim, devido a essa densidade de informações, antes do período da pandemia a qual há o enfrentando atual, era realizado alguns ciclos de palestras com as gestantes e com as tentantes. Eram palestras rápidas e bem didáticas antes das consultas pré-natais, o que facilitava o atendimento, pois muitos assuntos eram explorados nas mine-palestras. Esses ciclos estão adiados no momento para resguardar as gestantes, pois são grupo de risco.

Concluindo-se o primeiro atendimento pré-natal, é avaliada o risco e necessidade de encaminhamento para o serviço secundário ou para alguma especialidade médica(em caso de comorbidades). Esse momento também são para dúvidas e esclarecimentos. Paciente quase sempre sai com retorno, quando não, as agentes de saúde são as responsáveis pelo repasse da data de retorno e em caso de faltas à consulta, sempre as agentes contactam com a gestante para saber o motivo da falta, para remarcar e dar continuidade a esse período gestacional de maneira eficaz, que é uma das fases mais importantes para a concepção com saúde do novo membro da família e da comunidade.

Outra área de atuação sobre a saúde da mulher e conseqüentemente da criança é o período puerperal, que já é iniciado no próprio período gestacional, desde orientação com a amamentação até os cuidados iniciais com o recém nascido, além da orientação anticoncepcional do período. Na primeira semana do parto é realizada a visita à família, para uma melhor orientação e observação clínica materno-infantil.

Em continuidade, há outro aspecto de intervenção diária, que é a consulta da mulher em idade fértil, seja qual for a queixa, interroga-se sobre o passado obstétrico/ginecológico e sobre planejamento familiar/uso de anticoncepcional. Pois assim, torna-se a consulta uma forma de aproveitamento para o planejamento familiar. Isso porque muitas mulheres não buscam esse atendimento prévio, e como é de conhecimento, uma consulta pré-concepcional é um diferencial para evitar danos e para melhor assistência no período gestacional.

Assim, o Posto de Saúde da Família(PSF)acontece os dois extremos, que são as gestantes adolescentes que não foram instruídas adequadamente para o uso de anticoncepção(seja ele oral, injetável, adesivo, barreira, dentre outros), quanto mulheres que estão acima de 35 anos que ainda desejam gestar, porém não sabem como proceder, pois muitas acham que não podem mais gestar. No entanto, durante a consulta há a explicação sobre o maior risco gestacional devido a idade ser acima dos 35 anos, mas não que existe a impossibilidade, muito pelo contrário, é aí que temos que captar e dar uma melhor assistência pré-concepcional para diminuir os riscos de complicações e para identificar precocemente alterações modificáveis. Logo, é notório o quanto podemos modificar e seguir novos horizontes numa consulta, criando essa aba para o planejamento familiar.

Infelizmente, na nossa área comunitária ainda temos muitas gestantes adolescentes, e esse está e continuará sendo um desafio para diminuirmos tais taxas de incidência. Assim, neste período que estamos passando devido a pandemia(Covid-19), as ações em escolas estão impossibilitadas, porém diariamente tentamos captar esses jovens para conversar e orientar sobre a anticoncepção e sobre as doenças sexualmente transmissíveis, para um melhor controle da Natalidade nessa faixa etária

Por fim, será dado continuidade ao esforço para servir a população com qualidade, multidisciplinaridade e clareza, para que os pacientes tenham uma boa assistência à saúde, pois essa área do pré-natal, do planejamento familiar e do puerpério são pilares fundamentais de demonstração de um bom serviço de saúde, sendo uma forma de angariar êxito do que tange as recomendações do Ministério da Saúde quanto a esses cuidados essenciais na atenção básica.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Atenção à Saúde da Criança, Crescimento e Desenvolvimento

A puericultura é uma forma de assistência com enfoque em proteger e promover a saúde infantil de forma integral, sendo a criança um ser em desenvolvimento, necessitando, dessa forma, de cuidados para o processo de prevenção e educação em saúde de forma periódica e sistemática.

Assim, diante da extrema importância do acompanhamento médico durante a primeira infância nas unidades básicas de saúde, fez-se necessário uma melhor organização no plano da consulta da puericultura, conseguindo-se assim suprir as necessidades de um acompanhamento clínico de qualidade para todos. Isso, para que se possa identificar alterações clínicas de forma precoce e manejo dos possíveis atrasos do desenvolvimento.

Logo, realizando-se uma consulta sistemática no primeiro mês, obtendo contato com a unidade de saúde, com o médico responsável pela unidade que também foi o que acompanhou o pré-natal da mãe, também tendo o auxílio da enfermagem, de forma a compartilhar o estado de saúde em conjunto com as agentes de saúde para um melhor seguimento clínico e busca uma ativa para reavaliação ou conferência de informações do estado de saúde do paciente.

Dessa forma, durante a intervenção de efetividade do serviço, preconizou-se toda uma revisão de como ocorreu o parto, as condições do nascimento, o período de internamento, interrogação sobre possíveis intercorrências, vacinação ao nascer, testes hospitalares (teste do olhinho, do coraçãozinho, da linguinha), assim como os testes após a alta (teste do pezinho e do ouvidinho), bem como alguma pendência laboratorial ou clínica. Checando todos os exames e avaliando necessidade referência ao serviço secundário. Também é realizada a reavaliação da prescrição após a alta hospitalar, com checagem do uso adequado de tal prescrição e a necessidade de outras medicações/suplementações.

Outro fator crucial do acompanhamento é em relação ao aleitamento materno, o qual é tão enfatizado durante o pré-natal. Sendo orientado a forma adequada desde o pré-natal, até primeira consulta (visita) e revisto na consulta de 1 mês, onde se tem a chance de estabelecer ainda reajustes para um melhor aleitamento, além do incentivo do mesmo, sempre mostrando o crescimento e desenvolvimento com o aleitamento materno exclusivo (AME), chegando-se à conclusão nos gráficos do cartão da criança que há um bom desenvolvimento com o AME, logo, mantendo o vínculo dessa alimentação como fomentadora de saúde e conexão materno-infantil.

A primeira puericultura é um momento único de oportunidade para identificação de alterações físicas e de desenvolvimento, assim o exame físico torna-se minucioso e criterioso, de forma a examinar de forma a buscar identificar e excluir possíveis síndromes e doenças congênitas. Além, de avaliação minuciosa dos órgãos genitais (como por exemplo, checagem dos testículos e do óstio uretral cujo jato urinário seja adequado).

Um dos grandes desafios é atrelar os inúmeros pontos das consultas da puericultura com a demanda espontânea que chega no turno, que apesar da puericultura ser agendada há demandas clínicas diversas de outros pacientes. Outro fator limitante, a qual deseja-se instalar é a sala de espera com abordagem de diversos temas, porém esse período de pandemia limita

essa estratégia.

Portanto, o Centro de Saúde Maria Rodrigues Custódio, situado no município de Forquilha-CE, reserva um turno prioritário para o atendimento da puericultura, com todo o aporte para garantir um melhor serviço infantil e dando assistência para as famílias e tendo como referência de serviço secundário no âmbito da pediatria a Policlínica de Sobral e o Hospital Regional Norte, os quais atendem em caso de identificação de atrasos no desenvolvimento ou outras alterações/patologias clínicas. Dessa forma, com a consulta detalhada no início da puericultura, obteve-se maior aptidão para um melhor manejo clínico na unidade de saúde.

4. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 3

Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Diante da imensa demanda da saúde mental no Município de Forquilha no Estado do Ceará e da superlotação do Centro de Atenção Psicossocial(CAPS), priorizou-se de forma intensiva na Unidade Básica de Saúde Maria Custódio, um atendimento humanizado, centrado no paciente e principalmente revisando-se o diagnóstico ou até mesmo diagnosticando-se uma condição que não havia sido especificada em prontuário ou que não era de conhecimento do próprio paciente.

Perante a observação do uso abusivo de medicações controladas e sem o devido acompanhamento clínico na Unidade de Saúde, foi necessário um planejamento para redesenhar esse problema que é bastante prevalente na prática da atenção básica. Porém, não se pode haver conformação com esse quadro, que ao mesmo tempo que pode causar dependência, não trata a doença de base e ainda podendo gerar efeitos adversos, o que contrapõe o princípio médico da não-maleficência.

Logo, uma das primeiras medidas foi identificar o uso das medicações psiquiátricas de uso contínuo, avaliando a sua indicação e a sua eficácia em cada paciente que buscava atendimento médico ou mesmo em pacientes que vinham por outra demanda clínica e sempre interrogando-se no início das consultas as medicações de uso contínuo. Assim, obtinha-se uma consulta de saúde mental de oportunidade e reorganização dos prontuários para um melhor seguimento clínico.

Outra forma abordada inicialmente sobre a questão psiquiátrica foi a revisão dos prontuários e reavaliação das renovações de receitas controladas que não estavam sendo feitas mediante consulta clínica da área populacional inserida na Unidade Básica de Saúde. Então, com a ajuda das agentes de saúde foi realizado a busca ativa desses pacientes que estavam, de certa forma, desconectados da unidade, tentando reestabelecer o vínculo do seguimento clínico, além da atualização do prontuário em relação a novas medicações prescritas no CAPS ou em consultas particulares.

Depois da identificação dos problemas e início da prática citada acima, foi priorizado o registro em prontuário do que se foi diagnosticado e do que foi prescrito(incluindo medicamento novo, medicamento que se manteve e medicamento suspenso), para ter êxito no tratamento e seguimento psicoterápico dos pacientes revisados.

A outra etapa foi a decisão sobre o seguimento desses pacientes (os recém-diagnosticados, os diagnósticos revisados e os resgatados para acompanhamento clínico). Assim, boa parte dos pacientes foi realinhado o tratamento, bem como após o tratamento oportuno adequado foi iniciado desmame dos benzodiazepínicos(o que não foi tarefa fácil e

ainda continua sendo um desafio diário). Outra parcela englobava pacientes que já estavam em tratamento otimizado, porém sem benefícios tão proporcionais ao almejado e pacientes de difícil manejo clínico devido o grau de alteração psíquica (como esquizofrenia paranóide e transtorno bipolar em fase de mania). Para esses, o encaminhamento para o CAPS foi extremamente necessário, e algumas vezes o internamento de urgência psiquiátrica foi imprescindível devido o risco para outrém e/ou para o próprio paciente.

Dessa forma, almejou-se diminuir o excesso de pacientes no CAPS do Município de Forquilha e oportunizar um atendimento de qualidade, com disponibilidade para escuta ativa e seguimento dos pacientes psiquiátricos, mesmo aqueles que precisaram ser encaminhados, pois o tratamento é longitudinal e integrado.

Por fim, sempre ao avaliar os pacientes, observou-se a necessidade de um acompanhamento mais próximo e continuado em um intervalo menor entre as consultas e um acompanhamento com o serviço de psicologia, que por alguns períodos foi disponível dentro da unidade de saúde. Também manteve-se a integração sobre o quadro clínico dos pacientes com a enfermeira e com os agentes de Saúde da Unidade Básica Maria Custódio. Diante da pandemia pelo Covid-19, infelizmente, não há condições de manter tais estratégias de forma tão efetiva. Porém em breve, gradativamente a unidade de saúde estará novamente disponível para dar continuidade a esse serviço tão essencial que é cuidar da saúde mental da população que atualmente também vive uma "pandemia" de transtornos mentais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As microintervenções na UBS oportunizaram vários benefícios tanto para a população, quanto para a equipe da unidade, pois gradualmente foram geradas ferramentas que otimizaram o cuidado. Além do que possibilitou a reflexão sobre as ações desenvolvidas, cabendo adequações, ajustes e recomeços nas sua implementação.

Dessa forma, com ações locais se observa os efeitos das microintervenções que atreladas à prática cotidiano clínico tornam as consultas mais flúidas, eficientes e com uma melhor garantia de acompanhamento do cuidado e da atenção. Assim, obtêm-se um prontuário mais completo até mesmo para que futuramente outra equipe possa dar continuidade a esse assistência ao paciente.

Uma forma de exemplificar tais benefícios, como descrito nas microintervenções, é a consulta de oportunidade, pois muitas vezes os pacientes procuram a unidade de saúde por queixas bem pontuais e extremamente esporádicas, e essa é uma forma de captação desses pacientes.

Assim, enquadra-se para todos os seguimentos clínicos, como os que foram abordados no relatório: -Saúde da Mulher, avaliando uma mulher na idade fértil sobre o planejamento familiar, além de conseguir avaliar comorbidades e fazer todo o registro em protuário; - Saúde da Criança fazendo um acompanhamento da puericultura e também resgatando aquelas crianças que não conseguiram fazer adequadamente a puericultura, mas que necessitam de uma avaliação mais minuciosa); - Saúde Mental(observando as medicações de uso contínuo, se o tratamento está sendo eficaz, descrevendo o diagnóstico e avaliando necessidade de acompanhamento em atenção secundária.

Em suma essas momentos foram estratégias eficazes, porém com fatores limitantes atuais: tempo x demanda espontânea x pandemia. Mas mesmo com essas limitações, sempre que possível há um questionamento sobre o histórico patológico pregresso e uso de medicações contínuas, ressaltando a importância de acompanhamento assim que possível para os pacientes que demandam mais cuidado.

Logo, essas microinterveções fazem parte do processo de trabalho da equipe com o intuito de superar os desafios vivenciados pela mesma no cuidado cotidiano prestado a família, pois são pequenas atitudes que geram perspicácia no cuidado clínico, revisão de condutas, integralidade da assistência e registro adequado no prontuário para futuras equipes da Estratégia da Saúde da Família.

6. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 320p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 186p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1459-REDE CEGONHA: documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN): documento orientador de implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- POLI, M. E. H. et al. Manual de anticoncepção da FEBRASGO. *Femina*, v. 37, n. 9, set. 2009.
- SOUZA, M. C. B.; VITORINO, R. L. A Abordagem do casal infértil. *Femina*, v. 36, n. 10, p. 603-609, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, 2005.
- BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). ECA 25 anos, Avanços e desafios para a infância e a adolescência no Brasil. Rio de Janeiro, 2015a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

- Primária em Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed.
Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 184 p. (Cadernos de Atenção Primária em Saúde; n. 23)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): documento orientador de implementação. Brasília, 2016a, 120 p. no prelo.
 - MAGALHÃES. M. L. Atenção Integral à Saúde da Criança: uma proposta de indicadores para monitoramento da linha de cuidado. Escola nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.
 - PLANO NACIONAL PELA PRIMEIRA INFÂNCIA. Rede Nacional pela Primeira Infância. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Completo.pdf>>. Acesso: 22 mar. 2021.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
 - American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5a ed.: M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007. 85p.
 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020. Geneva, Switzerland, 2013.
 - FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em Saúde Mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3151-3161, 2015.
 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 9-84.
 - CHIAVERINI, D. H. et al. (org.). Guia prático de matriciamento em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.
 - YUNES, J. Política de Saúde Mental para a infância e a adolescência: uma proposta de organização da atenção. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2003. 79 p.
 - FIGLIE, N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. Aconselhamento em dependência química. 3. ed. São Paulo: Roca, 2015. 554 p.
 - ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 221-240.

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. B. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 3. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 167-174.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (org.). Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. 20. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
- ATHIÉ, K.; FORTES, S.; DELGADO, P. G. G. Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 8, n. 6, p. 64-74, 2013.
- BEZERRA, B. J. Considerações sobre práticas ambulatoriais em Saúde Mental. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 133-171.