

Percepção das gestantes de uma unidade de saúde da família de Maceió-AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil

Perception of pregnant women from a family health unit of Maceió-AL on factors related to infant mortality

Percepción de las mujeres embarazadas de una unidad de salud familiar de Maceió-AL sobre factores relacionados con la mortalidad infantil

Gabriela Ferreira da Silva. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. ferreiragabriela40@gmail.com
(*Autora correspondente*)

Maria José Ribeiro Sampaio Silva. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. mjrsampaio@yahoo.com.br

Maria Lucélia da Hora Sales. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL). Maceió, AL, Brasil. luceliasales@saude.al.gov.br

Resumo

Objetivo: identificar a percepção das gestantes sobre fatores de risco que podem contribuir para a mortalidade infantil. **Métodos:** pesquisa observacional, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada com 40 gestantes da Unidade de Saúde da Família (USF) de Guaxuma, Maceió-AL. **Resultados:** o perfil sociodemográfico das gestantes estudadas foi semelhante ao padrão das mulheres com maior mortalidade infantil, já sabidamente conhecido: idades entre 10 e 19 anos e acima de 30 anos, multiparidade, intervalo interpartal menor que dois anos e baixa escolaridade. Na análise dos discursos dessas gestantes, destacaram-se como fatores de risco a prática incorreta da amamentação, a busca tardia de assistência no período gestacional, no parto, no puerpério e na puericultura e a não inserção da família na assistência à gestante. **Conclusão:** as gestantes do estudo, que apresentavam perfil sociodemográfico condizente com maior risco para mortalidade infantil, demonstraram um bom conhecimento sobre os fatores de risco.

Palavras-chave:

Fatores de Risco
Mortalidade Infantil
Gravidez

Abstract

Objective: to identify the perception of pregnant women about risk factors that may contribute to infant mortality. **Methods:** observational, cross-sectional, descriptive study, using a quantitative and qualitative approach, conducted in 40 pregnant women from the Family Health Unit (FHU) of Guaxuma, Maceió-AL. **Results:** the social and demographic profile of the women studied was similar to the pattern of women with higher infant mortality, already described in the literature, including age between 10 and 19 years and above 30 years, high parity, birth interval less than two years and low education. In these women's speeches, they emphasized the following risk factors: incorrect breastfeeding, delay in seeking care during pregnancy, childbirth and postpartum and for well child care and lack of family involvement in prenatal care. **Conclusion:** patients in the study, who had a social and demographic profile consistent with increased risk for infant mortality, demonstrated a good knowledge about the risk factors.

Keywords:

Risk Factors
Infant Mortality
Pregnancy

Resumen

Objetivo: identificar la percepción de las mujeres embarazadas sobre los factores de riesgo que pueden contribuir a la mortalidad infantil. **Métodos:** estudio observacional, transversal, descriptivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, que se llevó a cabo en 40 mujeres embarazadas de la Unidad de Salud de la Familia (USF) de Guaxuma, Maceió-AL. **Resultados:** el perfil demográfico de las mujeres estudiadas fue similar al patrón de las mujeres con mayor mortalidad infantil, que se conoce, con las personas de entre 10 y 19 años y mayor de 30 años, alta paridad, intervalo entre nacimientos menos de dos años y bajo nivel de educación. En el análisis de los discursos de estas mujeres, se destacaron como factores de riesgo la lactancia incorrecta, tardía búsqueda de atención durante el embarazo, el parto y el cuidado de los niños después del parto y la falta de participación de la familia en la atención prenatal. **Conclusión:** las pacientes en el estudio, que tenían el perfil sociodemográfico consistente con un mayor riesgo de mortalidad infantil, demostraron un buen conocimiento sobre los factores de riesgo.

Palabras clave:

Factores de Riesgo
Mortalidad Infantil
Embarazo

Como citar: Silva GF, Silva MJRS, Sales MLH. Percepção das gestantes de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL sobre fatores relacionados à mortalidade infantil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(33):317-322. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(33\)733](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(33)733).

Fonte de financiamento:
PET-Saúde, Ministério da Saúde.

Parecer CEP: Universidade Federal do Tocantins processo n. 023/2009 de 08/07/2009.

Conflito de interesses:
declararam não haver.

Recebido em: 25/03/2013.
Aprovado em: 04/10/2014.

Introdução

Durante muito tempo, no Brasil, a morte de um recém-nascido – ou de uma mãe – não era considerada um problema social e político e, sim, uma fatalidade, um capricho do destino. Aos poucos, essa antiga visão foi sendo superada. Hoje, há um consenso de que essas mortes, em sua maioria, poderiam ser evitadas pelo acesso a ações de prevenção e promoção da saúde e a serviços de qualidade. Reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde das gestantes está entre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos como prioridades pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000.¹

O Brasil tem experimentado mudanças na condição de saúde da população infantil. A queda da mortalidade infantil no país está associada a diversas melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde da criança, com relação a questões como alimentação e nutrição, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde.² O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) aponta que a taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos no Brasil caiu 77% entre 1990 e 2012, uma das quedas mais significativas no mundo nesse período.³

Alagoas foi o estado brasileiro com a maior redução da mortalidade infantil nesse período, de 83%. Parte dessa redução pode ser explicada pela implementação de um plano de ação elaborado pelo governo estadual, em articulação com os 102 municípios alagoanos, tomando como referência o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil.

O presente estudo teve como objetivo compreender como as gestantes de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL percebem esse processo, explorando suas percepções sobre fatores de risco para a mortalidade infantil e sobre fatores de proteção.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) de Guaxuma, Maceió-AL, no período compreendido entre maio de 2009 e maio de 2010. Essa USF foi selecionada por ser a referência para o Programa de Educação Tutorial pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) em Maceió, e, portanto, cenário de atuação das pesquisadoras deste estudo.

A área de Guaxuma, localizada no litoral norte do município de Maceió, possui 2.950 pessoas assistidas pela Estratégia Saúde da Família, cujo universo de gestantes cadastradas é de 40 mulheres/ano, população escolhida para o estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, sob protocolo de nº 1479, e financiado pelo Pet-Saúde, do Ministério da Saúde.

A coleta de dados foi realizada pelas autoras da pesquisa mediante entrevistas estruturadas com as gestantes, utilizando um questionário semiestruturado contendo questões abertas e fechadas, por meio de visitas domiciliares nas microáreas da USF de Guaxuma.

As entrevistas com as gestantes só ocorreram após a leitura, o entendimento e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte das mesmas. Os autores, durante a coleta dos dados, se portaram de maneira imparcial, para minimizar a margem de erro e avaliar a ambiência para a realização das entrevistas. As mesmas foram realizadas individualmente, preservando a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Os programas utilizados para a tabulação e categorização dos dados foram, respectivamente, o Epi Info 3.5.2, que possibilitou a transcrição fidedigna dos discursos, e o Microsoft Word, onde os mesmos foram categorizados mediante a verossimilhança das falas. As variáveis quantitativas foram expressas em frequências simples e média aritmética, enquanto que as qualitativas, por meio dos discursos coletivos construídos fidedignamente a partir das respostas aos questionários.

Os discursos foram analisados pelas autoras em momentos distintos, utilizando as seguintes metodologias: a) técnica de análise de conteúdo, b) ancoragens e c) criação do discurso do sujeito coletivo de Lefevre e Lefevre (2006)⁴ que visa, após análise, à extração de expressões-chave e/ou ancoragens de discursos semelhantes para então formular um único discurso redigido na primeira pessoa do singular, mas reportando um pensamento coletivo que sociologicamente é possível.

Os discursos do sujeito coletivo reportam as características ativas de pensamentos sociais resultantes das experimentações, crenças e das trocas de informações presentes na vida cotidiana descritas por Moscovici (1961)⁵ na Teoria da Representação Social.

Resultados e discussão

Características sociodemográficas das gestantes estudadas e sua relação com a mortalidade infantil

O universo do estudo foi constituído por 40 gestantes. A idade variou de 10 a 40 anos, sendo que 22,5% tinha entre 10 e 19 anos, evidenciando elevado risco de gravidez na adolescência na população estudada, e percentual semelhante tinha idade superior a 30 anos. Em torno de 50% das mulheres tiveram o primeiro filho entre 16 e 19 anos de idade e em 40% dos casos o parto foi cesariano. 70% das gestantes eram multíparas, com uma média de três partos precedentes. O intervalo interpartal foi menor ou igual a dois anos em todas as participantes. Evidenciou-se, na frequência simples, que a escolaridade foi inferior a oito anos de estudo em 31% dos casos e ainda que 50% das gestantes não possuíam vínculo empregatício.

Essas características sociodemográficas das gestantes do estudo coincidem com fatores de risco já conhecidos na literatura para a mortalidade infantil, como alta paridade, baixo nível de escolaridade materna, gravidez precoce e idade materna avançada.

Por exemplo, em um estudo realizado no município do Rio de Janeiro em 2010, ficou constatado que, quanto mais jovens as mães, maior o risco para óbito no primeiro ano de vida dos seus filhos, assim como, quanto maior a paridade, maior risco para o bebê,⁶ fatores estes que foram encontrados nas gestantes do presente estudo.

O aumento da escolaridade da população, em especial das mulheres, é uma das formas mais eficientes de reduzir a mortalidade infantil, pois mulheres mais instruídas buscam, com maior frequência e mais rapidamente, os serviços de saúde e possuem acesso precoce aos serviços protetores ao óbito infantil; portanto, são mais facilmente sensibilizadas às atividades de educação em saúde no período gestacional. A pesquisa evidenciou que 31% das gestantes possuíam oito anos ou menos de estudo. Um estudo de coorte de base populacional realizado em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, em 2010,⁷ apontou que gestantes com oito ou menos anos de estudo tiveram um Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) de 19,3, com 45 óbitos por mil nascidos vivos, em comparação com mulheres com mais de oito anos de estudo, que tiveram CMI de 4,7, com 11 óbitos por mil nascidos vivos.

O efeito independente da escolaridade materna na determinação do óbito infantil foi apontado na Síntese dos Indicadores Sociais em 2004, que mostrou uma taxa de mortalidade infantil de 14 por mil nascidos vivos entre as crianças nascidas de mães com oito anos ou mais de estudo, nas regiões Sul e Sudeste, e uma taxa de 53,5 por mil nascidos vivos para crianças nascidas no Nordeste, de mães com escolaridade de até três anos.⁸

Outro aspecto que influencia a busca por atendimento nas USF é a ocupação das gestantes. Cerca de 50% das gestantes entrevistadas não possuía vínculos empregatícios, dispondo de mais tempo para buscar serviços de saúde. Alguns estudos revelam que a pouca disponibilidade de tempo em casa também influencia na qualidade dos cuidados maternos para essas crianças.⁷

Percepções das gestantes sobre aspectos que influenciam na mortalidade infantil

A partir das ancoragens, foram definidos quatro eixos com base na predominância com que apareceram nos discursos: 1- aleitamento materno exclusivo, 2- busca pela saúde e acessibilidade, 3- contribuição da unidade de saúde para o controle da mortalidade infantil e 4- inclusão da família na assistência à gestante.

Aleitamento materno exclusivo

A prática da amamentação tem-se mostrado protetora contra o óbito infantil e, portanto, o aumento na duração do aleitamento materno poderia justificar, ao menos em parte, a diminuição observada na mortalidade infantil nas últimas décadas.⁹ O aleitamento materno é definido como exclusivo quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas de xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.¹⁰

Neste estudo, todas as participantes consideraram o aleitamento materno como uma prática muito importante e que oferece proteção às crianças.

“O aleitamento materno é importante porque previne doenças, alergias e é saudável. Amamentar até os seis meses somente com o leite do peito como a [Enfermeira da unidade] ensinou.” Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) 1.

Os ensinamentos da prática da amamentação devem, de forma substancial, se aproximar de uma prática natural, visando não interromper a fisiologia normal e “instintiva” dessa aproximação afetivo-nutricional entre mãe e filho. Entretanto, é essencial realizar em vários momentos, no pré-natal, no puerpério e na puericultura, perguntas de verificação para certificar-se da aproximação da mãe com esse objeto de aprendizagem, elevando a qualidade das mamadas e diminuindo, consequentemente, os riscos para a mortalidade infantil.

Nas entrevistas analisadas, houve relatos de complementação do leite materno com outros líquidos:

“É bom dar o leite, mas se ele não pegar o leite do peito dar gogó ou mucilon.” (DSC 2)

“[...] a gente acha que é fraco, mas o certo é dar até os seis meses. Eu tentei o gogó, mas ele não pegou, ofereço água, leite e chá.” (DSC 3)

Graças aos inúmeros fatores existentes no leite materno que protegem contra infecções, ocorrem menos mortes entre as crianças amamentadas. Estima-se que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, por causas preveníveis. Nenhuma outra estratégia isolada alcança o impacto que a amamentação tem na redução das mortes de crianças menores de 5 anos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Unicef, em torno de seis milhões de vidas de crianças estão sendo salvas a cada ano por causa do aumento das taxas de amamentação exclusiva.¹⁰

Busca pela saúde e acessibilidade

A busca tardia por assistência durante o período gestacional, parto, puerpério e puericultura é identificada, no estudo, como fator de risco para mortalidade infantil.

“Procuro o posto quando tenho algum problema de saúde ou alguém da minha casa fica doente. Venho com mais frequência agora por causa da gestação, para fazer o pré-natal, vacinas, exames e consultas de rotina.” (DSC 4)

“Comecei meu pré-natal no 4º mês de grávida e sei que deixei de fazer exames e consultas importantes. A enfermeira me falou que essa demora poderia levar a complicações para mim e para meu bebê, até mesmo à morte. Mas agora não deixo de ir a uma consulta dele porque sei que ele está sendo bem acompanhado.” (DSC 5)

“Já tenho dois filhos e depois do parto deles eu ia para casa e pronto. [...] nesta gestação ouvi falar que meu filho precisa ser examinado durante o primeiro ano de vida dele todinho, cada mês tenho que ir pro posto. Às vezes não tenho tempo, mas vou porque sei que é para o bem dele.” (DSC 6)

Fica notória, na análise do DSC 6, a preocupação que as gestantes mostraram em relação ao acompanhamento regular das crianças menores de um ano. Em relação à qualidade do atendimento à criança, o Ministério da Saúde propõe o seguinte calendário mínimo de consultas: sete consultas no primeiro ano, duas consultas no segundo ano e uma consulta anual entre o terceiro e o sexto ano de vida. O seguimento desse calendário, bem como o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, podem ser indicadores da qualidade da atenção prestada à criança no nível dos serviços de saúde.¹¹

Assim como a assistência de puericultura é importante para a redução da mortalidade infantil, o manual mais recente do Ministério da Saúde sobre atenção ao pré-natal de baixo risco¹² destaca que o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência. Em um estudo de revisão integrativa realizado em 2012,¹³ o cuidado pré-natal apresenta-se como o principal fator de impacto para a determinação da mortalidade infantil.

Os fatores relacionados à assistência pré-natal que estiveram associados à mortalidade infantil são o número insuficiente de consultas e a baixa qualidade do atendimento prestado.¹³ Ambos fatores convergem para o óbito nos primeiros dias de vida da criança, comumente relacionado a causas evitáveis. O número ideal de consultas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é igual ou superior a seis.

Atualmente, a rede estruturada para a atenção materno-infantil está voltada para a estratégia Rede Cegonha que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde da mãe e do bebê no país.

Contribuição da unidade de saúde para o controle da mortalidade infantil

“O posto ajuda bastante. Há muito nascimento, deveria haver mais médicos, porque sobrecarrega a enfermeira. Eles disponibilizam cesta básica, medicamentos, informações, educação e vacinação e o agente ainda faz visita nas casas, vai depender da direção.” (DSC 7)

Há neste discurso do sujeito coletivo a percepção sensível da necessidade de ampliação e fortalecimento da equipe de saúde na atenção básica. No trecho “[...] vai depender da direção”, nota-se a concepção política articulada da população, que percebe as transformações decorrentes de novos comandos gestores, o que intensifica a ideia de uma representação social ativa e que sofre influências sociais, políticas e culturais na construção de um viver em sociedade.

Uma assistência pré-natal adequada e uma boa interação com os serviços de assistência ao parto são essenciais para a obtenção de bons resultados maternos e perinatais.

“[...] dando atendimento do início da gestação até o fim. O que chamam de acompanhamento.” (DSC 8)

Esse acompanhamento possibilita que a equipe de saúde detecte precocemente os fatores de risco para a mortalidade infantil, tornando-se, assim, um dos principais pilares de segurança do óbito infantil na comunidade pesquisada.

A interação serviço-comunidade deve ser dotada de recíprocas responsabilidades assistenciais, de educação e vínculo. A autocrítica reflexiva que o DSC 9 traz representa uma premissa qualitativa de quanta autonomia o indivíduo tem nos diversos serviços de saúde deliberados a ele, visto que suas decisões, opiniões e concessões aumentam ou diminuem sensivelmente a velocidade de resolução dos problemas.

“Os profissionais fazem a parte deles, só que a gestante deve ter consciência.” (DSC 9)

O termo “consciência” utilizado pelas gestantes demonstra o teor de corresponsabilidade assumido pela população. Não é suficiente que a equipe de saúde multiprofissional se empenhe. Faz-se necessário a interação, participação e criação de um processo cultural de autonomia com a própria saúde.

Na maioria das vezes, as representações sociais, que refletem o senso comum, são divulgadas pelos diferentes meios de comunicação, sendo assim absorvidas, sem uma reflexão mais crítica sobre os fundamentos reais, concretos, históricos, científicos e teóricos que as embasam. Porém, para atingir essa reflexão mais crítica, é preciso que se efetue um sólido e consistente trabalho no sentido do desenvolvimento da consciência.¹⁴ A consciência supracitada no discurso advém dos saberes populares, sem grandes reflexões filosóficas, mas que constituem uma representatividade social real da área adscrita e do grupo de gestantes entrevistadas.

Inclusão da família na assistência à gestante

A inclusão da família na assistência à gestante como foco de atenção básica de saúde pode ser ressaltada como um dos avanços na contribuição da Estratégia Saúde da Família para modificar o modelo biomédico de cuidado em saúde. Ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença; contextualiza-se a saúde, produzida em um espaço físico, social, relacional, resgatando as múltiplas dimensões da saúde. Salienta-se que a inclusão da família não decorreu de entendimento e convicção pactuados; viu-se que a família chega à atenção primária de saúde impulsionada por diferentes e conflitantes representações e motivações:¹⁵

“Minha família é incluída. Em palestras, grupo de hipertensos, reuniões para gestantes, eventos e grupo de idosos.” (DSC 10)

“Procuro me incluir nas ações do posto. Sinto que lá tenho uma segurança para a minha família. [...] Com o acompanhamento dos agentes e dos profissionais, percebi que minha família vem adoecendo menos.” (DSC 11)

A acessibilidade e a inclusão das famílias nos serviços de saúde geram segurança e resolutividade de problemas. Tal resolutividade deve ser focada, prioritariamente, por atividades de promoção da saúde e proteção de doenças e agravos, condizentes com a filosofia da atenção básica em saúde. O termo “porta de entrada” precisa ser incorporado de maneira efetiva, assim desencadeando maior satisfação populacional, tomada de decisões assertivas, serviço de referência e contra-referência responsável e procura e ocupação necessária da média e alta complexidade.

Conclusões

O presente estudo avaliou uma amostra de gestantes e puérperas de uma Unidade de Saúde da Família de Maceió-AL, buscando conhecer como elas se percebem no contexto dos fatores de risco para a mortalidade infantil. Essa amostra apresentou características semelhantes às associadas a maior mortalidade infantil, como intervalo reduzido entre os partos, baixa escolaridade e multiparidade. Essas mulheres demonstraram um bom conhecimento sobre fatores de risco para a mortalidade infantil, destacando aspectos já estabelecidos na literatura, como prática incorreta da amamentação, busca tardia de assistência no período gestacional, parto, puerpério e puericultura e a não inserção da família na assistência à gestante. Compreender a percepção das gestantes deve ser a porta de entrada para a tomada de decisão focada na proteção do trinômio mãe-bebê-família.

Referências

1. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Avanços e desafios: a redução da mortalidade infantil em Alagoas. Brasília; 2012 [acesso em 2012 Dec 11]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_livro_mortalidade_alagoas.pdf.
2. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60055-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60055-X).
3. United Nations Children's Fund (UNICEF). Committing to child survival: a promise renewed. Progress report 2013. New York: UNICEF; 2013.
4. Lefevre F, Lefevre AMC. O sujeito que fala. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(20):517-524. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.
5. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
6. Oliveira EFV, Gama SGN, Silva CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(3):567-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300014>.
7. Geib LTC, Freu CM, Brandão M, Nunes ML. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010;15(2):367-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200011>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Síntese de Indicadores Sociais. 2005. [acesso em 2012 Dec 11]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2005/>
9. Cruz MCC. O impacto da amamentação sobre a desnutrição e a mortalidade infantil, Brasil [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 80 p.
10. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento da Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
13. Figueiredo PP, Lunardi FWD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2012;20(1):201-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000100026>.
14. Franco MLPB. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cad Pesqui*. 2004 [acesso em 2012 Dec 11];34(121):169-86. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742004000100008&lng=pt&nrm=iso.
15. Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). *Rev Latino-Am Enfermagem*. Disponível em: 2004;12(4):658-664. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000400012>.