

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

Assessment and classification of family risk in a school of early childhood education

Avaliação e classificação do risco familiar em uma escola de educação infantil

Evaluación y clasificación del riesgo familiar en una escuela de educación infantil

Sueli Maria dos Reis Santos¹, Maria Cristina Pinto de Jesus², Leticia Souza Peyroton³, Fernanda Silva Linhares³

ABSTRACT

Objective: To evaluate the familial risk for children of early childhood education to support educational practices and school-family integration. **Method:** This exploratory, descriptive quantitative. The data collection was performed in a school in a city in Minas Gerais, 2011. The subjects were 69 school families. We used a form with topics related to socioeconomic factors and clinical conditions of the members of the families concerned. The data was submitted to statistical analysis with variable frequency, enabling the establishment of priorities (risk level, sentries and factors influencing the risks). **Results:** The familial risk was between low and medium, the clinical criterion influence this classification. There is potential for development of chronic diseases such as hypertension, obesity, alcoholism, smoking, and psychosocial disorders. **Conclusion:** The classification provided to identify the need for health education in the pursuit of generating content and collective actions to raise awareness for the acquisition of healthy habits. **Descriptors:** Health care, Children's health, Family, Education, Health.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o risco familiar de crianças da educação infantil para subsidiar práticas educativas e integração escola-família. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva, quantitativa. Coleta de dados realizada em uma escola de um município de Minas Gerais, em 2011. Os sujeitos foram 69 famílias da escola. Utilizou-se um formulário com tópicos relacionados a fatores socioeconômicos e condições clínicas dos membros das famílias em questão. Submeteram-se os dados à análise estatística com frequência das variáveis, possibilitando o estabelecimento de prioridades (grau de risco, sentinelas e fatores que influenciam os riscos). **Resultados:** O risco familiar ficou entre baixo e médio, o critério clínico influenciou esta classificação. Observou-se potencial para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como: hipertensão arterial, obesidade, alcoolismo, tabagismo, além de transtornos psicossociais. **Conclusão:** A classificação propiciou identificar a necessidade de realizar práticas educativas em saúde, na busca de gerar conteúdos e ações coletivas voltadas para sensibilização para aquisição de hábitos saudáveis. **Descritores:** Atenção à saúde, Saúde da criança, Família, Educação, Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el riesgo familiar para los niños de educación infantil para apoyar las prácticas educativas y la integración escuela-familia. **Método:** Exploratorio, descriptivo cuantitativo. La recolección de datos en una escuela en una ciudad en Minas Gerais en 2011. Los sujetos fueron 69 familias de la escuela. Se utilizó un formulario con los temas relacionados con los factores socioeconómicos y las condiciones clínicas de los miembros de las familias afectadas. Sometidos los datos a un análisis estadístico con una frecuencia variable, lo que permite el establecimiento de prioridades (nivel de riesgo, los centinelas y los factores que influyen en los riesgos). **Resultados:** El riesgo familiar fue entre baja y media, el criterio clínico influye esta clasificación. Existe un potencial para el desarrollo de enfermedades crónicas como la hipertensión, la obesidad, el alcoholismo, el tabaquismo y los trastornos psicossociales. **Conclusión:** La clasificación proporcionada a identificar la necesidad de educación para la salud en la búsqueda de la generación de contenidos y acciones colectivas para aumentar la conciencia para la adquisición de hábitos saludables. **Descriptor:** Atención a la salud, Salud de los niños, Familia, Educación, Salud.

¹Enfermeira. Doutora Associada. Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar em Atenção à Saúde (NUPIAS). E-mail: sueli.santos@ufjf.edu.br. ²Enfermeira. Doutora Associada. Departamento Enfermagem Básica. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar em Atenção à Saúde (NUPIAS). E-mail: mariacristina.jesus@ufjf.edu.br. ³Acadêmicas de Enfermagem. Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora. Bolsista de Iniciação Científica/UFJF. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lelepeyroton@hotmail.com, nanda.enf.fortuna@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Educação e a saúde são direitos sociais previstos na Constituição Federal de 1988, de acordo com o Artigo 6º; ambas são, igualmente, direito de todos e dever do Estado, conforme preconizam os artigos 196 e 205 da mesma Constituição. Tais preceitos constitucionais encontram ressonância na legislação educacional. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9.394/1996 (LDB), que dispõe, no Artigo 2º, sobre os direitos fundamentais da criança e do adolescente, entre eles o direito à vida e à saúde. Esta garantia é também preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), que, entre outros dispositivos, detalha o atendimento necessário à criança e ao adolescente e as obrigações do Poder Público e do Sistema Único de Saúde - SUS.¹⁻⁴

Conforme estatística do Ministério da Educação, registrada no Censo da Educação Básica de 2011, 2.298.707 crianças foram matriculadas em creches e outros 4.681.345 na pré-escola, em 2011.⁵ Grande parte dessas crianças está exposta a riscos e relações de vulnerabilidade, de agravos à saúde devidos aos desequilíbrios alimentares, exposição às doenças associadas às condições de saneamento básico e socioeconômicas, além de violência familiar e urbana. Tais situações requerem ações da escola, dos serviços de saúde e da família com vistas à integração necessária para minimizar os riscos e a vulnerabilidade nesse grupo da população.⁶

A família é a primeira instituição social responsável pela efetivação dos direitos básicos das crianças, por isso se faz necessário o estabelecimento de um diálogo aberto, participativo entre a escola e a família, tornando-as parceiras no desenvolvimento físico e intelectual das crianças. A estrutura familiar, bem como a sociedade, vem sofrendo mudanças que impõem desafios para as instituições de educação infantil. Por isso é importante criar condições de interação construtivas com essas famílias a fim de possibilitar sua efetiva participação na escola.

A saúde como necessidade da população está relacionada às condições de vida das pessoas, tradições históricas, hábitos e representações de corpo, saúde e doença.⁷ A escola é considerada um espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, ações preventivas e de educação para saúde.

A articulação entre escola e unidade de saúde é recomendada e se configura como uma importante demanda da comunidade escolar. Para a implantação de um modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários e que seja capaz de satisfazer suas necessidades de saúde, é fundamental a garantia dos espaços de trocas de saberes e de construção coletiva que envolva a escola, a unidade de saúde e a família.⁸

Com a participação ativa dos envolvidos na educação infantil e na atenção à saúde, é possível vislumbrar uma escola voltada para a formação de cidadãos críticos, informados e com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade.

OBJETIVO

A seguinte questão norteou este estudo: qual o risco familiar de crianças da educação infantil de uma escola da Zona Norte de Juiz de Fora?

Este estudo tem como objetivo avaliar o risco familiar de crianças da educação infantil, utilizando a escala de avaliação de risco.⁹

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, que possibilitou a exploração e entendimento acerca da classificação do risco familiar a partir do significado que os elementos da família atribuem a fatores sociodemográficos e situações de agravos à saúde.

O estudo foi realizado no segundo semestre de 2011, e o cenário consiste em uma Escola Municipal da Zona Norte de Juiz de Fora. Fizeram parte do estudo 69 pessoas. Como critérios de inclusão de participantes, foram utilizados: famílias (pais ou responsáveis) de crianças que frequentavam a escola, que responderam ao formulário de avaliação e aceitaram participar das oficinas de promoção da saúde.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o formulário da Secretária de Saúde de Minas Gerais (2009)¹⁰, que contém duas partes: a primeira aborda tópicos relacionados a fatores socioeconômicos e a segunda, as condições clínicas dos membros das famílias em questão.

Os fatores considerados na primeira parte foram: sexo, idade, número de filhos, escolaridade, profissão/ocupação, renda familiar, estado civil, alfabetização do chefe de família (analfabeto/alfabetizado) e abastecimento de água (rede pública, poço ou nascente, sem tratamento). Na segunda parte, considerou-se o histórico familiar e pessoal, dividindo-se os dados entre as faixas etárias.

A primeira faixa considerada foi a de crianças de 0 a 11 anos, na qual deveria ser informada a idade da criança, o peso ao nascer e a existência de doença ou condição referida. A segunda faixa abrangeu pessoas de 12 a 19 anos, levando-se em conta a idade; se houve gravidez não planejada (sim/não); presença de transtornos alimentares, psicológicos, mentais; uso de drogas lícitas e/ou ilícitas; doença ou condição referida. Consideraram-se também pessoas de 20 a 59 anos, às quais se perguntaram a idade, doença ou condição referida. Na parte direcionada às mulheres grávidas, obtiveram-se os dados relativos à idade, número de gestações/abortos, número de partos normal, cesáreas e doença ou condição referida. Na última parte, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, perguntaram-se a idade, quais medicamentos em uso, doença ou condição referida.

O preenchimento do formulário foi realizado na própria escola, no horário em que os pais deixavam os filhos. Após a obtenção da assinatura de cada participante no termo de consentimento livre e esclarecido, realizou-se a entrevista, em ambiente privativo e em data previamente agendada.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente utilizando frequência simples e percentual, por meio de técnicas descritivas e exploratórias, e foram apresentados em tabela e gráfico.

Para avaliação e classificação do risco familiar, foi utilizada uma escala de avaliação⁹ quando se estabeleceu o grau de risco sociodemográfico e critérios clínicos. A partir do cálculo desses dois fatores, verificou-se o risco familiar. A classificação do risco familiar compreendeu quatro graus: sem risco, com pontuação zero; risco baixo, com pontuação um; risco médio, com a pontuação variando entre dois e três; e risco alto, com pontuação entre quatro e seis. Verificou-se ainda a situação de risco clínico por grupos: criança, adolescentes, adultos e idosos e os respectivos agravos à saúde (enfermidades).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário/ Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o Parecer nº 245/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na caracterização das famílias da comunidade escolar, observou-se que predominou o gênero feminino (92,7%), que se responsabilizou por prestar informações sobre a família. Em se tratando da idade, 56,25% das mulheres estavam na faixa etária entre 19-35 anos. Quanto ao estado civil, 45,31% informaram ser casadas. Em relação à escolaridade, 35,9% das mulheres possuíam ensino médio completo. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos representantes das famílias.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo segundo o gênero. Juiz de Fora, 2011

Variáveis	Feminino n=64 (92,7%)	Masculino n=5 (7,3%)	
Faixa Etária	19-35	-	
	36-53	5 (100%)	
	>53	-	
	Não informada	-	
		5 (7,8%)	
Estado Civil	Casado	4 (80%)	
	União Estável	-	
	Solteiro	1 (20%)	
	Separado	-	
	Divorciado	-	
	Viúvo	3 (4,68%)	
Escolaridade Fundamental	Completo	2 (40%)	
	Incompleto	1 (20%)	
	Médio	Completo	1 (20%)
		Incompleto	-
Superior	Completo	1 (20%)	
	Incompleto	-	

Em relação à profissão/ ocupação dos participantes, 44,9% (31) se autodefiniram como “do lar”. Desses, a maioria (19) tem de um a dois filhos, sendo a renda familiar de um a menos de dois salários mínimos (31,8%). Em relação às variáveis sociodemográficas, verificou-se que quatro famílias (5,7%) não possuíam rede pública de abastecimento de água em seus domicílios e utilizavam água de poço ou nascente.

A Figura 1 mostra que 94,2% (65) das famílias foram apontadas como sem risco em relação à classificação sociodemográfica. Quanto à classificação critérios clínicos, a maioria classificou-se como risco baixo e médio (47,8%). Em se tratando do risco familiar, 62,3% foram classificadas como baixo e médio.

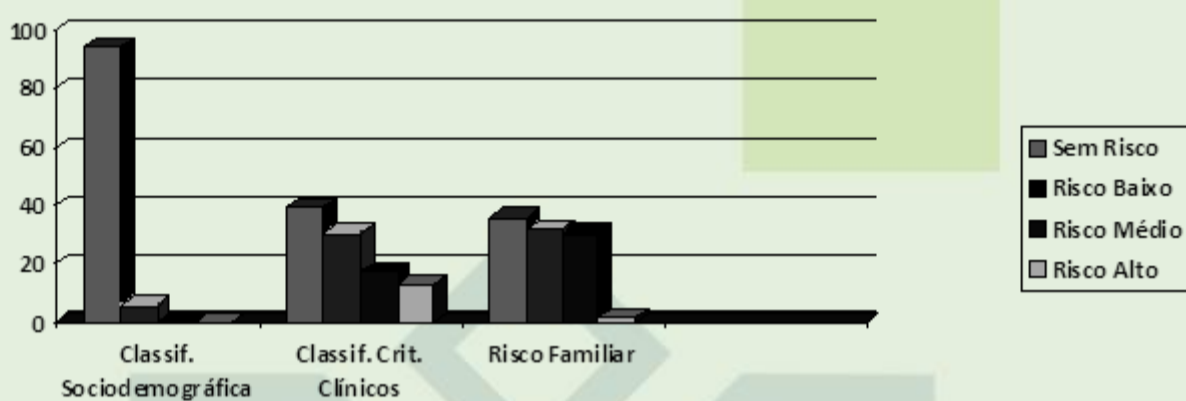


Figura 1- Classificação sociodemográfica, critérios clínicos e risco familiar das famílias de crianças e funcionários da Escola Municipal da Zona Norte de Juiz de Fora - 2º semestre de 2011.

Em se tratando de situação de risco clínico, identificou-se, no grupo de crianças, o destaque para distúrbio nutricional (desnutrição e obesidade) e, entre os adolescentes, a obesidade.

Detectaram-se, entre adultos e idosos, situações de risco à saúde, como: alcoolismo, tabagismo, obesidade, diabetes, hipertensão arterial, dislipidemia, sequelas de acidente vascular cerebral, depressão, doença renal crônica e polifarmácia. Os transtornos psicológicos e psiquiátricos, ressaltando-se a depressão, também se destacaram como a situação que mais acomete os adultos.

Embora não consideradas no instrumento como situação de risco clínico, foi possível identificar no grupo de crianças situações clínicas de insuficiência respiratória aguda (sinusite, rinite, bronquite e asma), infecção do trato urinário, alterações cardíacas (sopros) e traços de anemia falciforme. Nos adolescentes, observaram-se obesidade, asma e infecção do trato urinário. No grupo de adultos, foram encontrados câncer de tireoide, amputação de membro devido a problemas circulatórios e infecção do trato urinário. Quanto aos idosos, detectou-se a presença de câncer dermatológico e de língua, bem como alterações da próstata. Identificou-se que os membros das famílias continuam se automedicando, mas apenas dois idosos fazem uso de polifármacos.

Participaram da pesquisa 64 mulheres (92,7% dos participantes); isso aponta para o fato de que a responsabilidade por aspectos fundamentais do desenvolvimento do filho, como os cuidados diários de higiene, alimentação e educação escolar, ainda continua sendo maior das mães do que dos pais.¹¹

A predominância de mulheres com faixa etária considerada fértil em relação à reprodução (56,25% se encontravam na faixa etária entre 19-35 anos) revela a importância da conscientização das mesmas em relação à natalidade, afinal, quando tais mães se tornam mais informadas em relação às condições de saúde e cuidados que se devem ter com as crianças, elas se tornam mais responsáveis no que diz respeito ao controle do número de filhos, uma vez que sabem da responsabilidade e dos gastos financeiros que a criação destes requer.

Há ainda de se considerar que um número significativo das mulheres participantes deste estudo não tinha companheiro (40,63%). Neste aspecto, percebe-se a extensão do papel que cumprem em suas famílias, pois elas ainda arcam sozinhas com as principais responsabilidades de cuidado com os filhos, sem ajuda de companheiros e apoio de uma rede de serviços públicos, como creches e escolas em período integral.¹²

Cabe ainda ressaltar que as mulheres que vivem sem companheiro ganharam mais independência e, por isso, podem assumir suas famílias. Entretanto, esta associação acaba por fortalecer muito mais a adjetivação dessas famílias como vulneráveis ou de risco do que como potencialmente autônomas.¹²

A forma como a mãe dedica sua atenção aos filhos, tanto diretamente como por meio de cuidadores, assim como seu acesso aos serviços de saúde, é influenciada pelo nível de escolaridade. Acrescenta-se ainda que a menor escolaridade materna continua associada aos maiores índices de desnutrição, com chance duas vezes maior de ocorrência desta em comparação com aquelas de maior escolaridade.¹³

Em relação a esse fato, salienta-se que todas as mulheres que participaram do estudo eram alfabetizadas, tendo 48,43% escolaridade igual ou superior ao ensino médio e 31,25% com menos de oito anos de estudos.

A principal estratégia das políticas focalizadas centradas nas famílias tem sido a entrega direta de bens ou atividades de capacitação que reforçam as habilidades consideradas adequadas às donas de casa e mães não trabalhadoras.¹² Na análise da variável sociodemográfica profissão/ocupação, verificou-se que 31 mulheres relataram ser “do lar” e três não responderam a esta questão.

Neste estudo, foi verificado que, entre as mulheres participantes, apenas uma tem mais de cinco filhos e 71,8% (46) têm de 1-2 filhos. Observou-se ainda que 11 mulheres que possuem mais de três filhos têm como ocupação a função de serem donas de casa e mães não trabalhadoras. Uma ampla variedade de estudos tem apresentado evidências de que mulheres que assumem a busca por novos conhecimentos, ou seja, buscam maior escolaridade, e investem nos seus estudos retardam os planos de gravidez, ocasionando a queda da natalidade em mulheres com mais anos de instrução.¹³⁻¹⁴ Também no Brasil, diversos estudos documentaram essa evidência, sugerindo que o grau de escolaridade da mãe explica grande parte da queda da fertilidade no Brasil.¹⁴

Em se tratando da renda familiar, 69,9% (39 famílias) apresentaram renda entre um e dois salários mínimos, enquanto que 12,5% vivem com menos de um salário

mínimo. Treze famílias possuem renda familiar superior a três salários mínimos. Estes dados demonstram que a maioria das famílias deste estudo pode ser classificada como pertencente à classe “E”, de acordo com a categorização feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que, com base no número de salários, assim classifica as famílias brasileiras: até dois salários mínimos - classe E; de dois a quatro salários - classe D; de quatro a dez - classe C; de dez a 20 - classe B; acima de 20 salários mínimos - classe A.¹⁵

Uma das variáveis para a classificação sociodemográfica é o saneamento básico, e detectou-se um aumento no acesso de uma porcentagem significativa dos domicílios aos serviços de água, esgoto e coleta de lixo.¹³ No entanto ainda há uma parcela da população que não conta com esses serviços.

Na classificação sociodemográfica, do presente estudo, verificou-se que a maior parte das famílias foi classificada como sem risco e apenas três famílias se mostraram carentes de saneamento básico.

Quanto à classificação dos critérios clínicos, que aborda elementos da família com agravos à saúde, as classificações risco médio e risco alto sobressaíram. Esse resultado pode ancorar-se na ausência de práticas de cuidado à saúde e fragilidades nas crenças, uma vez que os valores atribuídos às atitudes e aos comportamentos como hábitos alimentares, atividade física, lazer e uso de substâncias como o tabaco e o álcool são vivenciados e aprendidos na família.¹⁶

Vale ressaltar que a família e o ambiente em que a criança vive têm uma grande influência não só na sua recuperação de saúde, mas também em seu desenvolvimento.¹⁷ Quando a família não atribui valor à promoção de saúde e há ausência de uma cultura de prevenção aos agravos, ela se insere no modelo de atenção biomédico, no qual o atendimento à família verifica-se em função do surgimento de uma doença em um de seus membros e raramente é vista como um grupo de pessoas que necessita de avaliação e intervenção.¹⁸

O papel do enfermeiro em saúde da família implica relacionar todos os fatores sociais, econômicos e culturais apresentados, não apenas para lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também interagir com situações que busquem a integralidade familiar. Os diagnósticos e intervenções realizadas em um membro da família refletem em promoção da saúde para todos do núcleo familiar.¹⁹

No presente estudo, a classificação do Risco Familiar, que é o somatório da classificação sociodemográfica com a classificação dos critérios clínicos, apresentou como resultado significativo risco baixo e risco médio das famílias. O fator que mais contribuiu para essa classificação foi o critério clínico.

Tais resultados foram apresentados em reunião com os pais e funcionários da escola. A partir dessa classificação, foi possível discutir estratégias de promoção de saúde a partir do risco para agravos à mesma e o processo de aprendizagem na educação infantil voltado para o desenvolvimento de hábitos saudáveis. Foi vislumbrada a possibilidade de planejar e realizar oficinas educativas com a comunidade escolar. Frente a essa possibilidade, a maioria dos participantes apresentou-se entusiasmada e disposta a acolher a proposta.

CONCLUSÃO

O estudo foi adequado para realizar a avaliação do risco familiar de crianças da educação infantil, resultando na classificação do risco familiar. Esse resultado subsidiou a construção de uma proposta de oficinas educativas para as famílias, professores e funcionários da escola, como espaço para a tematização e geração de conteúdos e ações coletivas voltadas para integração saúde-escola. A proposta de criação da Escola de Pais vem justamente para se colocar como um apoio para que as famílias possam se informar mais sobre vários assuntos, além de estarem mais próximas da escola, permitindo, assim, um diálogo mais aberto e dinâmico. Nas oficinas, vários assuntos podem ser abordados, visando à construção de um conceito de promoção de saúde e prevenção de agravos na família e na escola.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Atualizada em outubro de 2009. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [acesso em: 01/11/2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
2. BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [acesso em: 01/11/2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm.
3. BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
4. Amarante AG, Soares M, Cássia B. Adolescência no SUS: uma revisão bibliográfica. São Paulo, Brasil. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2007; 17(3): 154-9.
5. Acervo Digital Veja [homepage na internet]. Valor de merendas em creche e pré-escola é reajustado. [acesso em: 01 nov 2012]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/educacao/valor-de-merendas-em-creche-e-pre-escola-e-reajustado>.
6. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al . Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm USP. [periódico na Internet]. 2009 dez [citado 2012 nov 13]; 43(spe2): 1326-1330. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.
7. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP; Oliveira KM et al. Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. Rev. bras. educ. med. [online]. 2012, vol.36, n.1, suppl.1, [citado 2012-12-05],pp. 40-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-

- 55022012000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200006>.
8. Ministério da Saúde (BR). Entrevista Adib Jatene, diretor do HCor e ex-ministro da Saúde Eugênio Vilaça, consultor em Saúde Pública. *Revista Brasileira Saúde da Família*. 2008; 9 (19):4-10, Brasília:Ministério da Saúde.
 9. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Rev Bras Med Família Comum*. 2004; 1 (2):19-26.
 10. Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária a Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais- Belo Horizonte: ESPMG, 2009.
 11. Cia F, Pamplin RCO, Del Prette ZAP. Comunicação e participação pais-filhos: correlação com habilidades sociais e problemas de comportamento dos filhos. Ribeirão Preto. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 2006; 16(35): 395-406. [acesso em 01 nov. 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? Script =sci_arttext&pid= S01 03-863X2006000300010&lng =pt&nrm=iso. <http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300010>.
 12. Carloto CM. Centralidade na família e centralidade nas mulheres? 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil [apresentação], UNIOESTE. Cascavel, Brasil. 2005.
 13. Menezes RCE, Lira PIC, Leal VS, Oliveira JS, Santana SCS, Sequeira LAS *et al* . Determinantes do déficit estatural em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6): 1079-87.
 14. Lopes JL, Pontilli RM. Renda familiar e educação como fatores condicionantes do aumento da taxa de fertilidade: uma análise para o Paraná. *Anais V ECOPAR - Encontro de Economia Paranaense* (2007, out, 4-5); Curitiba, PR.
 15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Faixas salariais x classe social - Qual sua classe social? [acesso em 01/11/2012]. Disponível em: <http://blog.thiagorodrigo.com.br/index.php/faixas-salariais-classe-social-abep-ibge?blog=5>.
 16. Silva MCLSR; Silva L, Bousso RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2011; 45 (5):1250-5. ISSN 0080-6234. [acesso em 01/11/2012]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>.
 17. Fonseca EL, Marcon SS. Percepção de mães sobre o cuidado domiciliar prestado ao bebê nascido com baixo peso. Brasília, DF. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(1):11-17.[acesso em 01/11/2012]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100002&lng=pt&nrm=iso.
 18. Moura LS, Kantorski LP, Galera SAF. Avaliação e intervenção nas famílias assistidas pela equipe de saúde da família. Porto Alegre, RS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006; 27 (1):35-44.
 19. Amaral RFC, Souza T, Melo TAP, Ramos FRS. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. *Rev Rene*. 2012; 13(1):85-93.

Recebido em: 31/01/2013
Revisão requerida: Não
Aprovado em: 03/10/2013
Publicado em: 01/01/2014

Endereço de contato dos autores:
Sueli Maria dos Reis Santos
Rua Ivon José Curi, 120. Portal da Torre. CEP: 36037-467. Juiz de Fora,
Minas Gerais - E-mail: sueli.santos@ufjf.edu.br