

# TECNOLOGIAS LEVES EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DOS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL NA CIDADE DE CRATEÚS-CE

SOFT HEALTH TECHNOLOGIES IN PRIMARY CARE AS A STRATEGY FOR  
REDUCING CHILD MORTALITY INDICES IN THE CITY OF CRATEÚS-CE

Laurentino Gonçalo Ferreira Filho<sup>1</sup>  
Cíntia Maria de Melo Mendes<sup>2</sup>

## RESUMO

Este projeto de intervenção tem como objetivo utilizar as tecnologias leves de saúde como estratégia na redução dos índices de mortalidade infantil no município de Crateús-CE, tomando como base a Taxa de Mortalidade Infantil deste município. As ações no âmbito do SUS e especificamente na atenção primária em saúde são realizadas com base em planejamento e articulação entre gestão e equipes de trabalho, sendo a epidemiologia um recurso imprescindível para o embasar orientar as ações na atenção básica, onde a TMI tem se demonstrado um dos indicadores mais sensíveis para determinar a situação de saúde de uma população. A educação, promoção e prevenção em saúde são potencializadas pelo uso de tecnologias que envolvem a produção do cuidado e o ato produtivo.

**Palavras-chave:** atenção básica, epidemiologia, prevenção, tecnologias em saúde.

---

<sup>1</sup>Docente do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – UFPI, lauretinopsi@gmail.com

<sup>2</sup>Professora orientadora: Dr<sup>a</sup> Cíntia Maria de Melo Mendes, Universidade Federal do Piauí – UFPI, [cintiamariam@gmail.com](mailto:cintiamariam@gmail.com), Teresina - PI, novembro de 2017.

## INTRODUÇÃO

Atualmente, temos um modelo de saúde em vigor influenciado diretamente pela reforma sanitária e pelos movimentos de luta antimanicomial, que na década de 1970 ganharam bastante força no cenário nacional.

De acordo com Fertorani et al.(2015), anteriormente a este cenário de luta, presenciávamos a hegemonia do modelo biomédico, pois apesar seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças naquele período, o mesmo dava pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano. (FERTORANI et al.,2015).

Deste modo, com as críticas ao modelo até então vigente, a partir da década de 1980 passamos a observar um conceito de saúde, que passou a ser entendido como resultado das condições sociais e de vida, o tema do direito à saúde e de acesso aos serviços, ambos reconhecidos como direitos de cidadania. Os princípios do SUS passaram a ser um eixo de orientação para as práticas assistenciais, contemplando o acesso universal e igualitário, a regionalização, a hierarquização e a descentralização dos serviços de saúde, o atendimento na perspectiva da integralidade e a participação popular. (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

É visível todos os avanços e aperfeiçoamentos que o Sistema Único de Saúde – SUS tem vivenciado desde sua criação nos anos 90 do século passado, a este respeito Macedo e Dimenstein (2012) discutem que diversos serviços foram colocados à disposição dos usuários, serviços estes que vieram para consolidar o SUS como uma política efetiva e a serviço da população, garantindo em termos legais o direito dos usuários em ter um serviço mais resolutivo, humano, integral, universal e equânime.

Destaca-se que todas as ações no âmbito do SUS e especificamente na atenção primária em saúde são realizadas com base em planejamento e articulação entre gestão e equipes compostas por profissionais das áreas adstritas. Neste sentido, um recurso imprescindível para o embasar planejamento e orientar as ações na atenção básica em saúde, trata-se dos dados epidemiológicos, sendo a

epidemiologia de extrema importância para as populações, servindo como estratégia indispensável para a elaboração de programas de saúde que visem diminuir e prevenir os agravos à saúde das populações de determinados locais. (BOING; D'ORSI; REIBNITZ, 2016).

A Taxa de Mortalidade Infantil é um dos indicadores mais sensíveis para determinar como está a saúde de uma população, pois através dela é possível obter informações sobre a eficácia dos serviços públicos, tais como: saneamento básico, sistema de saúde, disponibilidade de remédios e vacinas, acompanhamento médico, educação, maternidade, alimentação adequada, entre outros. (R. BONITA; R. BEAGLEHOLE; T. KJELLSTRÖM, 2010)

Crateús, cidade situada na Microrregião dos Sertões de Crateús, estado do Ceará, apresentava nos anos de 2012 a 2014 a TMI numa média de 15 óbitos por 1000 nascidos vivos, entretanto em 2015 apresentou uma elevação significativa neste indicador (20 mortes por 1000 nascidos vivos), seguindo ainda no ano de 2016 (21 mortes por 1000 nascidos vivos). (MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE – SIM, 2017).

Pode-se destacar que ações com foco na educação e prevenção voltadas para as gestantes, bebês, e demais familiares, são imprescindíveis para a redução de tais índices na cidade. Albuquerque e Stotz (2004) argumentam que educar representa um processo que valoriza o saber do outro, entendendo que o conhecimento está relacionado à construção coletiva, visando um novo entendimento das ações, principalmente as de saúde, portanto, a educação pode ser elencada como instrumento de conscientização, libertação e transformação da realidade.

A educação em saúde está relacionada com a forma de cuidar, pois através do educar potencializa-se a capacidade de cuidar, capacitando o educador a intervir de forma construtiva, tanto no singular quanto no plural, valorizando o processo cultural das relações humanas, no qual um aprende com o outro; entende-se que o processo de educar e cuidar, num contexto grupal, contribui para o desenvolvimento da promoção da saúde, bem como a utilização de materiais educativos impressos,

tais como: folhetos e cartilhas, os quais servem de suporte aos profissionais e aos usuários dos serviços. (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

O trabalho em saúde possui algumas peculiaridades, uma vez que o mesmo se dá a partir do encontro de uma pessoa que está em busca de ajuda e um profissional que está disponível para atendê-lo. Este encontro geralmente é marcado por angústia, sofrimento, dor, conhecimento em saúde, experiências de vida, subjetividade, dentre outras questões, tudo isso permeando o momento do encontro, ou seja, o trabalho em saúde possui uma natureza estritamente relacional (MOREIRA, 2010).

De acordo com Mehry (1997), as tecnologias no âmbito da saúde podem ser divididas da seguinte maneira: leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são ferramentas que permitem a produção de relações entre o profissional-usuário mediante a escuta, o interesse, a gestão como forma de orientar processos, a construção de vínculos, confiança e de gerenciamento utilizadas na busca da qualidade do cuidado prestado aos usuários. As leve-duras referem-se aos saberes profissionais bem estruturados como a clínica e a epidemiologia. As duras definem a entrada dos equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais. (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Diante do exposto este artigo tem como objetivo utilizar as tecnologias leves de saúde como estratégia na redução dos índices de mortalidade infantil no município de Crateús-CE, com vistas a ampliar a assistência à saúde ao binômio mãe-filho na atenção básica, deste modo otimizar a dimensão relacional do cuidado na oferta dos serviços de saúde da atenção básica oferecidos às gestantes e puérperas com filhos até um ano de idade.

## **MÉTODO**

Este artigo trata-se de um projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí - UFPI, como requisito parcial à obtenção do título de especialista. Tal projeto de intervenção foi elaborado tomando por base a Taxa de Mortalidade Infantil do município de Crateús – CE compreendida entre os anos de 2012 a 2016.

A intervenção ocorrerá nas Unidades de Atenção à Saúde – UAPS das áreas adstritas que o NASF I faz cobertura, sejam elas: Maratoan, Indígenas, Fátima II, Venâncios I e II. Participarão das ações 05 profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF (psicólogo, nutricionista, assistente social, fonoaudiólogo e profissional de educação física), 15 profissionais (médico, enfermeiro e dentista) das equipes de referência das cinco UAPS supracitadas, bem como gestantes, puérperas, bebês e familiares.

Faz-se relevante mencionar que para a realização do mesmo, primeiramente, realizou-se um diagnóstico situacional de saúde e prevalências epidemiológicas das principais dificuldades do contexto local da cidade de Crateús - CE, posteriormente, análise de situações problemas, a partir de então foi possível chegar a definição do problema e planejamento do enfrentamento, com delimitação do objetivo da Intervenção, por fim, foram levantados estudos relacionados ao tema para subsidiar o planejamento da intervenção, o que possibilitou a descrição da ação e detalhamento da intervenção de cada etapa do projeto.

Serão utilizados como recursos, durante a realização desta intervenção, estratégias tais como: levantamento da quantidade de gestantes e puérperas que fazem parte de cada unidade de saúde mencionada acima, busca ativa e realização de convites para participação dos grupos de prevenção e promoção de saúde nas referidas unidades. Feito isso, serão elaborados cartilhas e folhetos, que servirão de suporte para gestantes, parturientes e profissionais, visando favorecer o cuidado em saúde.

Após um ano de aplicação do referido projeto de intervenção será realizada uma análise sobre os seus possíveis efeitos nas referidas regiões adstritas de saúde, tendo como suporte as seguintes fontes de dados: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

## **ATENÇÃO BÁSICA**

De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.436/2017, a Atenção Básica se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico,

o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada ao sistema de saúde, sendo parte constituinte da Rede de Atenção à Saúde - RAS, uma vez que se caracteriza pela grande proximidade do cotidiano de vida das pessoas e dos coletivos em seus respectivos territórios. A mesma, orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2012).

As equipes de AB tem a possibilidade de criar vínculos, responsabilizando-se e atuando na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, bem como no cuidado individual e familiar, assim como na cogestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias e linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atender as necessidades de saúde de modo integral. (BRASIL, 2013)

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, buscando uma integração com a Vigilância em Saúde, sendo isso condição determinante para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade. (Portaria MS/GM nº 2.436/2017).

Destaca-se que a AB faz uso de tecnologias de cuidado complexas e diversificadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo observados os critérios de

risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012).

## **EPIDEMIOLOGIA E MORTALIDADE INFANTIL**

Segundo Soares, Andrade e Campos (2010), a palavra “epidemiologia” deriva do grego (epi = sobre; demos = população, povo; logos = estudo), assim na sua etimologia, significa estudo do que ocorre em uma população.

De acordo com Rouquayrol e Goldbaum (2003 *apud*Boing, D’Orsi e Reibnitz, 2016), a epidemiologia se caracteriza como a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, indicando medidas específicas para prevenir, controlar ou erradicar doenças, e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

A epidemiologia originou-se das observações de Hipócrates feitas há mais de 2000 anos de que fatores ambientais influenciam a ocorrência de doenças. Entretanto, foi somente no século XIX que a distribuição das doenças em grupos humanos específicos passou a ser medida em larga escala, tendo como expoente o epidemiologista britânico John Snow, que investigou de maneira mais detalhada sobre como as pessoas contraíam cólera na cidade de Londres, chegando a conclusão que isso estava relacionado à ingestão de água de determinada companhia. (R. BONITA; R. BEAGLEHOLE; T. KJELLSTRÖM, 2010).

Os autores R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström (2010), afirmam que a partir do final do século XIX e início do século XX, a abordagem epidemiológica que compara os coeficientes/taxas de doenças em subgrupos populacionais, tornou-se uma prática comum. A sua aplicação foi inicialmente feita visando o controle de doenças transmissíveis e, posteriormente, no estudo das relações entre condições ou agentes ambientais e doenças específicas. Na segunda metade do século XX,

esses métodos foram aplicados para doenças crônicas não transmissíveis tais como doença cardíaca e câncer, sobretudo nos países industrializados.

Faz-se relevante dizer que a epidemiologia na atualidade é uma área relativamente nova e usa métodos quantitativos para estudar a ocorrência de doenças nas populações humanas, conseqüentemente elabora estratégias de prevenção e controle destes agravos a saúde. (R. BONITA; R. BEAGLEHOLE; T. KJELLSTRÖM, 2010)

A epidemiologia faz uso de métodos e técnicas de várias áreas de conhecimento, tais como: Ciências Sociais, Ciências da Saúde e Estatística, sendo que pode atuar nos mais variados contextos, onde operam as diversas classes profissionais que podem ser intitulados epidemiologistas, como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, estatísticos, psicólogos, etc., visando sempre uma atuação interdisciplinar. (BOING; D'ORSI; REIBNITZ, 2016).

A mesma segue como princípio norteador o entendimento de que os eventos relacionados à saúde, como doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde não se distribuem ao acaso entre as pessoas. Sobretudo, ela afirma que há grupos populacionais que apresentam maior risco de apresentarem certos agravos, e outros que morrem mais por determinada doença. Essas diferenças ocorrem porque os fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas se distribuem desigualmente na população, acometendo mais alguns grupos do que outros (BOING; D'ORSI; REIBNITZ, 2016).

Pode-se dizer que a epidemiologia se embasa em princípios técnicos que lhe fornecem base sobre eventos relacionados a saúde e doenças, tendo em consideração que seus determinantes não acontecem ao acaso nas populações. Deste modo, entende-se que os riscos à saúde não se distribuem igualmente entre as pessoas, podendo algumas populações estarem mais suscetíveis a determinados agravos do que outras. (R. BONITA; R. BEAGLEHOLE; T. KJELLSTRÖM, 2010).

A epidemiologia pode assumir algumas aplicações, de acordo com Boing, D'Orsi, Reibnitz (2016), eis as principais: descrição, que visa descrever as condições de vida das populações; identificar fatores determinantes das situações



de saúde, procurando responder o que causa as doenças e fatores levam as pessoas a terem mais saúde; por último a mesma avalia os impactos das ações e políticas em saúde através de pesquisas relacionadas a ações já executada, ela também busca realizar cálculos das medidas de frequências das enfermidades, sejam elas: incidência e prevalência, a partir da primeira podemos ter uma noção de mortalidade e letalidade, já a segunda pode ser aumentada pela maior frequência com que surgem novos casos e melhoria no tratamento e a diminuição pode ser pela redução de casos novos e redução do tempo de duração dos casos.

Os indicadores de saúde são de essencial relevância para atuação na saúde coletiva, por meio destes indicadores é possível descrever características demográficos, bem como as condições de saúde que uma determinada população vivencia. Taís indicadores de saúde são frequências relativas compostas por um numerador e um denominador que evidenciam informações relevantes sobre algumas características e dimensões relacionados às condições de vida da população e ao desempenho do sistema de saúde. (PEREIRA, 1995; BOING; D'ORSI; REIBNITZ, 2016).

Os autores R. Bonita; R. Beaglehole; T. Kjellström, (2010) apontam que a taxa de mortalidade infantil é comumente utilizada como um indicador bastante relevante para mensurar o nível de saúde de uma comunidade. Este coeficiente mede o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. (PEREIRA, 1995).

R. Bonita; R. Beaglehole; T. Kjellström, (2010, p. 26) complementam que: “o uso do coeficiente de mortalidade infantil como medida do estado geral de saúde de uma comunidade é baseado no pressuposto de que ele é particularmente sensível a mudanças socioeconômicas e a intervenções na saúde”.

Importante ressaltar, de acordo com Careti et al. (2016), que a mortalidade infantil é um problema social que ocorre em escala global, no entanto, as regiões pobres são as mais atingidas pela mortalidade infantil. Entre os principais motivos estão: a falta de assistência e de orientação às grávidas, a deficiência na assistência hospitalar aos recém-nascidos, a ausência de saneamento básico (desencadeando

a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças) e desnutrição.

No que diz respeito ao Brasil, temos vivenciado nos últimos anos o avanço das políticas de saúde, que proporcionaram melhorias na saúde materna e infantil, conseqüentemente a taxa de mortalidade infantil tem decaído. Entretanto, apesar destas melhorias alcançadas por meio da organização dos serviços de saúde e das políticas públicas em defesa da saúde das crianças, a redução da TMI constitui ainda, um grande desafio no país para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, uma vez que os índices permanecem elevados (CARETI, et al. (2016).

## **TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

Para a execução de determinado trabalho no âmbito da saúde, torna-se necessário o uso de tecnologias que no campo da saúde significam uma série de ferramentas, entre elas a ação do homem, a fim de gerar um movimento atuando de forma a transformar a natureza. Deste modo, para além de equipamentos deve-se ter conhecimentos e ações voltados a operar tais equipamentos. Tecnologia, portanto, nos dias atuais, diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e dos processos de trabalho, no entanto sem fundir as duas dimensões. (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2017).

Merhy (1997), médico estudioso do campo da saúde coletiva, de forma descritiva fala sobre a produção do cuidado, apontando três tipologias de tecnologias para o trabalho em saúde, sejam elas: *tecnologias duras*, se referem às máquinas e instrumentos, se intitula desta forma porque se encarregam da produção de determinados produtos; *leve-duras*, dizem sobre o conhecimento técnico, por ter uma parte dura, técnica, e outra leve, que significa o modo próprio como o trabalhador a aplica, isso podendo variar de acordo com o modo como cada trabalhador cuida dos usuários; por fim, as *tecnologias leves*, que se referem às relações, sendo de suma importância para a produção do cuidado, essa modalidade de tecnologia está relacionada diretamente ao jeito ou atitude do profissional, sendo guiada pela intencionalidade vinculada ao campo cuidador, à sua subjetividade, seu modo de ser.

Destaca-se que são classificadas como tecnologias, uma vez que envolvem um saber, ou seja, habilidades e competências para lidar com as questões relacionais que envolvem o ato produtivo.

No que se refere ao uso das tecnologias supracitadas, deve-se definir precisamente quais das três tecnologias se sobressaem no processo de trabalho, ou seja, no momento em que o trabalhador está em contato direto com o usuário. Isso se torna relevante, pois de acordo com Barra *et. al* (2006), deve-se pensar de forma antecipada que antes de ser um artefato científico, tecnologia, deve ser compreendida como um conjunto de valores, ou até mesmo saberes, sendo encarada dentro de uma realidade científica como uma dimensão ética e política, agindo de forma complementar a um mundo vital que está em constante movimento.

## PLANO OPERATIVO

### Elaboração da Planilha de Intervenção

Situação Problema	OBJETIVOS	METAS/PRAZOS	AÇÕES/ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Nos últimos dois anos (2015/2016), a taxa de mortalidade infantil tem apresentado uma elevação significativa.	Utilizar as tecnologias leves de saúde como estratégia na redução dos índices de mortalidade infantil na cidade de Crateús-Ce.	Após um ano de aplicação do referido projeto de intervenção será realizada uma análise sobre os seus possíveis efeitos.	Tomando como referência a TMI do município em questão, a equipe NASF I, juntamente com as ESF das áreas nas quais realiza apoio realizarão a intervenção.	Equipe NASF I, equipe ESF das áreas adstritas que o mesmo realiza cobertura no município de Crateús.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como já apontado acima o objetivo deste projeto de intervenção está voltado para o uso das tecnologias leves de saúde como estratégia na redução dos índices de mortalidade infantil no município de Crateús-Ce, tendo em vista os altos índices desta estatística no município em debate.

Os apontamentos ao longo deste trabalho tornam evidente a importância da atuação multidisciplinar na atenção primária em saúde, para que assim os princípios do SUS possam ser postos em prática, tornando as ações mais humanizadas e contextualizadas de acordo com as peculiaridades de cada região de saúde.

A educação em saúde tem se mostrado um poderoso recurso no que diz respeito a prevenção de diferentes agravos, sendo uma ferramenta fundamental para auxiliar na redução dos índices de mortalidade infantil, empoderando gestantes, puérperas e familiares sobre práticas cotidianas que promovem saúde.

Um ponto que merece relevância diz respeito a necessidade de planejamento e articulação entre os profissionais que compõem as equipes de saúde para que os objetivos traçados possam ser concretizados, importante ressaltar que cada profissional tenha oportunidade de contribuir e participar ativamente das ações.

Portanto, entende-se que atuação no SUS é complexa e permeada de desafios cotidianos, no entanto tais dificuldades não podem ser utilizadas para a não realização de um trabalho eficiente e transformador, uma vez que os resultados das ações elaboradas e executadas de forma satisfatória proporcionam benefícios variados nas vidas dos usuários, com muito mais significado e vida com qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcante De; STOTZ, Eduardo Navarro. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista eletrônica de enfermagem**03, [S.L], v. 08, p. 422-430, 2006.
- BOING, Antônio Fernando; D'ORSI, Eleonora; REIBNITZ, Calvino. **Epidemiologia [recurso eletrônico]**. 2 ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- BRASIL, Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 22 set. 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 30 out. 2017.
- CARETI, C. M. et al. Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev Rene**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016.
- DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, p. 232-245, 2012.
- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Maringá, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2005.

- MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá/Colômbia, v. 30, n. 1, p. 182-192, 2012.
- MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997.
- MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.
- MOREIRA, João. Batista. **Comunicação: tecnologia leve para a interação dos saberes e práticas do cuidado – enfermeiros e usuários**. Trabalho de conclusão de curso, Especialização em atenção básica em saúde da família, UFMG, 2010.
- MS/SVS/CGIAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE - SIM. **Sim - sistema de informação sobre mortalidade**. Disponível em: <<http://sim.saude.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 31 out. 2017.
- PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1995.
- R. BONITA; R. BEAGLEHOLE; T. KJELLSTRÖM. **Epidemiologia básica**. 2 ed. Santos: Livraria Santos Editora Comércio e Importação Ltda, 2010.
- REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza AkikoKomura; GOMES, Ana LuisaZaniboni. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2012.
- SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Dicionário da educação profissional em saúde. **Tecnologias em saúde**. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html>>. Acesso em: 30 out. 2017.
- SOARES, Darli Antônio; ANDRADE, Selma Maffei de; CAMPOS, João José Batista de. Epidemiologia e indicadores de saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, DarliAntonio; CORDONI JUNIOR, Luiz (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL. cap.10, p. 183-210, 2001.