

Seguimento em atenção primária de puérperas submetidas à cesariana e seus recém-nascidos de serviço de referência

Primary care follow-up of recent mothers submitted to cesarean section and their newborns in reference service

Roberta Maia de Castro Romanelli¹, Lêni Márcia Anchieta², Maria Cândida Ferrarez Bouzada¹, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar³, Henrique Vitor Leite³, Wanessa Trindade Clemente⁴, Keyla Christy Christie Mendes S. Cunha², Klaus Zanon Protil⁵, Letícia Maria de Oliveira Aleixo Carvalho⁵, Bruna Barbosa Coimbra⁵, Stella D'Ávila de Souza⁵, André Tunes de Paula⁵, Lucas Vieira Rodrigues⁵, Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart²

DOI: 10.5935/2238-3182.20140100

RESUMO

Objetivo: investigar o seguimento de parturientes submetidas à cesárea e seus recém-nascidos (RN), ressaltando a realização de ações de saúde em atenção primária.

Métodos: estudo observacional de seguimento de puérperas e seus RNs, após parto cesáreo no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, realizado de março de 2010 a março de 2011. As informações foram obtidas por meio de contato telefônico com as puérperas e analisadas no *Statistical Package for Social Sciences*.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. **Resultados:** foram contatadas 500 (65,6%) das 762 mulheres submetidas a parto cesáreo, 126 (25,2%) assistidas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) até 30 dias pós-parto e 34 (6,8%) tiveram infecção de ferida cirúrgica notificada. Obteve-se informação sobre o seguimento pós-alta de 456 RNs, excluindo-se 21 óbitos ou natimortos e 23 crianças que permaneciam internadas. As puérperas informaram as seguintes ações de saúde para seus filhos: 327 (71,7%) com consulta até 30 dias pós-parto, 439 (96,3%) com vacina anti-hepatite B, 428 (93,9%) com BCG, 450 (98,7%) com realização do “teste do pezinho” e 147 (32,2%) com triagem auditiva. Não houve diferença estatística na assistência materno-infantil quando considerada a infecção da ferida cirúrgica pós-cesárea. **Conclusões:** baixo percentual de mulheres foi assistido em UABs; a maioria dos RNs teve acesso às ações de saúde e menos adesão à triagem auditiva.

Palavras-chave: Recém-nascido; Cesárea; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Cuidados Pós-operatórios; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To investigate the following up of parturients undergoing cesarean delivery and their newborns (RN), emphasizing the achievement of health care actions in primary health care. **Methods:** follow-up observational study on recent mothers and their RNs after cesarean delivery at the General Hospital at the Federal University of Minas Gerais, performed from March of 2010 to March of 2011. The information was obtained through telephone contact with the recent mothers and analyzed in the *Statistical Package for Social Sciences* software. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Institution.

Results: 500 (65.6%) out of 762 women undergoing cesarean delivery were contacted, 126 (25.2%) were assisted in Basic Health Units (UBS) until 30 days postpartum and 34 (6.8%) had notified surgical wound infection. Post-discharge follow-up information was obtained for 456 RNs, excluding 21 deaths or stillbirths and 23 children who remained hospitalized. The recent mothers reported the following health actions for their children: 327 (71.7%) with consultation until 30 days postpartum, 439 (96.3%) with anti-hepatitis B vaccination, 428 (93.9%) with BCG vaccination, 450 (98.7%) with “foot test”, and 147 (32.2%) with hearing

¹ Médica. Pós-doutora. Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Médica. Doutora. Professora do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

³ Médica. Doutor. Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Médico. Pós-doutor. Departamento de Propedêutica Complementar da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁵ Acadêmico(a) do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG). Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (PRPq – UFMG) – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PRPq – 01/2011). Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais (PROEX – UFMG) – Programa de Bolsas de Extensão (PBEXT 2012).

Recebido em: 28/05/2013
Aprovado em: 03/09/2014

Instituição:
Faculdade de Medicina/Hospital das Clínicas – Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Roberta Maia de Castro Romanelli
E-mail: rmcromanelli@ig.com.br

screening. There was no statistical difference in maternal and child health assistance when the post-cesarean surgical wound infection was considered. Conclusions: a low percentage of women was assisted in the UBSs; the majority of RNs had access to health actions and less adherence to the hearing screening.

Key words: Infant, newborn; Cesarean section; Maternal-Child Health Services; Postoperative Care; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A assistência integral à saúde do binômio mãe-filho tem como ponto de partida o acompanhamento no pré-natal e assistência ao parto e puerpério, que devem ser realizados de forma integrada entre os diferentes níveis de assistência. No âmbito da atenção primária, as gestantes devem ser acompanhadas de forma sistemática e toda a propedêutica necessária recomendada deve ser oferecida. No momento do parto, em caso de necessidade de encaminhamento, as parturientes são orientadas a procurar a maternidade de referência da sua regional.^{1,2}

Após o parto, agentes comunitários de saúde identificam o retorno da puérpera e seu recém-nascido (RN) para o domicílio, reiniciando o acompanhamento em assistência primária. As ações de saúde pública iniciais de rotina no quinto dia de vida incluem, além do exame clínico materno e do RN, a garantia da vacinação da criança e da puérpera (se não administradas na maternidade), avaliação da amamentação e a realização do teste do pezinho (para triagem de anemia falciforme, hipotireoidismo, fenilcetonúria e fibrose cística) e agendamento da triagem auditiva, se não realizada na maternidade.^{1,3,4}

Apesar do maior acesso das gestantes ao pré-natal e das melhorias na assistência ao parto, ocorrem dificuldades de integração entre assistência básica e serviço terciário, especialmente pela deficiência na referência e contrarreferência entre os setores envolvidos na assistência à saúde.^{5,6} Ressaltam-se, ainda, as altas taxas de cesarianas observadas, especialmente em maternidades de referência para gestações de alto risco, que implicam mais morbimortalidade para as parturientes e puérperas, principalmente relacionadas à infecção de ferida cirúrgica (IFC).⁷⁻⁹ Por isso, essas pacientes têm indicação para seguimento obrigatório pós-parto, como determinado para pacientes submetidos à cirurgia.¹⁰ O cuidado e a assistência com o RN também podem estar prejudicados quando ocorrem intercorrências com a puérpera.

O objetivo deste estudo é avaliar o seguimento clínico e a assistência em serviços de atenção primária de puérperas submetidas à cesárea em hospital universitário de referência, bem como a de seus RNs, incluindo avaliação de ações preventivas de saúde recomendadas pelo Ministério da Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, prospectivo, realizado para seguimento de puérperas e seus recém-nascidos, após parto cesáreo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), referência terciária na assistência à saúde do município de Belo Horizonte e do estado de Minas Gerais, no período de março de 2010 a março de 2011.

Como o hospital assiste uma população de alto risco, o seguimento das gestantes submetidas à cesárea é realizado como parte da vigilância ativa pós-cirúrgica obrigatória durante 30 dias pós-parto, de acordo com a Norma Técnica baseada no *National Healthcare Safety Network*.¹⁰, além de coleta de informações sobre o seguimento pós-parto em unidades básicas de saúde (UBS). Informações adicionais acerca de seus RNs foram obtidas para avaliar sua inserção nas UBS.

Foram incluídas todas as pacientes submetidas a parto tipo cesáreo assistidas na maternidade de referência e seus RNs, seguidos por meio de vigilância ativa. Como critério de exclusão foi considerada a não concordância das puérperas em participar do estudo ou RN que evoluiu para óbito ou permaneceu retido na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos (UNCP) da maternidade. Houve perda de seguimento quando não se conseguiu contato telefônico com as puérperas, com informações obtidas de 456 binômios para análise estatística comparativa.

Após a alta, ligações telefônicas para obtenção de informações após parto foram realizadas por acadêmicos treinados e supervisionados, além de busca ativa em prontuários. O seguimento foi realizado com ligações em 15 dias e 30 dias, para identificar informações referentes ao período puerperal precoce e tardio, respectivamente. A coleta de dados incluiu informações sobre atendimento na UBS, ações preventivas recomendadas (vacinação, triagem universal neonatal e triagem auditiva) e principais intercorrências da puérpera e do RN.

O banco de dados foi construído no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. Na aná-

lise estatística foram descritas as frequências e percentuais de variáveis categóricas, além de mediana e amplitude de variáveis contínuas. A análise comparativa considerou o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, com significância estatística se $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 476/10).

RESULTADOS

De 2.604 partos no período, 762 (29,3%) gestantes foram submetidas à cesárea e 500 (65,6%) puérperas foram contatadas pelo telefone após o parto (Figura 1). O tempo de permanência hospitalar antes da alta apresentou mediana de três dias (amplitude de um a 29 dias) (Figura 2).

Das 500 puérperas contatadas, 27 (5,4%) receberam assistência médica após alta em até 15 dias após o parto e 126 (25,2%) foram assistidas em até 30 dias

em UBS. As outras 347 mulheres não tiveram atendimento médico durante o período de seguimento.

Das 500 cesáreas realizadas em que se obteve contato com as pacientes, seis tiveram partos gemelares, com 506 conceptos. Em cinco casos os conceptos foram natimortos e 16 RNs evoluíram para óbito dentro de 30 dias pós-parto (Figura 1).

Considerando-se os 21 casos de óbito neonatal e natimortos, a idade gestacional mediana foi de 38 semanas (amplitude de 28 a 41 semanas) e a mediana do peso foi de 2.465 g (amplitude de 440 a 4.015 g) (Figura 3).

Os 16 RNs que permaneceram na unidade evoluíram para óbito com mediana de um dia de vida (amplitude de 0 a 27 dias) (Figura 4). Os 13 óbitos ocorreram nos sete primeiros dias de vida e sete deles no primeiro dia de vida.

O coeficiente de mortalidade neonatal entre os pacientes seguidos foi de 31,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos (16 em 506 nascidos vivos), com coeficiente de mortalidade precoce de 25,7 por 1.000 e coeficiente de mortalidade tardia de 5,9 por 1.000 nascidos vivos.

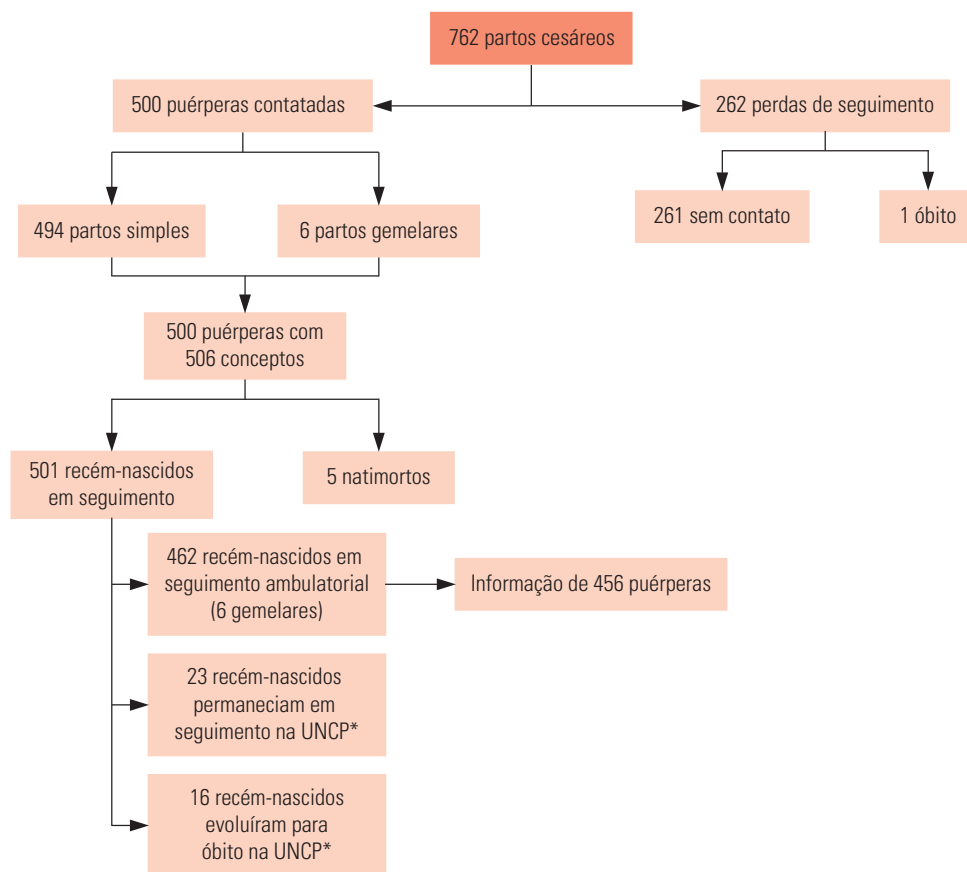


Figura 1 - Fluxograma de seguimento de puérperas submetidas a cesareana e seus recém-nascidos, Hospital das Clínicas/UFMG, 2010-2011.

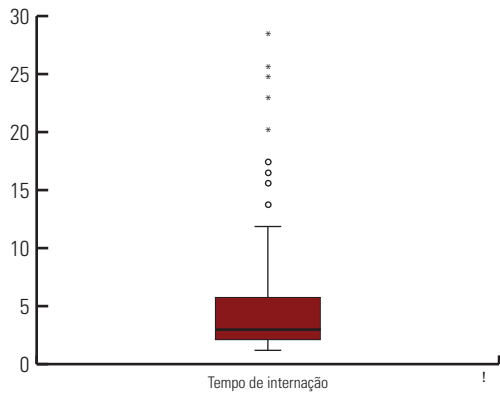


Figura 2 - Permanência hospitalar após o parto de puérperas submetidas a cesariana e seus recém-nascidos, Hospital das Clínicas da UFMG, 2010 a 2011.

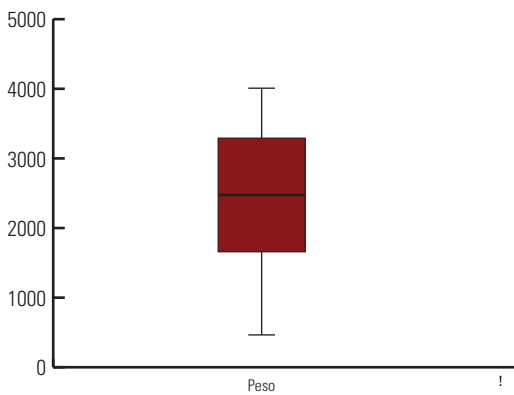


Figura 3 - Peso de conceptos de parturientes e puérperas submetidas a cesárea, natimortos e óbitos neonatais, Hospital das Clínicas da UFMG, 2010 a 2011.

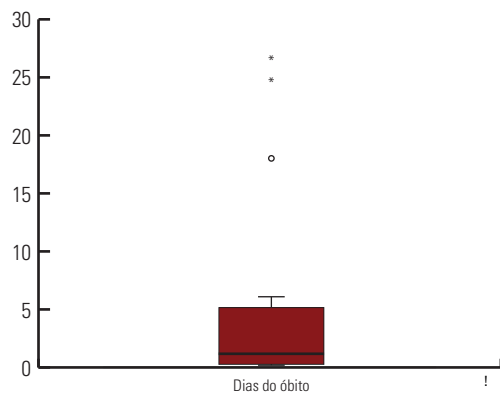


Figura 4 - Tempo de evolução para óbitos de recém-nascidos de puérperas submetidas a cesárea, Hospital das Clínicas da UFMG, 2010 a 2011.

No trigésimo dia pós-parto, 23 RNs permaneciam internados na UNCP. Assim, considerando-se o seguimento de 456 puérperas que receberam alta com seus filhos, registrou-se que 327 (71,7%) delas informaram

que já haviam levado as crianças para consulta pediátrica. A mediana de tempo para atendimento ao RN na UBS foi de 11 dias (amplitude de dois a 30 dias).

Das 456 mães com RNs que receberam alta e foram contatadas no período de 30 dias pós-alta, acima de 90% informaram vacinação dos RNs com anti-hepatite B e BCG, além de realização da triagem neonatal universal; e um terço (n=147; 32,2%) delas informou realização de triagem auditiva (Tabela 1).

Tabela 1 - Ações de saúde pública realizadas em recém-nascidos de puérperas submetidas a parto cesareano no período de 30 dias após o parto, Hospital das Clínicas/UFMG, 2010-2011 (n=456)

	Sim		Não		Não sabe	
	n	%	n	%	n	%
Vacina contra Hepatite B	439	96,3	14	3,1	3	0,7
Vacina BCG	428	93,9	23	5,0	5	1,1
Triagem universal neonatal	450	98,7	3	0,7	3	0,7
Triagem auditiva	147	32,2	306	67,0	4	0,9

As principais intercorrências dos RNs relatadas pelas puérperas contatadas após alta foram icterícia em 129 (28,3%) e dificuldades na amamentação em 45 (9,9%).

Das 500 puérperas contatadas, 34 (6,8%) foram diagnosticadas com IFC e identificadas ao contato telefônico. A análise comparativa considerou os 456 binômios com seguimento pós-alta, considerando a presença ou não de IFC materna, de acordo com os critérios do NHSN.¹⁰ Não houve diferença estatística quando considerada assistência da puérpera em UBS (p=0,28), assistência do RN em UBS (p=0,53) e intercorrências diagnosticadas no RN (0,81) (Tabela 2).

Quando considerada a administração de vacinas contra hepatite B e de BCG, realização de triagem universal neonatal e triagem auditiva, houve diferença estatística entre os grupos de mães com e sem IFC (p<0,001) e observou-se que havia mães que não se lembravam dessas ações de saúde pública. Quando a resposta “não sabe” foi excluída na análise, não houve diferença entre os grupos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

O HC/UFMG é um serviço terciário de referência para Belo Horizonte e demais regiões do estado de Minas Gerais para gestantes de alto risco, o que torna o risco de complicações maternas e fetais mais altos e mais probabilidade de morbimortalidade. O perfil

da população assistida requer mais necessidade de contrarreferência e garantia de atenção primária, foco de avaliação deste estudo.

Tabela 2 - Comparação de puerpéras submetidas a cesárea com e sem Infecção de Ferida Cirúrgica (IFC) e seguimento da puérpera, seguimento do RN e de intercorrências do RN, Hospital das Clínicas/UFMG, 2010-2011

		Com IFC		Sem IFC		p
		n	%	n	%	
Puérpera assistida em UBS	Sim	10	2,2	104	22,8	0,28*
	Não	20	4,4	322	70,6	
RN assistido em UBS	Sim	20	4,4	307	67,3	0,53*
	Não	10	2,2	119	26,1	
RN com intercorrência	Sim	13	2,9	194	42,5	0,81*
	Não	17	3,7	232	50,9	
RN vacinado contra Hepatite B ¹	Sim	26	5,7	413	90,6	0,58**
	Não	1	0,2	13	2,9	
RN vacinado com BCG ²	Sim	26	5,7	402	88,2	1,00**
	Não	1	0,2	22	4,8	
Triagem universal neonatal realizada ³	Sim	28	6,1	422	92,5	1,00**
	Não	0	0	3	0,7	
Triagem auditiva realizada ⁴	Sim	8	1,8	139	30,5	0,90*
	Não	19	4,2	286	62,7	

Foram excluídas repostas "não sabe": em ¹ foram excluídas 3; ² excluídas 5; ³ excluídas 3; ⁴ excluídas 4.
** Teste Exato de Fisher.

O coeficiente de mortalidade neonatal observado na população estudada (31,9 por 1.000 nascidos vivos) é considerado alto, pois, de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio espera-se chegar à taxa de mortalidade na infância para abaixo de 17,9 por 1.000.^{5,11} Além disso, este estudo avaliou apenas o período neonatal, no qual a taxa de mortalidade é mais alta, correspondendo a 60 a 70% da mortalidade infantil no país.⁵ Além disso, o serviço avaliado é referência para alto risco, inclusive de malformações congênitas, o que propicia maior número de óbitos.

A taxa observada neste estudo considera ainda maior proporção de óbitos nos primeiros dias. Ressalta-se a necessidade de prevenção desses óbitos no período em que ocorre a maior mortalidade infantil, crescente desde a década de 1990¹², com foco no diagnóstico pré-natal.

A realização de cesáreas em casos de prematuridade extrema constitui fator protetor contra mortalidade neonatal,^{13,14} mas aumenta o risco de óbitos em caso de prematuridade tardia.¹⁵

Observa-se que as taxas de cesariana têm aumentado, especialmente em países com modelo assistencial altamente medicalizado, e ressalta-se que o Brasil está entre os países com mais altas taxas registradas, alcançando até 48% dos partos.¹⁶ No entanto, a população estudada foi assistida pelo sistema público de saúde, no qual se observa menor número de intervenções desnecessárias, incluindo cesáreas, em relação à assistência privada, como demonstrado em outros estudos brasileiros.^{17,18}

Verificou-se, quanto à contrarreferência para assistência primária, que apenas 25% das mulheres receberam atendimento médico nos 30 primeiros dias pós-parto, em contraste com 71,7% delas que citaram ter levado os RNs para consulta. No entanto, elas podem ter sido assistidas por outro profissional da equipe de saúde responsável. Considera-se que a mulher pode priorizar a assistência de seus filhos, embora deva receber todas as orientações para sua própria assistência no puerpério, que inclui avaliação do seu estado de saúde e da sua interação com o RN; verificação de intercorrências; e orientações sobre o aleitamento materno e planejamento familiar. É indicada reavaliação de puerpério precoce em até 10 dias e tardio em até 42 dias.^{1,2} Durante o contato telefônico, as puérperas foram incentivadas a procurar assistência e, quando necessário, a assistência foi facilitada como egresso do hospital, direcionando ao pronto-atendimento em caso de urgência e reavaliação de ferida cirúrgica ou agendamento para o planejamento familiar, com fluxo estruturado após observação dessa demanda.

Na assistência ao RN, apurou-se mediana de 11 dias para atendimento. Embora as ações de saúde do quinto dia incluam avaliação das condições gerais da criança, como icterícia e coto umbilical, a consulta de seguimento deve ser agendada logo que possível.⁴

Entre as ações em saúde contempladas pela "ações do quinto dia", detectaram-se altas taxas de adesão (98,7%) ao Programa Nacional de Triagem Neonatal para identificação de fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme/ hemoglobinopatias e fibrose cística,^{19,20} embora no HC/UFMG essa triagem tenha sido realizada apenas para os RNs que permaneceram internados após o quinto dia de vida. Também houve alta adesão à vacinação contra hepatite B (96,3%) e BCG (93,9%), que são as primeiras vacinas, incluídas como parte das ações da Assistência Integral à Saúde da Criança.¹⁴ Ressalta-se que a vacinação contra hepatite B pode não estar sendo informada às mães, pois a rotina no hospital

de referência deste estudo é vacinar todas as crianças em até 12 horas após o parto. Por outro lado, a triagem auditiva recomendada com emissões otoacústicas,²¹ ação instituída no STADO de Minas Gerais desde 2007,²² foi a ação de saúde com menos adesão (32,2%), de acordo com a informação materna. No HC-UFMG, a triagem auditiva é realizada apenas para RN de risco e que permanece na Unidade de Terapia Intensiva neonatal. Durante o contato telefônico foi identificada dificuldade de marcação do exame em UBS, relatada pelas mães. Com essas informações, a Secretaria Municipal de Saúde foi contatada e viabilizado contato direto para marcação do exame.

Quanto às intercorrências clínicas do RN, a icterícia foi a mais frequente, descrita por 28,3% das puérperas contatadas, constituindo-se o segundo problema as dificuldades na amamentação, relatado por 9,9% das mães. Essas intercorrências refletem a importância das ações do quinto dia, que incluem avaliação do RN e da mãe, com atenção para ocorrência de icterícia e aleitamento materno.^{1,4} Embora o tempo de permanência do binômio no HC/UFMG seja de 48 horas pós-parto para avaliação dos critérios mínimos recomendados,²³ ressalta-se a importância da reavaliação da icterícia na prevenção da encefalopatia hiperbilirrubínica²⁴ e do aleitamento para prevenção do desmame precoce com identificação de problemas na técnica, lesões na mama ou monilíase oral.^{2,4,25} Quando as crianças com intercorrências ainda não haviam sido avaliadas, as mães foram orientadas a procurar assistência e incentivadas ao aleitamento.

Outro aspecto importante no seguimento das mulheres submetidas a parto cesáreo é a identificação de infecções puerperais, especialmente IFC, que devem ser monitoradas até 30 dias pós-parto, já que se trata de procedimento cirúrgico.¹⁹ A identificação de casos e assistência hospitalar, quando necessária, foi facilitada pela intervenção e orientação da equipe de acadêmicos responsáveis pelo contato telefônico e busca ativa de infecções no pós-operatório.

Na análise comparativa, as mães foram agrupadas em com e sem IFC. Não houve associação significativa entre IFC e a assistência à mãe e ao RN na UBS nos primeiros 30 dias após o parto e com intercorrências do RN. O atendimento à puérpera, portanto, não foi associada à IFC, desde que o acesso e as ações assistenciais são universais e preventivas.

Quando as ações de saúde recomendadas para o RN foram avaliadas individualmente (vacinação contra hepatite B, BCG, triagem universal neonatal

e triagem auditiva)^{3,4}, foram identificadas mães que não sabiam dar essas informações, o que leva a questionar sobre a adequação das orientações fornecidas ou a compreensão das orientações necessárias sobre o seguimento de seu RN.

Ressalta-se que a abordagem apenas de pacientes submetidas à cesarianas possa ser um viés deste estudo. Mas sabe-se que a medicalização da assistência tem contribuído para elevado número de procedimentos, incluindo altas taxas de cesárea e, conseqüentemente, mais morbimortalidade materna, incluindo infecções,⁵ que devem ter vigilância e notificação obrigatórias.¹⁰ No entanto, não foi observada salientada dessa complicação materna com o cumprimento das ações básicas de saúde do RN.

CONCLUSÃO

O seguimento adequado mãe-filho entre os níveis de assistência permite identificar demandas da assistência à saúde e ações básicas para melhorar a referência e contrarreferência e, naturalmente, a assistência em UBS materno-infantil.

AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais que assistiram o binômio mãe-filho na maternidade do Hospital das Clínicas da UFMG e em UBS da Prefeitura de Belo Horizonte.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Normas e Manuais Técnicos. Saúde Integral da Criança. Brasília; 2004 [Citado em 2012 Mar 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº. Brasília; 2006. [Citado em 2013 Mar 13]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf
3. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. BH Viva Criança. Compromisso com a Assistência Integral à Saúde Da Criança e Adolescente. Belo Horizonte; 2004. [Citado em 2012 Mar 03]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/agendadacrianca.pdf>

4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Belo Horizonte; 2005. [Citado em 2012 Mar 03]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/Atencao%20a%20Saude%20da%20Crianca.pdf>.
5. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and Child Health In Brazil: Progress And Challenges. *Lancet Br*. 2011; 377:1863-76.
6. Serruya SJ, Lago TD, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4(3):269-79.
7. Sakae TM, Freitas PM, Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3):472-80.
8. Freitas PF, Sakae TM, Jacomino MEMLP. Medical and non-medical factors associated with cesarean section rates in a university hospital in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(5):1051-61.
9. Romanelli RMC, Aguiar RLP, Leite HV, Silva DG, Nunes RVP, Brito JI, *et al*. Estudo prospectivo da implantação da vigilância ativa de infecções de feridas cirúrgicas pós-cesáreas em hospital universitário no estado de Minas Gerais, Brasil, 2010 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012; 21(3):431-8.
10. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008; 36:309-32.
11. Brasil. Ministério do Planejamento. Objetivos de desenvolvimento do milênio – relatório de acompanhamento. Brasília: IPEA; 2010.
12. Lansky S, França E, Leal MC. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literature. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):759-72.
13. Almeida MF, Novaes HMD, Alencar GP, Rodrigues LC. Mortalidade neonatal no Município de São Paulo: influência do peso ao nascer e de fatores sócio-demográficos e assistenciais. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; (1):93-106.
14. Malloy MH. Impact of cesarean section on neonatal mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000–2003. *Pediatrics*. 2008; 122(2):285-92.
15. Malloy MH. Impact of cesarean section on intermediate and late preterm births: United States, 2000–2003. *Birth*. 2009; 36(1):26-33.
16. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Pública*. 2011; 45(1):185-94.
17. Cesar JA, Mano PS, Carlotto K, Gonzalez-Chica DA, Mendonza-Sassi RA. Público versus privado: avaliando a assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011; 11(3):257-63.
18. Fabri RH, Murta EFC. Socioeconomic factors and cesarean section rates. *Int J Gynecol Obst*. 2002; 76(1):87-8.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Portaria GM/MS n.º 822, de 06 de junho de 2001. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal. Brasília; 2002. [Citado em 2012 Dez 08]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf
21. Bohrer MSA. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Neonatologia. Documento Científico: Triagem auditiva neonatal. Correios da SBP; 2002. [Citado em 2013 Mar 14]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/img/correios/sbp_ano8_n3_2002_miolo.pdf
22. Institui o Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal, define critérios, normas operacionais e procedimentos para a prestação de serviços de Triagem Auditiva Neonatal. Resolução SES N.º 1321, de 18 de Outubro de 2007. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
23. Costa HPF. Sociedade Brasileira De Pediatria. Departamento De Neonatologia. Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável. [Citado em 2012 Dez 15]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_tempo-permanencia_rn.pdf.
24. American Academy of Pediatrics. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2004; 114(1):297-316.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Aleitamento materno, distribuição de leites e formulas infantis em estabelecimentos de saúde e legislação. Brasília; 2012. [Citado em 2012 Dez 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nt_distribuiacao_leite_estabelecimento_saude.pdf.