

# Avaliação do perfil dos binômios materno-infantil de risco atendidos em uma Unidade Especializada em Puericultura, na cidade de Juiz De Fora - MG

Daniel Almeida do Valle\*  
Uiara Raiana Vargas de Castro Oliveira Ribeiro\*  
Nathália Mussi Monteze\*  
Luiz Cláudio Ribeiro\*\*  
Vivianne Weil Afonso\*\*\*

## RESUMO

O binômio mãe-bebê representa um grupo de alta vulnerabilidade, expressa no maior risco de morbimortalidade e apresentando, portanto, grande relevância no contexto assistencial dos serviços de saúde. Com objetivo de identificar o perfil de recém-nascidos detectados em binômios materno-infantis de risco, bem como as patologias diagnosticadas nesse grupo, realizou-se uma pesquisa transversal, no Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, na cidade de Juiz de Fora, MG. A amostra se constituiu de 171 recém-nascidos caracterizados como binômios de risco conforme diretrizes do Ministério da Saúde, entre novembro de 2009 e agosto de 2012. Dos recém-nascidos analisados, 62,0% (106/171) eram do sexo feminino e 37,4% (64/171) do sexo masculino. Nasceram através de via alta 54,4% (93/171); por via vaginal, 42,7% (73/171) e em 2,9% (5/171) não foi identificada via de parto. Utilizavam o aleitamento materno exclusivo como forma de dieta 87,1% (149/171) dos recém-nascidos. A média de peso ao nascimento foi de 3134g e a média de idade materna, de 25 anos. Em 69,6% (94/171) dos RN identificou-se algum agravo, sendo a icterícia o principal diagnóstico (40,4%, 69/171), seguido de problemas nutricionais (7,0%, 12/171) e oftalmológicos (5,8%, 10/171). Conclui-se então que a maioria dos captados era do sexo feminino e nasceu através de cesariana. A média de peso encontrava-se dentro da faixa de normalidade e a maioria utilizava o aleitamento materno exclusivo como forma de dieta. A maior parte dos binômios avaliados possuía algum agravo identificável, com destaque para a icterícia, justificando a importância da abordagem com intervenção adequada no período neonatal precoce.

**Palavras-chave:** Saúde materno-infantil. Cuidado da criança. Recém-nascido. Centros de saúde materno-infantil.

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é de fundamental importância para a saúde materna e neonatal (ESTADO DE SÃO PAULO, 2010). Desse modo, torna-se essencial que profissionais de saúde conheçam adequadamente fatores de risco ambientais para a saúde do binômio materno-infantil, identificando os indivíduos mais vulneráveis (SOARES; VELEDA; CEZAR-VAZ, 2004).

O termo “risco” em epidemiologia, “refere-se à probabilidade de que um evento venha a ocorrer dentro de um determinado período, sendo os fatores de risco marcadores de predição da morbimortalidade futura” (WALDMAN, 1998). A Medicina propõe modelos de prevenção, a fim de reduzir ou controlar ocorrência de fatores de risco (PEDROSA; CAMPOS, 2006). De

acordo com a epidemiologia moderna o enfoque de risco é colocado como abordagem importante para a assistência primária à saúde. Sendo assim, a aplicação do enfoque de risco na saúde materno-infantil vincula-se a uma concepção de que mães e crianças são mais suscetíveis e apresentam-se com maiores probabilidades de serem afetadas por variações em sua saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Conclui-se que o binômio, mãe-bebê, representa um grupo de alta vulnerabilidade, expressa no maior risco de morbimortalidade e apresentando, portanto, grande relevância no contexto da assistência nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

A “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2004) estabelece como principais eixos, linhas de cuidado, ao nascimento saudável:

\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG. E-mail: almeida.valle@yahoo.com.br

\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Exatas, Departamento de Estatística – Juiz de Fora, MG.

\*\*\* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento Materno Infantil – Juiz de Fora, MG.

“anticoncepção e concepção; prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/AIDS; Saúde dos adolescentes; atenção ao pré-natal, parto e puerpério; urgência, emergência materna e neonatal” (BRASIL, 2004, p. 37).

E a menores de um ano:

“cuidados com o recém-nascido (“Primeira Semana Saúde Integral”), acompanhamento do RN de risco, triagem neonatal, aleitamento materno, saúde coletiva em instituições de educação infantil, atenção às doenças prevalentes (desnutrição, diarreias, anemias carenciais, doenças respiratórias)” (BRASIL, 2004, p. 37).

Como grande parte das situações de morbimortalidade, materna e neonatal, acontecem na 1ª semana após o parto, o retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde é essencial para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral” (SÃO PAULO, 2010).

A “Primeira Semana Saúde Integral” é uma estratégia de atenção a mãe e ao RN fundamental para esta diminuição da morbidade e mortalidade materno-infantil. O pós-parto é um momento de cuidado especial e os serviços de saúde devem organizar-se para garantir esta atenção (CAMPINAS, 2008).

Esta estratégia objetiva verificar o cartão da criança, condições de alta da maternidade (ou unidade de assistência ao RN); avaliar o estado geral da criança e a saúde da puérpera; avaliar e identificar alimentação, orientando para aleitamento materno (a importância deste por dois anos e exclusividade nos primeiros seis meses); observar a mamada no peito, a fim de garantir posicionamento e pega da aréola adequados; avaliar a mama puerperal orientando quanto a prevenção das patologias, ordenha manual do leite excedente e doação a um Banco de Leite Humano; teste do pezinho; aplicação das vacinas; agendamento de consultas para o RN e puérpera (BRASIL, 2004).

Deve-se, ainda, avaliar se a criança é de risco ao nascer baseando nas informações:

“residente em área de risco; peso ao nascer < 2500g; prematuro (<37 semanas de gestação); asfixia grave (Apgar <7 no quinto minuto de vida); mãe adolescente (<18 anos); mãe com baixa instrução (<8 anos de estudos); criança internada ou com intercorrências na maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido; criança com orientações especiais à alta da maternidade (prescrição de antibióticos, observação de icterícia, dentre outros); história de morte de crianças menos de 5 anos na família; mãe HIV+” (CAMPINAS, 2008, p. 8).

Assim, este trabalho visa identificar o perfil de RN detectados em binômios materno-infantis de risco, bem como as patologias diagnosticadas nesse grupo. O trabalho está inserido no projeto de extensão

“Atendimento médico e estímulo ao aleitamento materno em serviço especial de puericultura”, da Universidade Federal de Juiz de Fora desenvolvido no Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente (DSCA), através da parceria entre UFJF e Sistema Único de Saúde (SUS) JF.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, prospectiva, aplicada, original, descritiva, de objetivo exploratório, de caráter quantitativo, realizada no DSCA, pertencente à Prefeitura municipal de Juiz de Fora.

A amostra se constituiu de 171 crianças captadas e avaliadas, entre novembro de 2009 e agosto de 2012. Aceitando-se como critério de inclusão a existência de um ou mais critérios de risco no momento da realização do teste do pezinho.

A captação dos binômios materno-infantil de risco ocorre em dois momentos: (1) abordagem pela equipe de enfermagem que realiza o teste do pezinho e (2) abordagem em grupo ou individual por pediatra e estudantes do 4º, 5º e 6º ano de graduação da Faculdade de Medicina da UFJF.

A escolha dos binômios a serem assistidos segue, para o RN, os critérios de risco para crianças menores de dois meses preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; CAMPINAS, 2008). A equipe de saúde ao detectar problemas com o binômio mãe-filho encaminha o mesmo para a avaliação do pediatra no mesmo dia (BRASIL, 2005, 2007; SÃO PAULO, 2010).

Os termos sobre alimentação infantil foram utilizados segundo orientação da Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1991, 1998) sendo considerado aleitamento materno exclusivo (AME) como o oferecimento de leite materno a criança sem qualquer outro alimento, exceto medicamentos; alimentação complementar (AC) o uso de alimentos sólidos ou semi-sólidos para complementar leite materno e alimentação artificial crianças que receberam outro leite com ou sem outros alimentos e não receberam leite materno.

Para armazenamento e realização da análise estatística, utilizaram-se os programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 13.0, e Microsoft Excel 2010. As análises estatísticas descritivas foram feitas através do cálculo de medidas-resumo, levando em consideração a natureza das variáveis envolvidas. Para as variáveis não paramétricas, adotou-se o teste de qui-quadrado, com significância de  $p < 0,05$ .

A pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora segundo parecer nº 151.312 e protocolo nº 04720212.6.0000.5147.

### 3 RESULTADOS

Das 171 crianças analisadas, 62,0% (106/171) eram do sexo feminino e 37,4% (64/171) do sexo masculino, em 0,6% (1/171) não foi registrado o sexo da criança. Destas, 54,4% (93/171) nasceram através de via alta; 42,7% (73/171) por via vaginal e em 2,9% (5/171) não se registrou a via de parto. Ao avaliar a via de parto, não identificou-se diferença estatística entre os grupos ( $p=0,121$ ).

Da amostra, 87,1% (149/171) utilizavam o aleitamento materno exclusivo como forma de dieta. Utilizavam aleitamento materno complementar 11,70% (20/171) das entrevistadas. Relataram a utilização de alimentação artificial 1,2% (2/171). Houve diferença significativa quando comparada o tipo de dieta ( $p=0,000$ ).

Ao avaliar o Peso ao nascimento (PN), a média obtida foi de 3134g. O desvio padrão observado foi de 416,48, sendo o menor peso encontrado de 1985g e o maior 4175g. Da amostra, 7,8% (13/171) nasceram com baixo peso.

As doenças diagnosticadas encontram-se resumidas na Tabela 1, onde pode ser observado o predomínio da Icterícia Neonatal na amostra estudada (40,35%).

**TABELA 1**

Doenças diagnosticadas na amostra, entre 2009-2012,  
em Juiz de Fora - MG

Patologias	Crianças Diagnosticadas	
	n	%
Icterícia	69	40,35%
Problemas nutricionais	12	7,02%
Patologias oftalmológicas	10	5,85%
Doenças osteo-musculares	5	2,92%
Doenças genitais	5	2,92%
Doenças Infecto-Parasitárias	5	2,92%
Doenças Gastro-Intestinais	3	1,75%
Patologias Cranianas	2	1,17%
Má formações faciais	2	1,17%
Criança Síndrômica	1	0,58%
Doenças da Parede abdominal	1	0,58%
Outros	4	2,34%
Total	94	69,59%

Fonte – Os autores (2012)

Avaliando-se a progenitora, sua idade no momento do parto teve média de 25 anos, com desvio padrão de 7,62, sendo a menor idade observada de 15 anos e a maior de 48 anos. Quanto à ocorrência de tabagismo durante a gravidez, 4,7% (8/171) afirmou ter feito

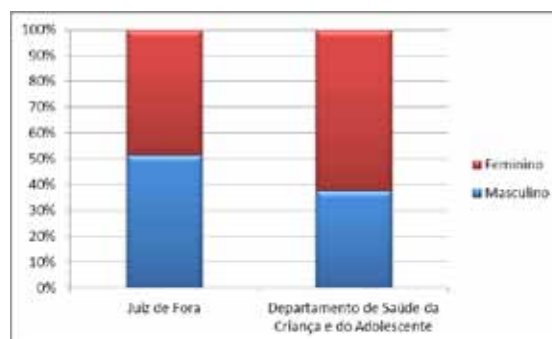
uso de tabaco durante este período; 73,7% (126/171) negou seu uso.

### 4 DISCUSSÃO

A análise dos indicadores de risco ao RN, em sua maioria também indicadores assistenciais, é essencial para a orientação dos serviços de saúde no que diz respeito às medidas de diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Diferentemente do observado na cidade de Juiz de Fora, na qual se visualiza um discreto predomínio de RN do sexo masculino (51,38%), na amostra houve um predomínio de nascidos do sexo feminino (61,27%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentagem de nascimentos conforme sexo em uma Unidade Especial de Puericultura (2009 a 2012, Juiz de Fora) e na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (BRASIL, 2012).



Fonte – Os autores (2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender as indicações médicas de interrupção operatória da gravidez seria necessária uma incidência de via alta de parto de aproximadamente 15%, podendo-se esperar coeficiente mais alto caso haja assistência à gestação de alto risco (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1985). Assim, a prevalência de utilização de via de parto alta encontrada neste estudo (54,4%) foi superior à preconizada pela OMS.

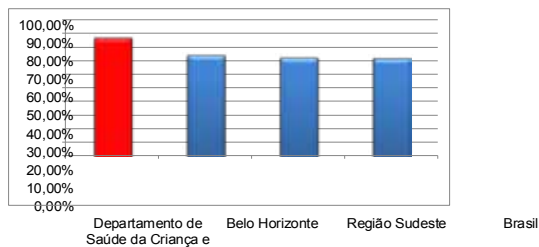
A prevalência de parto cesáreo nos binômios de risco estudados teve valores inferiores aos encontrados na cidade de Juiz de Fora (60,99%) (BRASIL, 2012). Este achado corrobora com outros estudos brasileiros, que têm mostrado maior morbimortalidade associado à via baixa de parto quando comparado à via alta. Essa associação foi atribuída à má qualidade de assistência ao parto normal e à alta incidência de cesariana no país (FLORES, 1999; GIGLIO; LAMOUNIER;

MORAIS NETO, 2005; SOARES; MENEZES, 2010).

O leite materno é o alimento ideal para o RN devido às suas propriedades nutricionais e imunológicas, exercendo efeito protetor contra doenças no início da vida do lactente e reduzindo o risco de doenças crônicas no futuro. Além das vantagens para o RN, a lactação oferece benefícios também à mãe, à família e ao Estado. Assim, o aleitamento materno exclusivo é considerado uma prática essencial para prevenção de doenças e promoção à saúde, recomendando-se sua prática durante os primeiros seis meses de vida (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Quando avaliado o tipo de alimentação utilizado pelos RN pertencentes aos binômios de risco avaliados, pode-se observar que 87,10% (149/171) destes utilizavam o AME, prevalência esta acima da estimada para RN com até 1 semana de vida, na capital do estado de Minas Gerais (74,30%), na região Sudeste (72,80%) e no território nacional (72,30%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Percentagem de Aleitamento Materno Exclusivo em uma Unidade Especializada em Puericultura - 2009 a 2012, Juiz de Fora, em Belo Horizonte, Região Sudeste e Brasil (BRASIL, 2009).

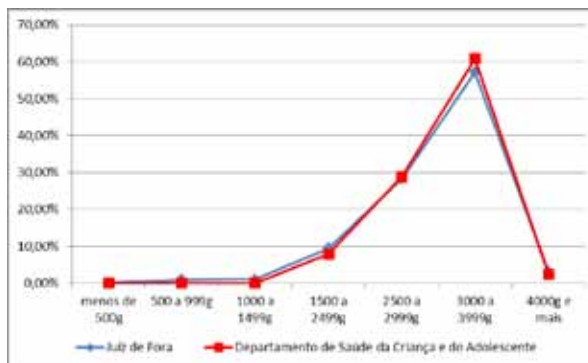


Fonte – Os autores (2012).

O peso ao nascimento é uma variável de suma importância, sendo considerado um dos principais fatores determinantes da probabilidade de sobrevivência no período neonatal, assim como no primeiro ano de vida do lactente (UCHIMURA; PELISSARI; UCHIMURA, 2008).

Quando comparada os valores de prevalência do peso ao nascer na amostra estudada e na cidade de Juiz de Fora, observa-se que ambos seguem uma mesma tendência (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Percentagem de nascimentos conforme peso ao nascer em uma Unidade Especial de Puericultura - 2009 a 2012, Juiz de Fora, e na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais (BRASIL, 2012).



Fonte – Os autores (2012).

Entretanto, o baixo peso ao nascer nos binômios estudados apresentou prevalência mais baixa (7,80%) do que as encontradas na cidade de Juiz de Fora, estado de Minas Gerais, região Sudeste e Brasil (Gráfico 4).

A identificação do baixo peso ao nascer se justifica por ser o fator de risco isolado de maior importância em se tratando de mortalidade infantil e, assim como nos demais critérios de identificação do binômio de risco, demanda atenção prioritária no serviço de saúde. (BRASIL, 2011)

Gráfico 4 – Percentagem de Baixo Peso ao Nascer em uma Unidade Especializada em Puericultura, em Minas Gerais, no Sudeste e Brasil (BRASIL, 2012).



Fonte – Os autores (2012).

A icterícia tem elevada frequência no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia, que é definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta maior do que 1,3 a 1,5 mg/dl ou de bilirrubina direta superior a 1,5mg/dl, desde que esta represente mais

de 10% do valor da bilirrubina total (HALANEK; ETEVNSON, 2002). Na prática, 98% dos recém nascidos apresentam níveis séricos de bilirrubina total acima de 1mg / dl durante a primeira semana de vida, sendo que em torno de dois terços desenvolvem valores superiores a 5 mg/dl (JOHNSON; BHUTANI; BROWN, 2002), quando passa ser visível clinicamente. Então, a icterícia é o sinal clínico mais comum no período neonatal, sendo na maioria das vezes resolvida na primeira semana de vida. Porém níveis excessivamente altos de bilirrubinemia no sangue são extremamente tóxicos ao sistema nervoso central (VINHAL; CARDOSO; FORMIGA, 2009). No presente estudo observa-se elevada prevalência de Icterícia Neonatal entre os recém-nascidos atendidos (40,35%), valor que se aproxima da prevalência encontrada em estudo semelhante (48,95%) (MORAES et al., 1999). Isso demonstra a relevância na avaliação e análise deste sinal, uma vez que, quanto mais precoce a alta hospitalar - antes de 48 horas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2004), sem adequado acompanhamento ambulatorial, maior a probabilidade de que icterícias elevadas fiquem “desapercebidas”. Se não tratadas a tempo, estas hiperbilirrubinemias importantes podem evoluir para sequelas graves, como Kernicterus (encefalopatia bilirrubínica) (FACCHINI et al., 2007).

Existe uma tendência mundial de se encurtar o tempo de internação hospitalar por ocasião do parto na tentativa de diminuir os custos hospitalares. E com isto tem se aumentado o risco de hiperbilirrubinemias, perfazendo 65% das readmissões hospitalares do recém-nascido (LEE; PERLMAN; BALLANTYNE, 1995).

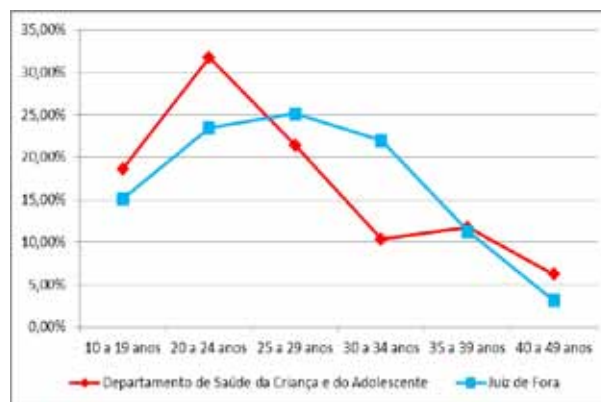
A gestação em mulheres com 35 anos ou mais não somente está associada ao risco aumentado para complicações maternas e obstétricas, mas também fetais e do RN, como anormalidades cromossômicas, mecônio intraparto, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento, macrossomia, sofrimento fetal, internação em UTI e óbito neonatal (ANDRADE et al., 2004).

De forma semelhante, a gravidez na adolescência também vem sendo apontada como de potencial risco, seguindo-se principalmente duas vertentes: a médico-biológica e a médico-social, esta última devido às repercussões sobre a dinâmica das relações da adolescente e de suas conseqüências no binômio materno-infantil. (GALLO; REIS; LEONE, 2000)

Ao estratificar os binômios materno-infantis de risco captados conforme faixa etária materna foi encontrada uma maior prevalência das mães pertencentes aos grupos captados nos extremos de idade quando comparadas com valores oficiais da

cidade de Juiz de Fora, observando-se maior influência da faixa etária de menores de 24 anos e superior a 35 anos no grupo estudado (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Percentagem de nascimentos conforme faixa etária materna em uma Unidade Especial de Puericultura - 2009 a 2012, Juiz de Fora; e na cidade de Juiz de Fora (BRASIL, 2012).



Fonte – Os autores (2012).

O hábito de fumar caracteriza-se como uma epidemia associada a agravos direta e indiretamente. Há uma preocupação especial com o tabagismo durante o período gestacional, uma vez que este se associa com retardo de crescimento intra-uterino e baixo peso do bebê ao nascer (KROEFF et al., 2004).

Das mães analisadas, 4,7% afirmaram ter utilizado tabaco durante a gestação, prevalência esta inferior à identificada entre gestantes em diversas capitais, como Rio de Janeiro (18,0%), São Paulo (16,1%) e Manaus (7,2%) (KROEFF et al., 2004).

## 5 CONCLUSÃO

A identificação, abordagem e orientação dos binômios de risco materno-infantil por parte dos profissionais de saúde permite não só o diagnóstico precoce de agravos e a promoção de saúde, como também pode interferir de forma significativa na redução dos índices de mortalidade neonatal precoce e materna. Dessa forma, o conhecimento e aplicação dos critérios de identificação desses binômios devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde.

No presente estudo, o perfil dos RN de risco encontrado mostrou predomínio de sexo feminino,

nascimento através de cesariana e aleitamento materno exclusivo como forma de dieta, estando a média de peso dentro da faixa de normalidade. A maioria dos binômios captados possuía algum agravo identificável, com destaque para a icterícia.

A avaliação do perfil dos binômios materno-infantis de risco pode ainda auxiliar na definição de estratégias de planejamento para prevenção de agravos e promoção de saúde e qualidade de vida da população alvo por parte da administração dos serviços de saúde.

## Evaluation of maternal-child risk binomial assisted in a Special Child Health Center, in the city of Juiz de Fora - MG

### ABSTRACT

The maternal-child binomial represents a group of high vulnerability, expressed in increased risk of morbidity, presenting highly relevant in the context of health care services. With aim to identify the profile of newborns detected in maternal-child risk binomial, as well as diseases diagnosed in this group, was realized a transversal research in Department of Child and Adolescent, in the city of Juiz de Fora, MG. The sample consisted of 171 newborns characterized as part of risk binomials according to the guidelines of the Ministry of Health, evaluated between November 2009 and August 2012. Among those newborns included, 62.0% (106/171) were female and 37.4% (64/171) were male. Born through cesarean 54.4% (93/171) and 42.7% (73/171) through vaginal birth. Used exclusive breastfeeding as a form of diet 87.1% (149/171) of newborns, mixed breastfeeding, 11.70% (20/171); artificial feeding, 1.2% (2/171). The birth weight mean was 3134g and the maternal age mean of 25 years. In 69.6% (94/171) of the newborns were identified some injury, neonatal hyperbilirubinemia was the main diagnosis (40.4%, 69/171), followed by nutritional disorders (7.0%, 12/171) and ophthalmologic (5.8%, 10/171). The majority of the evaluated was female and born via cesarean section. The average weight is identified within the normal range and most used exclusive breastfeeding. The majority of risk binomials evaluated had some identifiable disease, especially hyperbilirubinemia.

Keywords: Maternal and Child Health. Child Care. Newborn. Maternal-Child Health Centers.

### REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. C. et al. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 697-702, 2004.

BRASIL. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 108

BRASIL. DATASUS. **Informações de Saúde**. 2012. Disponível na Internet: <http://www.datasus.gov.br/>. Acesso em 21 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. 3. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. 1. ed. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico, pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2006.

CAMPINAS. Prefeitura Municipal. **Caderno de Saúde da Criança**. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

FACCHINI, F. P. et al. Acompanhamento da icterícia neonatal em recém-nascidos de termo e prematuros tardios. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 83, n. 4, p. 313-318, 2007.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, 2007.

FLORES, L. P. O. **Características da mortalidade neonatal no estado de São Paulo**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GALLO, P. R.; REIS, A. O. A.; LEONE, C. Características de seguimento pré-natal, do parto e do recém-nascido de adolescentes grávidas, município de Joinville, estado de Santa Catarina, 1995. *Pediatria*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 123-129, 2000.

- GIGLIO, M. R. P.; LAMOUNIER, J. A.; MORAIS NETO, O. L. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 350-357, 2005.
- HALANEK, L.P.; ETEVNSON, D.K. Neonatal jaundice and liver disease. In: FANAROFF, A. A.; MARTIN, R. J. **Neonatal-perinatal medicine: diseases in the fetus and newborn**. 7th. ed. St Louis: Mosby, 2002.
- JOHNSON, L. H.; BHUTANI, V. K.; BROWN, A. K. System-based approach to management of neonatal jaundice and prevention of Kernicterus. **Journal of Pediatrics**, New York, v. 140, no. 4, p. 396-403, 2002.
- KROEFF, L. R. et al. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 261-267, 2004.
- LEE, K. S., PERLMAN, M., BALLANTYNE, M. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission. **Journal of Pediatrics**, New York, v. 127, no. 5, p. 758-766, 1995.
- MARQUES, E. S.; COTTA, R. M. M.; PRIORE, S. E. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2461-2468, 2011.
- MORAES, A. M. S. M. et al. Icterícia neonatal: levantamento dos casos ocorridos no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), entre novembro de 1993 e julho de 1995. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 21, n. 2, p. 375-378, 1999.
- PEDROSA, M. L.; CAMPOS, C. E. A. Implicações na utilização do conceito de risco para a prática em APS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 30-42, 2006.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Manual técnico do pré-natal e puerpério manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo, 2010.
- SOARES, M. C. F.; VELEDA, A. A.; CEZAR-VAZ, M. R. As influências ambientais e a interação homem-ecossistema no planejamento e implementação da atenção à saúde materno-infantil na prática da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 467-472, 2004.
- SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN): ciclo 1, módulo 4**. Porto Alegre: Artmed: Panamericana, 2004.
- UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 33-38, 2008.
- VINHAL, R. M.; CARDOSO, T. R. C.; FORMIGA, C. K. M. R. Icterícia neonatal e kernicterus: conhecer para prevenir. **Revista Movimenta**, Goiânia, v. 2, n. 3, p. 93-101, 2009.
- WALDMAN, E. A. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. **Lancet**, Philadelphia, v. 2, no. 8452, p. 436-437, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing breastfeeding practices**. Geneva, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The United Nations Children's Foundation. **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge**. Geneva, 1998.

Enviado em //

Aprovado em //