

ARTIGO DE REVISÃO

REPERCUSSÕES DA INTERNAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO À MÃE E SUA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Repercussions of hospitalization of low birth weight for the mother and her family: an integrative literature review

Repercusiones de la hospitalización de los lactantes de bajo peso al nacer para la madre y su familia: una revisión integradora de literatura

**Caroline Sissy Tronco¹, Stela Maris de Mello Padoin², Cristiane Cardoso de Paula³,
Cris Netto de Brum¹, Andressa Peripolli Rodrigues¹, Tatiane Trojahn¹**

Resumo

Revisão integrativa, com o objetivo de avaliar as evidências a respeito da repercussão da internação de um RN de baixo peso para a família. A coleta de dados foi realizada em julho de 2011, com recorte temporal a partir de 1990. Após a classificação em natureza e tendência, foram analisados os estudos de natureza sociocultural. O corpus foi composto por 12 artigos e realizada a análise de conteúdo temática. Os resultados apontaram que a internação na unidade de terapia intensiva neonatal trouxe repercussões psicológicas e emocionais maternas por meio do medo, da fadiga, da recusa e do afastamento da mãe para do o filho, além da necessidade de apoio dispensado aos filhos que estão em casa e as restrições financeiras que inviabilizam as visitas. Recomenda-se o trabalho conjunto da equipe com a mãe e sua família, como unidade de cuidado.

Descritores: Recém-nascido de baixo peso; Prematuro; Família; Unidades de terapia intensiva neonatal; Enfermagem

Abstract

Integrative review that aims to evaluate the evidence regarding the impact of hospitalization of a infant of low birth weight for the family. Data collect was developed in July 2011, with time frame from 1990. After classifying nature and tendency, only studies with social-cultural nature were analyzed. Corpus was composed with 12 articles and theme content analysis was developed. Results pointed out that neonatal intensive care unit admission bring psychological and emotional repercussions to the mother, through fear, fatigue, denial and distance between mother and child. Also, the support need dismiss from the children who are at home and financial restrictions that unfeasible visits. It's recommended a team work between staff with family and her family, as a care unit.

Key words: Infant; Low Birth Weight; Infant; Premature; Family; Intensive Care Units; Neonatal; Nursing

Resumen

Revisión integradora, con el objetivo de evaluar la evidencia sobre el impacto de la hospitalización de un recién nacido de bajo peso al nacer para la familia. La recolección de los datos fue realizada en julio de 2011, con recorte temporal a partir de 1990. Tras la clasificación en naturaleza y tendencia fueron analizados los estudios de naturaleza sociocultural. El corpus fue compuesto por 12 artículos y fue realizado el análisis de contenido temático. Los resultados apuntaron que la internación en la unidad de terapia intensiva neonatal trajo repercusiones psicológicas y emocionales materna, por medio del miedo, de la fatiga, de la recusa y del alejamiento de la madre para con el hijo. Además de la necesidad de apoyo dispensado a los hijos que están en casa y las restricciones financieras que inviabilizan las visitas. Se recomienda el trabajo conjunto del equipo con la madre y su familia, como unidad de cuidado.

Descriptores: Recién Nacido de Bajo Peso; Prematuro; Familia; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermería

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria (RS), Brasil. e-mail: carolinetronco@hotmail.com

² Doutora, Professora Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria (RS), Brasil.

³ Enfermeira, Doutora, Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria (RS), Brasil.

INTRODUÇÃO

A partir de 1900, houve um aumento no número de nascimentos hospitalares, o que resultou em um investimento na assistência neonatal, sob a responsabilidade dos obstetras. Essas mudanças na assistência hospitalar ao recém-nascido (RN) foram impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico, visto que a redução da mortalidade neonatal representava uma garantia de força de trabalho⁽¹⁾.

Nos hospitais, o aumento de nascimentos desencadeou a criação de um espaço para a assistência aos neonatos. Em 1960, a Neonatologia foi instituída como subespecialidade da Pediatria, repercutindo diretamente na sobrevivência de neonatos prematuros⁽²⁾. Isso se evidencia pelo sistema de informação de nascidos vivos, que revela, desde a década de 1980, um declínio na mortalidade infantil.

A crescente importância do componente neonatal na mortalidade infantil tem resultado no investimento em pesquisa sobre seus fatores e demandas, que demonstraram que o peso de nascimento e a idade gestacional (IG) são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal⁽³⁾.

No que se refere ao fator baixo peso ao nascer (menos de 2.500g), os RN são subclassificados em: baixo peso ao nascer (1.501 a 2.500g), muito baixo peso ao nascer (1.001 a 1.500g) e extremo baixo peso ao nascer (menos de 1.000g)⁽⁴⁾. Entre os nascidos vivos no Brasil (n=2.891.328), a incidência de recém-nascidos de baixo peso (RNBP) é de 8,1% (n=234.384). Dentre os quais, 85,1% com baixo peso (n=199.548), 8,6% com muito baixo peso (n=20.086) e 6,3% com extremo baixo peso (n=14.750). Quanto ao fator de risco IG, a incidência de casos notificados em recém-nascidos é de 50,3% a termo (n=117.933), 49,4% prematuros (n=115.783) e 0,3% pós-termo (n=668)⁽⁵⁾.

Os RNBP e os prematuros são apontados como de alto risco por possuírem instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação. Ao nascerem sob essas condições de saúde, apresentam necessidade de cuidados especializados desenvolvidos nas unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN)⁽⁴⁾.

As mudanças na neonatologia contemplam a

implementação da política pública de saúde a esse segmento populacional, as demandas para os serviços de saúde especializados, as repercussões na morbidade e mortalidade neonatal e as implicações sociais, sobretudo na família⁽⁶⁾. Para as mães, o fato do RN nascer com baixo peso faz emergir sentimentos de perda e fracasso por não gerarem uma criança saudável, pela dificuldade de retornar ao relacionamento que foi interrompido e compreensão de que o bebê difere de um RN normal em termos de desenvolvimento e necessidades⁽⁷⁾.

Sendo assim, questionam-se quais as demandas da família de um RN de baixo peso internado em uma UTIN? Para tanto, o objetivo foi avaliar as evidências a respeito da repercussão da internação de um RN de baixo peso para a família nos artigos de pesquisa de natureza sociocultural.

METODOLOGIA

A revisão integrativa tem a finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão⁽⁸⁾. A busca bibliográfica foi efetuada nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os descritores: “recém-nascido de baixo peso” ou “recém-nascido de muito baixo peso” e “unidades de terapia intensiva neonatal”.

A coleta de dados ocorreu em julho de 2011. O recorte temporal foi de 1990-2010 e justifica-se pautado no fato de que na década de 1990 o surfactante começou a ter seu uso clínico nas UTINs, o que implicou maior sobrevida e diminuição da mortalidade neonatal⁽⁹⁾.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática RNBP, cenário da UTIN, com texto completo disponível em suporte eletrônico nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão: resumo incompleto ou sem resumo disponível *online*. O total de produções científicas disponíveis nos bancos de dados foi de 986 documentos.

A seleção dos artigos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e dos resumos, totalizando 611 resumos de artigos. Foi aplicada uma ficha de análise documental, composta pelos itens: especificidades (origem, tipo, ano, subárea de conhecimento), natureza e tendência; a

natureza refere-se à classificação quanto ao foco da área temática, a tendência, às contribuições ou recomendações que intencionam em seus resultados⁽¹⁰⁾.

A análise da natureza das publicações mostrou 90,30% (n=549) de estudos clínico-epidemiológicos, seguidos de 5,88% (n=26) de estudos políticos e 4,18% (n=36) de socioculturais⁽¹⁰⁾.

Após essa classificação, foram analisados os estudos

de natureza sociocultural que eram artigos de pesquisa, que estavam disponíveis *online* gratuito e na íntegra. Essa classificação contempla aqueles com enfoque histórico, social e cultural, com relação às informações e práticas dos grupos humanos e questões de legislação, percepções e sentimentos. O *corpus* foi composto por 12 artigos (Quadro 1), que foram classificados, de acordo com os sete níveis de evidências descritos por Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹¹⁾.

Quadro 1 - Artigos Corpus da pesquisa

Código e Referência do Artigo	Principais Resultados
A1-Partridge J C, Martinez AM, Nishida H, Boo NY, Tan KW, Yeung CY, et al. International Comparison of Care for Very Low Birth Weight Infants: Parents' Perceptions of Counseling and Decision-Making. <i>Pediatrics</i> 2005;116(2):263-271.	A maioria dos pais temia que seu bebê morresse na UTIN e aproximadamente, um terço continuava com medo de que seu bebê poderia morrer em casa depois da alta.
A2-Goswami IR, Ghosh JK, Sinha MK, Begum H, Chatterjee S. Can the Special Care Neonatal Unit Admission Cut-Off be Lowered Down to 1500g Babies ? <i>Indian Journal of Pediatrics</i> 2009;76(9):937-939.	Mães relataram uma gravidade de fadiga moderada, e seu cansaço da noite foram significativamente superiores ao da manhã. As mães estavam vivenciando clinicamente um sono de má qualidade, com presença de perturbações durante o dia.
A3-Feeley N, Zerkowicz P, Charbonneau L, Cormier C, Lacroix A, Marie CS. Assessing the Feasibility and Acceptability of an Intervention to Reduce Anxiety and Enhance Sensitivity Among Mothers of Very Low Birth-Weight Infants. <i>Advances in Neonatal Care</i> 2008;8(5):276-84.	Muitas mães estavam ansiosas para aprender a lidar com a ansiedade e aprender a interagir com seus bebês. 60% das mães com crianças na UTIN estavam na faixa clínica de depressão.
A4-Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. <i>Rev Latino-am Enfermagem</i> 2008;1(16).	A presença de indicadores emocionais clínicos maternos de ansiedade e depressão pode ter estimulado maior número de ocorrências de verbalização sobre sentimentos e reações com conotação negativa.
A5-Padovani FHP, Linhares MBM, Pinto ID, Duarte G, Martinez FE. Maternal Concepts and Expectations regarding a Preterm Infant. <i>The Spanish Journal of Psychology</i> 2008;11(2):581-92.	As mães de RNBP apresentaram significativo aumento no estado de ansiedade, quando comparadas às mães de RN a termo. O nascimento com baixo peso e, consequente, internação do bebê é um efeito adverso para a saúde mental da mãe.
A6-Padovani FH P, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarted G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. <i>Rev Bras Psiquiatr</i> 2004;26(4):251-4.	44% das mães apresentaram sintomas clínicos de ansiedade, disforia ou depressão. A ansiedade parece estar vinculada a um estado emocional transitório marcado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão reativos à situação de internação do bebê na UTIN.
A7-Phyllis Z, Papageorgiou A, Bardin C, Wang T. Persistent maternal anxiety affects the interaction between mothers and their very low birthweight children at 24 months. <i>Early Human Development</i> 2009;85(1): 51-8.	As mães com escores mais altos de ansiedade foram menos sensíveis na interação com seus filhos, sendo menos capazes de promover o desenvolvimento cognitivo em RNBP.
A8-Poehlmann J, Schwichtenberg AJM, Bolt D, Dilworth-Bart J. Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Mothers of Preterm or Low Birth Weight Infants. <i>Journal of Family Psychology</i> 2009;23(5):690-704.	Mães com diferentes características tinham, aproximadamente, o mesmo nível de depressão após o parto, apesar de uma acentuada queda na depressão depois da alta da UTIN. Em média, a depressão materna diminuiu com o tempo.
A9-McLoughlin A, Hillier VF, Robinson MJ. Parental costs of neonatal visiting. <i>Archives of Disease in Childhood</i> 1993;68(5):597-9.	Poucos pais com maior necessidade de ajuda financeira receberam assistência de organizações oficiais, embora estivessem susceptíveis à despesa extra na visita.
A10-McHafie HE. Social support in the neonatal intensive care Unit. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 1992;17(3):279-87.	Os avós maternos eram fundamentais em termos de apoio frente à percepção de mães e pais, mas eram necessários para suportar o estresse dos pais.
A11-Pinelli J, Atkinson SA, Saigal S. Randomized Trial of Breastfeeding Support in Very Low-Birth-Weight Infants. <i>Arch Pediatr Adolesc Med</i> . 2001;155(5):548-53.	Para as mães, as intervenções de apoio, isoladamente, não parecem influenciar o sucesso da amamentação, por isso, a necessidade de que a família como um todo apoie essa prática.
A12-Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. <i>Pediatrics</i> 2003;111(4):437-449.	O cuidado centrado na família é um conceito que deve ser integrado na cultura e no funcionamento de uma UTI.

RESULTADOS

A maior parte dos estudos foi publicada em 2009 (25,0%) e 2008 (25,0%), seguida dos anos 2005, 2004, 2003, 2001, 1993 e 1992 (aproximadamente, 8,3% cada). O Brasil, os

Estados Unidos da América e o Canadá concentraram a maior parte das publicações (25% cada), seguidos da Inglaterra, Reino Unido e Índia (aproximadamente 8,3% cada). Referente ao delineamento dos estudos, dez (83,4%) eram descritivos, um (8,3%) coorte e um (8,3%) ensaio

clínico randomizado. Conforme a classificação do nível de evidência⁽¹¹⁾ foram constatados dez estudos com nível de evidência 6, um estudo com nível 4 e um com nível 2.

As repercussões psicológicas e emocionais do baixo peso ao nascer o RN emergiram por meio do sentimento de medo das mães e, consequente, recusa e afastamento do RN, bem como por sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

O medo manifesta-se quando a mãe tem a possibilidade de se aproximar do filho ou estabelecer contato com ele. Pode ser resultante do risco de morte que perpassa, desde a internação na UTI até a volta para casa (A1-2). Em situações em que as mães não podem retirar o bebê da incubadora, podem ocorrer a recusa e o afastamento do RN em prejuízo da relação entre o binômio (A1-2). Além disso, o sono e a fadiga materna foram encontradas como uma repercussão da internação do filho na UTIN (A2).

A prevalência dos sintomas clínicos que se referem à ansiedade e depressão nas mães durante a internação do RN na UTI, está relacionada a altos índices de ansiedade (A3-8); que podem decorrer da experiência de emoções intensas após o nascimento com baixo peso da criança. Além disso, a persistência dos problemas emocionais pode afetar a sensibilidade diante dos estímulos do bebê internado, pois a ansiedade pode refletir na interação com o filho e no comportamento futuro da criança (A3-8).

A necessidade de apoio foi apontada pelas restrições financeiras para realizar as visitas ao RN internado e dar suporte a outros filhos que permanecem em casa (A9). Além da necessidade de apoio de avôs e avós maternos (A10), bem como da família (A11), pois o cuidado profissional precisa estar centrado na família (A12).

DISCUSSÃO

O nascimento de um RNBP pode produzir alteração no relacionamento familiar, visto que essa criança necessita de um suporte adequado para sobreviver, oferecido na UTIN, em razão da imaturidade de seus órgãos e fragilidade do sistema imune. Embora a UTIN seja um ambiente terapêutico, o RN vivencia esse momento de maneira solitária, considerando que a relação com sua mãe foi interrompida pelo parto prematuro.

O medo da perda demonstra o temor das mães ao conviverem com a incerteza de vida e morte de seu RN, entretanto, com o passar do tempo, as mães veem que seus bebês podem superar as dificuldades. Para as mães, esse período é um momento de muitas dificuldades, pois não acreditam que o bebê vivencie tanto sofrimento, emergências e sobreviva com saúde⁽⁷⁾.

O ambiente desconhecido, como a UTIN, e a desinformação da real situação do filho podem estar relacionados com o sentimento de medo, predominante nas mães que acompanham seus bebês. Assim, esse sentimento pode ser minimizado pela assistência individualizada voltada aos pais e, em especial, à mãe, oferecendo orientações claras e objetivas, fornecendo, sempre que, possível, informações positivas a respeito das condições do RN⁽¹²⁾.

Logo após o nascimento, o RNP é separado de sua mãe para receber a assistência necessária, o que pode gerar um grande choque aos pais e à família. Essa separação faz surgir, sobretudo na mãe, sentimentos de culpa, frustração e incompetência⁽¹³⁾.

As mães expressam um sentimento de perda e fracasso por não terem gerado uma criança saudável, pela dificuldade de retomar o relacionamento com o filho, que foi interrompido. Além da compreensão de que o bebê difere de um RN normal em termos de desenvolvimento e necessidades⁽⁷⁾.

Ao longo da pesquisa, observou-se que a fadiga e o cansaço materno podem ser decorrentes da escassez de sono durante a noite. Tais fatores propiciam fadiga durante o dia, período em que a mãe acompanha seu filho internado e ocasionam privação na qualidade física e mental da mesma.

Além disso, o nascimento de um RN de baixo peso pode levar à frustração de muitos desejos, fantasias e, sobretudo, rompe a possibilidade no que concerne ao exercício de ser mãe, nesse primeiro momento do nascimento⁽¹⁴⁾. Isso ocorre, pois o bebê necessita de outros cuidados para garantir sua sobrevivência, como é o caso dos cuidados oferecidos pela UTIN.

Em alguns momentos, o sofrimento psíquico aponta a perda do filho, que pode abrir espaço para estados de ansiedade e depressão que acompanham a mãe durante a permanência de seu bebê na UTIN. A depressão, evidenciada nos estudos, pode diminuir com o passar tempo, sendo necessária a identificação desses sintomas

depressivos, antes da alta do RN da UTIN, com o intuito de evitar o risco de a mãe desenvolver depressão crônica.

Com isso, é fundamental que a equipe da UTIN tenha conhecimento de que o cuidado oferecido ao RN envolve o cuidado com os pais também. Com o nascimento de um filho e sua posterior internação, há uma modificação na dinâmica familiar. O fato pode desencadear dificuldades aos familiares na tentativa de conciliar as visitas a seus filhos em sua vida cotidiana⁽¹⁵⁾.

A família vivencia momentos de tensão entre a aproximação e o distanciamento de seu filho perante a internação. Esses momentos vão desde a possibilidade da finitude, por estar no mundo da UTIN com suas normas e rotinas, ao relacionamento com a equipe de saúde, aos conflitos familiares e à dificuldade de diferentes ordens para estar com o filho⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, destacam-se alguns fatores que podem interferir no envolvimento dos pais com seus filhos, tais como os outros filhos, o trabalho dos pais, a maturidade dos pais e a instabilidade socioeconômica⁽¹⁷⁾. Dessa forma, é preciso que a equipe de saúde (re)conheça as individualidades e as necessidades de cada família quanto às suas condições socioeconômicas e de saúde. Assim, se faz necessária a identificação da existência de outro filho, e se a família apresenta condições financeiras para subsidiar o transporte⁽¹⁵⁾.

A partir da internação em uma UTIN, observou-se que as famílias têm dificuldades de estar diariamente com o filho no hospital, algumas vezes, por não terem com quem deixar os outros filhos ou por dificuldades financeiras, que, por vezes, impossibilitam os pais de irem ao hospital, pois algumas dessas famílias dependem do transporte coletivo, como locomoção⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, verifica-se a importância da equipe de profissionais em mobilizar e fortalecer os recursos das famílias. Para que isso ocorra, os grupos de apoio podem ser usados como meio de estruturar o trabalho na UTIN de forma mais responsiva às necessidades do neonato e dos familiares, oferecendo aos pais a oportunidade para lidar com o nascimento e a hospitalização de seu filho⁽¹⁸⁾.

Alguns hospitais oferecem aos pais com dificuldades financeiras para visitar e estar com seu filho o Serviço Social, que poderá providenciar passagem para o transporte urbano. Além disso, a família precisa contar com uma rede

de apoio informal que lhe permita estar com o filho⁽¹⁵⁾.

Nesse momento, torna-se relevante a presença dos avós na relação dos cuidados com o filho e com o neto internado. Este apoio por parte dos avós é denominado de “maternagem ampliada”⁽¹⁹⁾. Assim, ressalta-se a importância da ajuda dos avós no cuidado e desenvolvimento de seus netos e na execução de tarefas domésticas, bem como sua participação nas interações familiares, sobretudo nesse momento de internação do RN na UTIN.

As mães que possuem uma rede social mais consistente e que, por sua vez, podem ter suas necessidades emocionais atendidas, tendem a solicitar mais apoio para elas mesmas, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê⁽²⁰⁾. Nesse sentido, o cuidado profissional dispensado a elas deve estar centrado na família.

Dessa forma, é preciso investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde que atuam em UTIN, para que promovam uma assistência pautada nos fundamentos da humanização e da integralidade do cuidado, a fim de proporcionar ao bebê e sua família um ambiente tranquilo e acolhedor⁽¹⁶⁾. No momento da visita dos pais ao filho na UTIN, é fundamental que os profissionais de saúde acolham e compreendam as mães e seus familiares, a fim de que o cuidado realizado ao RN seja condizente com as necessidades apresentadas.

É relevante que os membros da equipe de enfermagem atendam às necessidades e às solicitações emergidas pelos familiares, em inicial, para que se sintam acolhidos e compreendidos. O profissional que recebe a família deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no bebê⁽¹⁵⁾, procurando estabelecer vínculo com os pais e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que a internação do RNBP na UTIN pode trazer repercussões psicológicas e emocionais, caracterizadas pelo sentimento de medo das mães e a consequente recusa e afastamento do RN. Além disso, podem acarretar sintomas clínicos de ansiedade e depressão.

O medo apresentou-se nos estudos como resultante do risco de morte que perpassa a internação até a volta para casa. Ainda, o fato da mãe, na maioria das vezes, não poder retirar o bebê da incubadora pode causar um prejuízo na relação entre o binômio mãe-filho. Nos estudos, observou-se, também que o sono e a fadiga materna representam uma repercussão da internação do filho na UTIN.

Os sintomas clínicos de ansiedade e depressão nas mães durante a internação do RN podem decorrer da vivência de emoções intensas após o parto. A ansiedade pode também refletir na interação da mãe com o filho e no comportamento futuro da criança.

A necessidade de apoio, apontada nos estudos,

refere-se às restrições financeiras para realizar as visitas ao RN internado e à necessidade de suporte aos filhos que permanecem em casa. Além do apoio dispensado pelos familiares, destacando-se a necessidade de um cuidado centrado na família.

Portanto, verifica-se a importância da rede de familiares e profissionais para atender à mãe e seu filho de modo integral e humanizado, com vistas a possibilitar que o período de internação na UTIN seja de preparo para os cuidados domiciliares após a alta hospitalar. Bem como se recomenda o trabalho conjunto da equipe com a mãe e sua família, como unidade de cuidado, com ações de apoio, orientação e de fortalecimento.

REFERÊNCIAS

1. Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enferm.* 1996;9(n esp):91-101.
2. Cone Junior TE. Perspectives in neonatology. In: Smith GF, Vidyasagar D, editors. *Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine*. Bethesda: Mead Johnson Nutritional Division; 1980.
3. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2005; 5(4):463-9.
4. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. *Manual de neonatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. *Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [Internet]*. Brasília (DF); 2007 [citado 2009 set 15]. Disponível em: [http:// tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/ nvuf.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def).
6. Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(4):498-505.
7. Ramalho MAM, Kochla KRA, Nascimento MEB, Peterlini O. A mãe vivenciando o risco de vida do recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2010;10(1):7-14.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
9. Freddi NA, Proença Filho JO, Fiori HH. Terapia com surfactante pulmonar exógeno em pediatria. *J Pediatr.* 2003;79(Supl 2):205-12.
10. Tronco CS, Paula CC, Padoin SMM, Langendorf TF. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso em UTI. *Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS)* 2010 set;31(3):575-83.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM,

Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.

12. Camargo CL, La Torre MPS, Oliveira AFVR, Quirino MD. Sentimentos maternos na visita ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2004 set-dez;3(3):267-275.

13. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr*. 2008;21(3):293-302.

14. Marson AP. Narcisismo Materno: quando meu bebê não vai para casa. *Rev SBPH*. 2008 jun;11(1):161-169.

15. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm* 2005 jul-ago; 58(4):444-8.

16. Reichert APS, Lins RNP, Collet N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [serial online] 2007 Jan-Abr; 9(1): 200-213. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>

17. Franck L, Spencer C. Parent visiting and participation in infant caregiving activities in a neonatal unit. *Birth* 2003 Mar;30(1):31-5.

18. Sylvest A, Peitersen B. Crisis intervention for parents of extremely premature infants during hospitalization. *Ugeskr Laeger*. 2000;162:659-62.

19. Braga NA, Morsch DS. Os primeiros dias na UTI. In: Moreira MEL. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz;2003. p. 51- 68.

20. Rapoport A, Piccinini CA. A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena. *Estudos de Psicologia* 2004; 9(3):497-503.