

A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal

Alexandre José Raad – Universidade Tiradentes – SE
Aline Maria Cardozo Cruz – Universidade Tiradentes – SE
Marília Almeida Nascimento – Universidade Tiradentes – SE

Resumo

Este trabalho teve como objetivo verificar a realidade vivenciada pelas díades mãe–bebê hospitalizado por meio dos objetivos específicos de verificar as condições maternas que pudessem justificar o nascimento pré-termo ou a ocorrência de problemas que necessitassem da internação do bebê; verificar as condições maternas pós-nascimento; e observar a existência do vínculo mãe–bebê hospitalizado. Foram sujeitos da pesquisa 42 mães cujos bebês estavam hospitalizados na UTI neonatal e Unidade Intermediária de um hospital em Aracaju, SE, sendo utilizado como técnica a observação participativa e como instrumento questionário semi-estruturado. Nos resultados foram encontrados antecedentes maternos que colocam a vida do feto em risco e podem influenciar o nascimento prematuro; condições mais frequentes do recém-nascido, aspectos do aleitamento materno e condições ansiogênicas e emocionais dos pais. Verificou-se a importância de um trabalho com equipe interdisciplinar com os pais, para que estes possam participar ativamente dos cuidados com seus bebês.

Palavras-chaves: UTI Neonatal, Díade mãe–bebê.

The nowadays of the mothers in the neonatal intensive care unit

Abstract

The purpose of this work is to verify the reality experienced by hospitalized mother–baby dyads related to maternal conditions that could justify the pre-term birth or the occurrence of problems that require the hospitalization of the baby; the post-birth maternal conditions; and the existence of the hospitalized mother baby bond. 42 mothers, whose babies were hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit and in the Intermediate Unit of a hospital in Aracaju (Brazil), were the subjects of the research. The technique and instrument utilized were the participative observation and semi-structured questionnaire. The following aspects were found in the results: maternal antecedents that threaten the life of the fetus and can influence the premature birth; the more frequent conditions of the newborn; aspects of the maternal breast feeding; and the anxiety and emotional conditions of the parents. Finally, the importance of the interdisciplinary team supporting the parents was verified, to the parents actively participate in taking care of their babies.

Keywords: Neonatal ICU, mother–baby dyads.

La realidad de las madres en una unidad de terapia intensiva neo-natal

Resumen

Este trabajo ha tenido como objetivo verificar la realidad vivida por las madres–bebés hospitalizados por medio de los objetivos específicos de verificar las condiciones maternas que podrían justificar el nacimiento prematuro o el acontecimiento de problemas que necesiten de la internación del bebé; verificar las condiciones maternas después del nacimiento; y observar la existencia del vínculo madre–bebé hospitalizado. Han sido sujetos de la pesquisa 42 madres cuyos bebés estaban hospitalizados en el CTI neo-natal y Unidad Intermediaria de un hospital en Aracaju (Brasil), siendo utilizado como técnica la observación participativa y como instrumento un cuestionario. En los resultados han sido encontrados antecedentes maternos que colocan la vida del feto en riesgo y pueden influir en el nacimiento prematuro; condiciones más frecuentes del recién nacido aspectos del amamantamiento materno y condiciones ansiogénicas y emocionales de los padres. Se ha verificado la importancia de un trabajo con un equipo multidisciplinar junto a los padres, para que ellos puedan participar efectivamente de los cuidados con su bebé.

Palabras-clave: CTI neo-natal; relación madre–bebé.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente que necessita de uma atenção especial,

por ser marcado por fortes emoções, conflitos e sentimentos, envolvendo desde o ambiente em si mesmo até os integrantes: o bebê internado, os pais, os familiares e a equipe de profissionais. Cada um deles apre-

Endereço para correspondência:

Rua Coronel José Figueiredo de Albuquerque, 527 – Bairro Atalaia – Aracaju, SE – Cep: 49035-180 – E-mail: alex.raad@ig.com.br, alexandre.raad@gmail.com

senta grau de vulnerabilidade, necessidades particulares e específicas que devem ser adequadamente atendidas (Brasil, 2002).

O contexto de UTI neonatal exige cuidados na área da saúde mental, já que as mães constituem um grupo de risco, necessitando de suporte psicológico no percurso entre o nascimento do bebê pré-termo e a alta hospitalar. A internação de um bebê em uma Unidade Neonatal dificulta o processo de vinculação e apego entre mãe e bebês que sofrem uma interferência significativa. Nesse mesmo momento, além da separação inevitável, ocorre ainda o aparecimento de sentimentos como culpa incompetência e luto, que dificultarão ainda mais o estreitamento dos laços familiares (Vargas, Paixão, Cruz, Oliveira & Matos, 2005).

Em detrimento do bem-estar físico e com o intuito de precaver as infecções que podem ser trazidas do meio externo para a UTI neonatal, as necessidades emocionais da díade são deixadas de lado nesse ambiente, o contato é diminuído, dificultando o estabelecimento de vínculo do neonato com a família. Essa situação pode gerar efeitos na mãe, visto que interfere na capacidade de maternagem e, conseqüentemente, no bebê e no seu desenvolvimento psicossocial (Vargas et al., 2005).

O objetivo da pesquisa constituiu em verificar a realidade vivenciada pela díade mãe-bebê hospitalizado. Para tal, objetivamos especificamente: verificar as condições maternas que pudessem justificar o nascimento pré-termo ou a ocorrência de problemas que necessitassem da internação do bebê; verificar as condições maternas pós-nascimento; e observar a existência do vínculo mãe-bebê hospitalizado.

Segundo Scochi e cols. (2003), a falta de oportunidade da mãe se relacionar com seu filho hospitalizado pode levar a um prejuízo na formação e efetivação do apego. Esse prejuízo pode influenciar no prognóstico do recém-nascido internado e na atitude da mãe diante da hospitalização. Contudo, é necessário que as mães se sintam seguras e tenham o suporte psicológico, social e educacional para enfrentarem a internação do bebê durante a hospitalização e após a alta.

O ideal do bebê imaginário geralmente é permeado por sonhos, expectativas e sentimentos de apreensão pela chegada do novo integrante ao seio familiar; no entanto, quando o recém-nascido é encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), mãe e filho são separados, causando sofrimento para a família estado de ansiedade e, em alguns casos, sen-

timento de culpa. Por isso, a necessidade de cuidados especiais aos integrantes desse contexto (Brasil, 2002).

Método

Participantes

Foram sujeitos 42 mães, cujos bebês se encontravam hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade Intermediária de um hospital de Aracaju, SE.

Técnicas e instrumentos

Foram utilizados como técnicas observações participativas, sendo assim denominadas por terem sido efetuadas durante a prática de estágio institucional. Essa prática é assim denominada por ser uma observação, na qual o observador é atuante no meio observado, tornando-se uma variável desse meio. Como instrumento foi utilizado questionário semi-estruturado, que objetivava coletar informações acerca da mãe, gestação e do bebê.

Procedimentos

Inicialmente foram realizadas observações participativas durante três meses de todo o contexto institucional, entretanto foi dada maior ênfase em como ocorria o contato mãe-bebê. Por fim, realizou-se a aplicação do questionário para a coleta de dados com a mãe individualmente.

Resultados e discussão

Perfil pessoal e social dos sujeitos

Nos resultados referentes aos aspectos do perfil pessoal e de moradia na tabela 1, pôde-se perceber que as mulheres apresentaram idades variáveis, entretanto com índice elevado para mães jovem-adulta e adolescentes, além de um elevado número de mulheres donas de casa e com nível escolar entre fundamental e médio. Perante esse contexto, faz-se necessário que a sociedade volte o olhar para essa realidade, na qual a mulher muitas vezes abandona os estudos em prol da vida familiar.

Quanto à origem dos sujeitos evidencia-se que 57,14% dos sujeitos eram provenientes do interior do estado de Sergipe, mas residentes da capital. Durante a entrevista, percebeu-se que as causas desse deslocamento do interior para a capital foram provenientes da expectativa de melhora de vida e a união matrimo-

nial, caracterizada pelo elevado número de mulheres que residem com o companheiro e daquelas que são casadas judicialmente.

Foram encontradas também dificuldades para as mães em visitarem seus filhos, já que as condições eco-

nômicas muitas vezes são insuficientes, dependendo de carros fornecidos pela prefeitura local, no caso de residentes no interior, ou outro tipo de ajuda. Além disso, existem várias dificuldades provenientes de situação familiar, como: marido, filhos e possível emprego.

Tabela 1. Perfil pessoal e social dos sujeitos

Variáveis	Variáveis	Frequência (f)	Percentual
Idade	12 a 15 anos	03	7,14
	16 a 20 anos	13	31,00
	21 a 25 anos	14	33,33
	26 a 30 anos	06	14,28
	31 a 35 anos	03	7,14
	36 a 40 anos	03	7,14
Profissão	Estudante do nível fundamental e médio	11	26,19
	Estudante de nível superior	01	2,38
	Dona de casa	22	52,38
	Trabalham fora	08	19,04
Naturalidade	Aracaju	12	28,57
	Interior de Sergipe	23	54,76
	Maceió	03	7,14
	Rio de Janeiro	01	2,38
	Rio Grande do Norte	01	2,38
	Paraná	01	2,38
	Sem resposta	01	2,38
Estado Civil	Solteira	02	4,76
	Casada	16	38,00
	Mora junto	24	57,14
Escolaridade	1ª a 4ª série fundamental	11	26,19
	5ª a 8ª série do fundamental	15	35,17
	1ª a 3ª série do científico (ensino médio)	05	11,90
	2º grau completo	06	14,29
	Superior incompleto	01	2,38
	Superior completo	01	2,38
	Sem resposta	03	7,14
Residência	Aracaju	24	57,14
	Interior de Sergipe	18	42,85
Transporte	Carro da prefeitura	07	17,07
	Carro próprio	03	7,32
	Carro de parentes	02	4,88
	Táxi lotação	07	17,07
	Táxi	05	12,20
	Ônibus	04	9,76
	Ônibus ou táxi	03	7,32
	Sem resposta	10	24,39

Frequência de visitas dos pais

Na tabela 2, podemos verificar o interesse em realizar as visitas aos bebês, uma vez que foram encontrados 71,05% das mães que relataram pretender ver o filho frequentemente. No entanto, por meio de observações dos participantes durante o período de estágio, a presença das mães não foi frequente como apontam os escores de intenção de visita, podendo ser justificada pela falta de condições econômica, social e familiar e também pelo possível não interesse em ver o filho.

Quanto aos pais, de acordo com os dados fornecidos pelas mães, a grande maioria pretendia visitar os bebês

frequentemente, porém um aspecto a ser considerado é quanto às regras provenientes da instituição, diante dos horários estabelecidos como visita para os pais (todas as tardes, das 14h às 16h), horário estabelecido também para visitas em todo o hospital. No entanto, esse é também considerado horário de trabalho comercial, o que torna a situação incongruente. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2002) reconhecemos a importância da presença dos pais no desenvolvimento do filho. Diante disso, sabemos que muitos desses pais não têm condições de abandonar suas atividades para adequar-se ao horário estabelecido pela instituição.

Tabela 2. Frequência de visitas realizadas pelos pais aos bebês

Variáveis	Variáveis	Frequência (f)	Percentual
Frequência da Mãe	1ª vez	05	13,16
	Frequentemente	27	71,05
	Esporadicamente	06	15,79
Frequência do Pai	Não esteve até o momento	09	25,71
	1ª vez	05	14,29
	Esporadicamente devido ao trabalho	08	22,86
	Frequentemente	10	28,57
	Telefonou	01	2,86
	Não queria ver o bebê grave	01	2,86
	Mãe não quer falar sobre o pai	01	2,86

O Ministério de Saúde (Brasil, 2002) enfatiza a necessidade da formação de laços afetivos entre pais e bebês prematuros, já que considera que as relações iniciais entre eles serão protótipos para relações sociais futuras. Com o nascimento de bebê pré-termo, os pais geralmente não têm tempo de ver, tocar e cuidar do filho, logo que ele nasce. Nesse caso, o apoio recebido por parte da Equipe de Saúde é fundamental para facilitar que os pais possam vê-lo e tocá-lo assim que nasça, levando em consideração as condições de saúde do bebê, não devendo desconsiderar os casos em que estes são muito frágeis, necessitando de um controle na estimulação fornecida, entretanto consideramos que o cuidado e as limitação dos estímulos não significam a sua ausência ou eliminação.

Antecedentes maternos

Segundo os dados, foi percebido que o planejamento familiar ainda é muito pouco praticado, quando apenas 28,57% das mães haviam planejado sua gestação.

Quanto aos antecedentes maternos, Vieira (2001) detectou inúmeros antecedentes que colocam em risco a vida do feto e podem influenciar para o nascimento prematuro, entre eles: a baixa condição socioeconômica a condição materna, como idade (inferior a 17 e superior a 35), tabagismo, uso de drogas, excessiva atividade física, patologias agudas e crônicas; a condição gestacional, gestações seguidas com curto ou longo intervalo entre elas, deslocamento prematuro de placenta, além de gestações hemorrágicas; riscos infecciosos antenatais como a infecção urinária materna, febre, ruptura prematura da membrana; as fetopatias virais como toxoplasmose, rubéola e sífilis; a hipertensão arterial; os abortos anteriores e a anemia.

A ingestão de álcool por mulheres grávidas pode causar síndrome alcoólica fetal. Os sintomas dessa condição incluem crescimento pré e pós-natal retardado, nascimento prematuro, deformações físicas, distúrbios do sono e doenças cardíacas congênitas, mesmo

assim ainda puderam ser encontrados 15 a 20% de mães com ingestão alcoólica. Quanto ao cigarro, foram encontradas no intervalo de 30 a 35% das mães com o comportamento de fumar. O fumo em mulhe-

res grávidas retarda o crescimento do feto pois limita o recebimento de oxigênio, baixa a resistência à doença e aumenta as chances de abortos espontâneos e de nascimento prematuro (Newcombe, 1999).

Tabela 3. Antecedentes maternos durante a gestação

Variáveis	Variáveis	Frequência (f)	Percentual
Antecedentes maternos	Raiva e discussão	02	4,55
	Alergia	03	6,82
	Toxoplasmose	01	2,27
	Pressão alta	05	11,36
	Doenças infecciosas	01	2,27
	Acidente automobilístico	02	4,55
	Dores de cabeça	01	2,27
	Cirurgia de mama	01	2,27
	Febre	01	2,27
	Cirurgia de hérnia	01	2,27
	HPV	01	2,27
	Problemas nos rins	02	4,55
	Infecção urinária	08	18,18
	Abortos anteriores	06	13,64
	Susto	03	6,82
	Uso de antibióticos	01	2,27
Anemia	04	9,09	
Cirurgia de vesícula	01	2,27	
Cigarros e bebidas	Marido fuma	02	10,00
	Mãe fuma	03	15,00
	Marido bebe	09	45,00
	Mãe bebe esporadicamente	06	30,00

Entretanto, fatores ambientais (susto) e emocionais foram também encontrados, como o medo, ansiedade, raiva, que acabam ocasionando um aumento imediato e profundo no nível de atividade do feto, especialmente no último trimestre da gravidez. Segundo o autor citado anteriormente, a condição da mãe é de máxima importância para um desenvolvimento saudável do bebê.

Condições do recém-nascido durante os primeiros dias de vida

Foram obtidos 50% de bebês do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Dos que nasceram, 30,95% tinham idade gestacional de oito meses, equivalente à mesma porcentagem de bebês de nove meses – 30,95%. Apenas 26,19% tiveram idade gestacional de seis meses.

Na UTIN são internados não apenas os RNs pré-termos, mas todos aqueles que são acometidos por

problemas respiratórios, cardíacos, metabólicos, infecções, doenças hemolíticas por incompatibilidade sanguínea Rh, entre outras causas que necessitem de cuidados 24 horas por dia (Campos, 2004). No contexto local, o índice mais elevado foi de bebês com problemas respiratórios com 44,44%. Os bebês prematuros podem apresentar várias complicações decorrentes da imaturidade dos diversos aparelhos. Entretanto, a complicação mais importante ocorre no aparelho respiratório e se traduz pela falta de uma substância chamada surfactante, cuja função é manter os pulmões abertos para que a respiração se realize. Sem o surfactante os pulmões permanecem fechados, e o oxigênio do ar ambiente não consegue passar para a corrente sanguínea. Essa doença, típica do recém-nascido prematuro, chama-se Doença Pulmonar das Membranas Hialinas, pois se formam nos pulmões verdadeiras membranas que impedem a

passagem dos gases, levando o bebê a sofrer anóxia grave.

A segunda condição foi o baixo peso, provavelmente proveniente das gestações prematuras, já os terceiro e quarto aspectos igualmente encontrados com

7,94% cada, foram as infecções, provavelmente advindas do rompimento da placenta com parto demorado e a icterícia, caracterizada pela pele amarelada devido ao retardo na eliminação de mecônio (Campos, 2004).

Tabela 4. Perfil dos bebês e condições de saúde durante os primeiros dias de vida

Variáveis	Variáveis	Frequência (f)	Percentual
Sexo	Masculino	21	50,00
	Feminino	21	50,00
Idade Gestacional	06 meses	05	11,90
	07 meses	11	26,19
	08 meses	13	30,95
	09 meses	13	30,95
Condições de saúde do bebê nos primeiros dias de vida	Problemas respiratórios (cansaço a infecções pulmonares)	28	44,44
	Baixo peso	10	15,87
	Infecção	05	7,94
	Cirurgia	01	1,59
	Problema cardíaco	03	4,76
	Síndrome de Down	01	1,59
	Secreção	01	1,59
	Anóxia	01	1,59
	Hemorragia generalizada	01	1,59
	Ossos com má formação	01	1,59
	Icterícia	01	1,59
	Incompatibilidade sanguínea - Rh	05	7,94
	Meningite	02	3,17
	Seqüelas, comprometendo movimento dos membros inferiores	01	1,59
	Em coma	01	1,59
Hipotérmico	01	1,59	

Aleitamento materno

Em 73,8% dos casos, as mães relataram já terem recebido orientações e/ou tido experiências quanto a amamentação. Em casos de prematuridade, porém

existe a peculiaridade do fornecimento ou não do leite materno, já que muitos desses bebês ao chegarem à UTIN entram em dieta zero, procedimento inicial comum, evoluindo a depender de cada caso.

Tabela 5. Informações sobre orientações durante ou anterior à gestação

Variáveis	Variáveis	Frequência (f)	Percentual
Orientações sobre aleitamento	Recebeu orientações ou tem experiência	31	73,80
	Não recebeu orientações e não tem experiência	09	21,42
	Sem resposta	02	4,76

Dessa forma, Javorski (2004), observou que é comum essas mães desejarem, em princípio, amamentar seus filhos, porém elas vivenciam a iminência do fracasso no aleitamento diante das inúmeras variáveis a que estão expostas, entre as quais colaboram para a diminuição da produção e ejeção do leite.

É necessário o incentivo constante para a amamentação. Segundo Serra (2004), o incentivo deve ser proveniente dos familiares e da equipe de saúde, contemplando aspectos quanto ao prematuro e a mãe, dando-lhes atenção, apoio e verificando suas necessidades e dificuldades vivenciadas. Montrone e Rose (1996) explicitaram a importância da criação de um programa educacional de incentivo ao aleitamento materno para as mulheres de nível socioeconômico baixo a fim de contribuir para reduzir o risco de desnutrição e retardo do desenvolvimento do bebê.

Aspectos emocionais da mãe

Com relação aos dados subjetivos apresentados, foram frequentemente relatados ansiedade, preocupação, medo e tristeza, devido a diversas situações, como: realidade vivenciada, já que esta é caracterizada por constante luta entre a vida e a morte; condições em que as mães se encontravam, como filhos em casa, emprego, marido, dificuldades financeiras e outros; a falta de informações das mães sobre as condições de seus filhos, deixando-as angustiadas; o planejamento das gestações junto à realidade frustrante do filho hospitalizado; e o fato da hospitalização, já que as mães queriam retornar aos seus lares. Segundo Scochi, (2004), o contexto de hospitalização desenvolve o aparecimento de sentimentos de culpa, temor, desespero, ansiedade, revolta, angústia e impotência.

Durante o momento que falavam o que estavam sentindo, muitas mães mostraram-se preocupadas, chorosas, sem saber explicar com clareza os sentimentos. De acordo com o Ministério de Saúde (Brasil, 2002), esse período provoca o aparecimento de sentimentos ambivalentes de alegria/tristeza, esperança/desesperança, separação/apego, devido às diversas dúvidas que surgem quanto ao bebê e à própria mulher, enquanto mãe e esposa.

Geralmente o choro é marcante no primeiro encontro da mãe com o bebê, momento em que se dava a perda do bebê imaginário, pensado e formado por meio das percepções maternas e paternas e pelas representações destes quanto aos movimentos e ao desenvolvimento durante a gestação, pelo bebê real. Este

não era reconhecido durante o parto, pois o bebê que ia pra UTIN era transferido imediatamente, devendo os pais nesse contexto superar o medo de ferir ou machucar seu bebê.

Outro fator característico foi a presença da religiosidade como determinante da saúde e cura do bebê muitas relatavam ser da vontade de Deus a sobrevivência do filho e entregavam essa realidade à religião da qual participavam, realizando também pagamentos e promessas para alcançar a graça da cura, essa é a fase que, segundo Costa (2004), se dá no intermédio da segunda fase caracterizada pela negação da situação e a terceira, caracterizada pela tristeza, raiva e ansiedade. Entretanto, algumas mulheres se apresentaram tranquilas, porém essa foi uma característica de um número reduzido de mães. Segundo Costa (2004), essa é a fase do equilíbrio caracterizada pela atenuação de reações como o choque, a negação, tristeza, raiva e ansiedade. Essa fase depende do grau de esclarecimento dos pais sobre o diagnóstico do filho, e da oportunidade e espaço para aprender a lidar com os pensamentos, crenças, sentimentos que causam sofrimento.

Considerações finais

É importante que um ambiente de saúde seja minuciosamente preparado e adaptado para as peculiaridades que surgem durante a hospitalização de diversos pacientes. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constatou-se a necessidade de um espaço para que a mãe, cujo bebê foi a óbito, possa vivenciar e elaborar o luto, possibilitando um momento para o contato, no qual seriam permitidos a expressão de choro, tristeza, dor, angústia e diversos outros sentimentos suscitados pela perda de um filho. É nesse período que se inicia um processo de aceitação das dificuldades que a perda pode desencadear (Costa, 2004).

A morte pode ter efeitos prejudiciais a saúde mental e física dos que ficam. Os estudos sobre o estresse quase sempre identificaram a perda de um membro próximo da família como o fato mais estressante da vida cotidiana. Aqueles que enfrentam a perda sem o apoio da sociedade geralmente sentem o trauma com maior intensidade (Viorst, 1988).

É também recomendável a existência de um banco de leite nas UTIs neonatais. Atualmente, sabe-se que bebês prematuros são capazes de responder adequadamente quando se utiliza o leite humano e que

este apresenta composição diferenciada em termos de aporte protéico-energético e de constituintes imunológicos. E por estarem expostas a um ambiente patogênico durante a internação em UTIN, é fundamental que as crianças internadas recebam fatores de proteção através do leite da própria mãe. Aumentar as taxas de amamentação enquanto o recém-nascido ainda se encontra hospitalizado e durante o seguimento ambulatorial pós-alta implica também assegurar os benefícios que essa prática representa em longo prazo para o desenvolvimento imunológico, emocional, nutricional e neurológico dessas crianças (Vannuchi, Monteiro, Rea, Andrade & Matsuo, 2004).

É importante ressaltar que, com todos os dados obtidos, detectou-se a necessidade de um trabalho com equipe interdisciplinar, enfatizando e correlacionando diversos aspectos dessa realidade, além de preparar ambiente adequado e pais atuantes no processo de cuidados com seus bebês (Brasil, 2002).

O projeto permitiu conhecer a realidade de mães, cujos bebês ficavam hospitalizados nas UTIs neonatais e unidades intermediárias do hospital, e assim suscitar no sistema de saúde local a necessidade de cuidados especiais. Entretanto, é importante esclarecer que os dados aqui apresentados não devem ser generalizados, mas podem servir como bases para outras pesquisas que possam dar continuidade aos estudos aqui suscitados.

Referências

- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. (2002). *Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso/Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Campos, A. C. S., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2004). O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12 (4), 606-613.
- Costa, H. P. F., & Marba, S. T. (2004). *O recém-nascido de muito baixo peso*. São Paulo: Atheneu.
- Javorski, M. (2004). As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 12 (6), 890-898.
- Montrone, A. V. G., & Rose, J. C. (1996). Uma experiência educacional de incentivo ao aleitamento materno e estimulação do bebê, para mães de nível socioeconômico baixo. *Caderno de Saúde Pública*, 12 (1), 61-68.
- Newcombe, N. (1999). *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen/Nora Newcombe*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Scochi, C. G. S., Kokuday, M. L. P., Riul, M. J. S., Rossanez, L. S. S., Fonseca, L. M. M., & Leite, A. M. (2004). Incentivando vínculo mãe-filho em situações de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 11 (4), 539-543.
- Vannuchi, M. T. O., Monteiro, C. A., Rea, M. F., Andrade, S. M., & Matsuo, T. (2004). Iniciativa hospital amigo da criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. *Revista de Saúde Pública*, 38 (3), 422-428.
- Vargas, M. M., Paixão, E. J., Cruz, A., M. C., Oliveira, J. S., & Matos, R. T. D. (2005). *Um estudo da interação mãe-bebê em UTI neonatal*. Relatório Final de pesquisa pela Universidade Tiradentes.
- Vieira, C. M. (2001). *Reações psicológicas das mães frente aos bebês de risco*. Relatório Final de pesquisa pela Universidade Tiradentes, Aracaju.
- Vorst, J. (1988). *Perdas necessárias*. São Paulo: Melhoramentos.

Recebido em: março de 2006
Reformulado em: agosto de 2006
Aprovado em: novembro de 2006

Sobre os autores

Alexandre José Raad é psicólogo, mestre em Avaliação Psicológica pela Universidade de São Francisco e professor do Departamento de Psicologia da Universidade Tiradentes.

Aline Maria Cardoso Cruz é graduanda em Psicologia pela Universidade Tiradentes, SE.

Marília Almeida Nascimento é graduanda em Psicologia pela Universidade Tiradentes, SE.