



# Relações entre diagnósticos do CID-10 e características do processo de hospitalização de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal

Relations between diagnostic CID-10 and characteristics of the process of newborn hospitalization in neonatal intensive care unit

Relaciones entre los diagnósticos de la CID-10 y características del proceso de hospitalización de recién nacido em unidad de cuidados intensivos neonatales

*Janaina de Alencar Nunes\**

*Maria Cláudia Cunha\*\**

## **Resumo**

**Objetivo:** Comparar os diagnósticos do CID-10 com período de internação, permanência da mãe e ganho de peso de recém-nascidos (RN) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Métodos:** Pesquisa retrospectiva e quantitativa. Entre 40 RN: oito apresentaram CID P229 (com desconforto respiratório); 20 com CID P073 (recém nascidos pré-termo - RNPT) e 12 com CID P082 (recém nascidos pós-termo). Critério de seleção: RN internado há, no mínimo, dois dias; sem limite máximo de tempo. Os dados foram obtidos nos prontuários de fonoaudiologia de um Hospital Infantil, no período de janeiro a fevereiro de 2012. Análise dos dados: SPSS (versão 15.0), nível de significância de 0,05 (5%) e Teste de Kruskal-Wallis para cruzamento das variáveis. **Resultados:** No período de internação observou-se: valores de média e mediana maiores em relação ao tempo de internação do grupo CID P073; menores no grupo de CID P229 e valores intermediários no grupo CID P082. Permanência da mãe na UTIN: valores de média e mediana foram maiores no grupo CID P073 em relação aos grupos do CID P229. No grupo CID P082 observaram-se valores intermediários. Ganho de peso: valores da média e mediana no grupo P073 foram maiores em relação ao grupo P082. No grupo P229 observaram-se valores intermediários.

\*Fonoaudióloga. Doutoranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP); \*\*Fonoaudióloga. Professora Titular da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



Apesar das diferenças frequenciais entre os três grupos, comparativamente, não ocorreram resultados estatisticamente significantes no cruzamento das três variáveis. **Conclusão:** Embora não tenham ocorrido diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos quando comparados, as diferenças frequenciais sugerem a necessidade de estudos qualitativos em relação às variáveis estudadas.

**Palavras-chave:** Classificação Internacional de Doenças; ganho de peso; Terapia Intensiva Neonatal; tempo de internação.

### Abstract

**Purpose:** To compare the diagnostic CID-10 with hospitalization, mother permanence and weight gain of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (UCIN). **Method:** This was a retrospective and quantitative study. **Selection Criteria:** Babies hospitalized for at least two days, without establishment of maximum length of stay. Data were obtained from the files of the speech therapy of a Children's Hospital for the period January-February 2012. **Data analysis:** SPSS (version 15.0) and a significance level of 0.05 (5%) and Kruskal-Wallis test for crossing the variables. **Results:** During hospitalization it was observed: mean and median larger in relation to the time of hospitalization for the CID P073 group, lower in the group of CID P229. In the group of CID P082 intermediate values were observed. Permanency of the mother in the UCIN: mean and median values were higher in group CID P073 in relation to groups of CID P229. In the group CID P082 there were observed intermediate values. **Weight Gain:** the average and median values in the CID P073 were higher than in group P082. In the CID P229 group were observed intermediate values. Despite differences among the three groups compared, there were no statistically significant results at the intersection of three variables. **Conclusions:** Although there have been no statistically significant differences among the three groups compared, the frequencial differences suggest the need for qualitative studies in relation to variables.

**Keywords:** International Classification of Diseases; weight gain; Intensive Care, Neonatal; length of stay

### Resumen

**Objetivo:** Comparar los diagnósticos de la CID-10 con el período de hospitalización, el tiempo de permanencia de la madre y el aumento de peso del recién nacido (RN) en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). **Métodos:** Investigación retrospectiva y cualitativa. Entre 40 RN: ocho presentaron CID P229 (con malestar respiratorio); 20 CID P073 (recién nacidos prematuros); y 12 CDI P082 (recién nacidos a término). **Criterios de selección:** RN hospitalizado durante al menos dos días, sin límite de tiempo. Los datos fueron obtenidos de los archivos fonoaudiológicos de un Hospital Infantil, en el periodo enero-febrero de 2012. **Análisis de datos:** SPSS (versión 15,0), nivel de significación de 0,05 (5%) y prueba de Kruskal Wallis para el cruce de las variables. **Resultados:** Durante la hospitalización se observó: valores de media y mediana mayores en relación al tiempo de internación en el grupo CID P073; menores en el grupo CID P229 y valores intermedios en el grupo P082. **Permanencia de la madre en la UCIN:** valores de media y mediana más altos en el grupo CID P073 en relación al grupo P229. En el grupo ICD P082 se observaron valores intermedios. **Aumento de peso:** los valores de media y mediana en el grupo de P073 fueron mayores que en el grupo P082. En el grupo P229 se observó valores intermedios. A pesar de las diferencias de frecuencia entre los tres grupos, comparativamente, no hubo resultados estadísticamente significativos en el cruce de tres variables. **Conclusiones:** Aunque no ha habido diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos comparados, las diferencias de frecuencia sugieren la necesidad de realizar estudios cualitativos en relación a las variables estudiadas. de los niños no mostró dificultades en la introducción de alimentos. Nuevos estudios deberían investigar los beneficios de la ESMO en la infancia.

**Palabras clave:** Clasificación Internacional de Enfermedades; aumento de peso; Cuidado Intensivo Neonatal; tiempo de internación

## Introdução

Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>1</sup>.

De acordo com a CID-10, a idade gestacional do recém-nascido (RN) é classificada como termo – de 37 a 42 semanas de gestação; pré termo – menos de 37 semanas e pós termo – 42 semanas ou mais. Quanto menor a idade gestacional maior a probabilidade de risco para a mortalidade, abandono e problemas de saúde<sup>2</sup>.

Na rotina hospitalar, os RN pré-termo (RNPT) são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), devido às condições clínicas desfavoráveis e, conseqüentemente, são separados da mãe e demais membros da família<sup>3</sup>. Nessas circunstâncias, autores nomeiam a “crise da UTIN” como um processo de efeito desarticulador que se instala na relação da família com o RN, a partir do trauma da experiência de internação do bebê<sup>4</sup>.

Na maioria dos casos, os pais apresentam uma aceitação progressiva do RN, mas, até conseguirem se reorganizar, passam por estágios emocionais diversos: choque, tristeza, negação, revolta, resignação e adaptação<sup>5</sup>.

Pesquisas mencionam que o nascimento de um RNPT muitas vezes pode influenciar no estabelecimento do vínculo mãe-bebê e causar aumento do estresse materno<sup>6</sup>.

Estes dados sugerem que, durante a hospitalização, os padrões interativos da mãe com RNPT possuem menos reciprocidade, uma vez que o bebê apresenta comportamentos menos competentes e a mãe se mostra menos sensível ao comportamento do RN em comparação com RN a termo<sup>7</sup>.

Nesse contexto, RNPT têm sido descritos na literatura como mais predispostos a apresentarem dificuldades no comportamento social devido à sua vulnerabilidade biológica<sup>8</sup>.

A sobrevida de RN com idade gestacional e peso ao nascer baixos, acarreta um período de hospitalização prolongado em UTIN que, em geral, submete o bebê ao excesso de manipulação, repouso inadequado, luminosidade e sons intensos,

favorecendo o estresse e estimulação sensorial inadequada, podendo afetar a morbidade<sup>9</sup>.

Em um estudo realizado com pais de RN hospitalizados na UTIN, foram observados uma incidência maior de depressão materna em mães de RNPT<sup>10</sup>, além de altos níveis de ansiedade, depressão e hostilidade, revelando desta forma problemas de ajustamento psicossocial por parte dos pais<sup>11</sup>.

Esses dados reforçam a importância de se avaliar e fornecer suporte aos sentimentos maternos, no percurso entre o nascimento do RNPT até a alta hospitalar<sup>12</sup>.

Os serviços de saúde realizam capacitação da família para que ela assuma os cuidados com seu RN na melhor condição de saúde mental possível e, na qual os profissionais enfatizam a importância do preparo das mães ao longo da hospitalização e na alta hospitalar do RN. Pesquisas apontam que tais cuidados reduzem a ansiedade, aumentam a autoconfiança materna no cuidado domiciliar e favorecem as interações da família com a criança<sup>13</sup>.

Por sua vez, a literatura enfatiza que esses RN podem apresentar maiores riscos para distúrbios comportamentais, afetivos, cognitivos e sociais, bem como para alterações da atividade cerebral<sup>14</sup>.

Autores identificaram que o sono, choro, negativismo, desinteresse, comportamentos de regressão, ansiedade de separação, problemas de alimentação e agressividade ocorrem durante a internação das crianças no período de curto prazo; e também verificaram alterações da adaptação psicológica global como sequelas psicopatológicas durante a adolescência<sup>15</sup>. Contudo, o mesmo estudo menciona que os RN (antes dos 6 meses) possuem menor risco de perturbações, pois ainda não estabeleceram relação de vínculo forte que pudessem ser ameaçadas com uma separação breve.

Em relação ao tempo de hospitalização, pesquisa concluiu que as crianças hospitalizadas no período de mais de duas semanas, apresentaram reações importantes depois da alta<sup>16</sup>, e quando eram acompanhadas pelas mães, apresentavam melhores índices de adaptação ao ambiente hospitalar, redução de perturbações emocionais depois da alta, e menos complicações médicas no pós-operatório<sup>17</sup>.

Sabe-se que o ganho de peso do RNPT de baixo peso implica em melhoria de sua qualidade de vida e, conseqüentemente, aumenta a chance de receber alta hospitalar precoce, reduz os efeitos adversos da internação e insere o RN mais rapidamente no contexto familiar<sup>18</sup>.

Assim, para iniciar a amamentação em condições favoráveis, além das condições clínicas do bebê, a mãe precisa estar vinculada ao filho desde o nascimento e ser orientada adequadamente para poder sentir-se segura e ciente da sua função primordial para a evolução do RN<sup>19</sup>. Estabelece-se assim, uma abordagem biopsíquica para a avaliação da evolução dos RN.

A partir dessas considerações, o objetivo desta pesquisa é relacionar os diagnósticos do CID-10 com período de internação, de presença materna e ganho de peso de RN em uma UTIN.

## Material e Método

Trata-se de uma pesquisa retrospectiva e quantitativa.

### 1. Casuística

Durante o período de janeiro a fevereiro de 2012 foram levantados todos os prontuários de RN internados na UTIN do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA).

Como critérios de inclusão foram selecionados os RN internados por, no mínimo, dois dias, sem estabelecimento de limite máximo de tempo de internação; e que apresentaram como CID o código P229 (RN com desconforto respiratório não especificado); P073 (outros RNPT) e o P082 (RN pós-termo). Estas três classificações foram escolhidas para a pesquisa, pois aparecem com mais frequência na UTIN do hospital.

A amostra inicial foi constituída por 63 RN internados na UTIN do hospital, da qual 23 (36,50%) foram excluídos por apresentarem outros

códigos de CID-10. Portanto, foram selecionados os prontuários de 40 (63,49%) RN para o estudo.

Os RN selecionados foram distribuídos em três grupos de acordo com o CID-10, a saber: Grupo 1 (P229) com oito (20%) RN; Grupo 2 (P073) com 20 (50%) e Grupo 3 (P082) com 12 (30%) RN, respectivamente.

Local do estudo: O Hospital público é referência para RN de alto risco, possui 13 leitos de alto risco, seis de médio risco e seis de baixo risco, com média de 215 nascimentos por mês.

### 2. Procedimento

Após a seleção dos prontuários e categorização nos três grupos, procedeu-se à consulta do livro de registros do Setor de Fonoaudiologia da UTIN, para obtenção de informações sobre as variáveis: período de hospitalização (em dias); avaliação do tempo da presença da mãe junto ao RN na UTIN (dias) e ganho de peso até a alta hospitalar.

### 3. Análise dos resultados

Os valores obtidos para cada grupo foram estatisticamente analisados com auxílio do software SPSS/versão 15.0. Utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, estabelecendo-se nível de significância de 5% (0,05).

## Resultados

Dos 40 RN selecionados, oito (20%) RN faziam parte do Grupo de RN com desconforto respiratório; 20 (50%) do Grupo de Outros RNPT e 12 (30%) do Grupo de RN pós-termo. Na Tabela 1 é demonstrada a estatística descritiva das variáveis segundo os grupos do CID-10.

**Tabela 1- Estatísticas descritivas das variáveis de acordo com os três grupos estabelecidos a partir do CID-10**

Grupo	Variáveis	n	Menor Valor	Maior Valor	Mediana	Média	Desvio-padrão
P229	Tempo de internação (em dias)	8	3	42	8,50	11,25	12,85
	Presença da mãe (em dias)	7	3	10	6,00	6,00	2,83
	Ganho de peso	8	5	1155	185,00	328,75	371,31
	Percentual de ganho de peso (%)	8	0,25	53,47	5,71	15,20	18,44
P073	Tempo de internação (em dias)	20	4	45	15,00	19,25	12,85
	Presença da mãe (em dias)	19	2	38	8,00	13,89	11,32
	Ganho de peso	20	5	855	322,50	354,75	294,55
	Percentual de ganho de peso (%)	20	0,00	55,59	16,20	19,86	18,23

	Tempo de internação (em dias)	12	2	44	9,00	13,00	12,99
	Presença da mãe (em dias)	11	2	32	7,00	9,64	9,65
P082	Ganho de peso	12	8	2850	152,50	436,08	795,11
	Percentual de ganho de peso (%)	12	0,31	103,64	4,25	14,58	28,77

Legenda: P229: recém-nascido com desconforto respiratório não especificado, P073: outros recém-nascidos pré-termo e P082: recém-nascido pós-termo.

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos relacionando os três grupos de CID-10 quanto ao tempo de internação, presença da mãe, ganho de peso e percentual de peso.

**Tabela 2-Relações entre os 03 grupos CID-10 e as variáveis estudadas**

Variável	Grupos	Resultados do teste de Kruskal-Wallis	
		Postos médios	p-Valor
Tempo de internação	P229	15,81	0,096
	P073	24,48	
	P082	17,00	
Presença da mãe	P229	14,64	0,161
	P073	22,26	
	P082	16,14	
Ganho de peso	P229	20,06	0,708
	P073	21,93	
	P082	18,42	
Percentual de ganho de peso	P229	19,75	0,345
	P073	23,00	
	P082	16,83	

Teste de de Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ )

## Discussão

No presente estudo, observou-se que o tempo de internação na UTIN foi maior no grupo de outros RNPT (P073), em relação ao grupo de RN com desconforto respiratório (P229) e ao grupo de RN pós-termo (P082). Contudo, não foi verificada diferença estatisticamente significativa em relação a essa variável.

Considerando-se que o grupo de outros RNPT (P073) é composto por RN prematuros, esse dado corrobora o estudo que concluiu que esses bebês apresentam maior tempo de internação na UTIN devido às características físicas e funcionais imaturas<sup>20</sup> e maneira de evoluir quanto ao estado de saúde<sup>21</sup>.

Recente estudo avaliou a influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de RNPT, e os pesquisadores concluíram

que os bebês que permaneceram menor tempo internados na UTIN apresentaram desenvolvimento motor adequado para a idade corrigida, enquanto no grupo de RN que apresentaram maior tempo de internação, foi observado maior comprometimento motor<sup>22</sup>.

Reforçando o achado anterior, pesquisa relata que a hospitalização prolongada influenciou de forma negativa o desenvolvimento motor dos bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre<sup>23</sup>.

No presente estudo observou-se que o grupo dos RN com desconforto respiratório (P229) apresentou média de 11,25 dias de internação. Esse dado não foi encontrado na literatura, porém um estudo realizado na UTIN do Hospital de Mato Grosso, concluiu que as patologias respiratórias associadas à prematuridade e ao baixo peso ao

nascer foram as principais causas de internação de RNPT na UTIN<sup>24</sup>.

Quanto ao grupo dos RN pós-termo (P082), os bebês apresentaram média de 13 dias de internação. Estudos não mencionam essa variável, contudo, pesquisa relata que apesar da prematuridade ser a causa principal de internação do RN na UTIN, problemas como: malformações congênicas do sistema nervoso, do aparelho circulatório, do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário, deformidades congênicas do aparelho osteomuscular, anomalias cromossômicas, sífilis congênita, assim como problemas respiratórios transitórios e outras intercorrências associadas ao parto ou à doença gestacional materna também são encontradas na literatura como exemplos de causa de internação neonatal<sup>25</sup>.

Em relação ao tempo de permanência materna na UTIN, verificou-se que as mães do grupo dos RNPT (P073) permaneceram mais dias ao lado do bebê em comparação aos demais grupos avaliados. Quanto a esse aspecto, não constatou-se diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos.

Mas, é necessário ressaltar que a recuperação do bebê não depende somente dos cuidados da equipe de saúde, mas também do acolhimento dos familiares. A propósito, um estudo mostrou que quando o RNPT necessita de cuidados na UTIN, muitas vezes a mãe passa a ser uma mera expectadora dos cuidados especializados prestados pela equipe de profissionais da saúde<sup>26</sup>.

Desta forma, várias estratégias estão sendo realizadas para incentivar a mãe no cuidado do RN internado, porém muitas instituições não incorporaram sistematicamente essa conduta, devido à falta de preparo da equipe de profissionais<sup>27</sup>.

Pesquisa realizada com RNPT e suas famílias, com o objetivo de comparar grupo de RN que receberam acolhimento familiar com grupo que não recebeu, não constatou diferenças significativas na evolução de ambos, a curto prazo. Contudo, tal circunstância promoveu a melhora da qualidade das intervenções da equipe de enfermagem no primeiro grupo<sup>28</sup>. Reafirma-se, desta forma, a importância do envolvimento da família, especialmente da mãe, como parceira no cuidado do RN.

Quanto ao ganho de peso dos RN, não foram observadas diferenças estatísticas significantes entre os três grupos. Mas verificou-se prevalência de ganho de peso no grupo de RNPT.

A propósito, autores verificaram maior ganho de peso e de crescimento linear nos RN muito baixo

peso, que foram alimentados por via enteral com fórmula para pré-termo, exclusivamente, quando comparados com os alimentados com leite humano com aditivos<sup>29</sup>.

Considerando que o hospital onde foi realizada esta pesquisa possui um Banco de Leite Humano, o maior crescimento observado nos RNPT pode estar associado também à oferta do leite humano pasteurizado, o qual contém maior oferta energética. Esse dado confirma o estudo realizado na maternidade do Ceará, que ofereceu o leite humano hipercalórico para os RNPT<sup>30</sup>.

### Conclusão

Não houve relação do CID-10 com período de internação, de presença materna e ganho de peso de RN em uma UTIN.

Há necessidade de novos estudos em relação às variáveis estudadas, especialmente quanto à associação entre tempo de internação, presença materna na UTIN e ganho de peso nos diferentes quadros clínicos.

### Referências Bibliográficas

1. Di Nubila HBV, Buchalla CM. O papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(2):324-35.
2. CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997; 10(1).
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método mãe-canguru: manual do curso. Brasília (DF); 2002. (Série A: normas e manuais técnicos; n. 145).
4. Affleck G; Tennen H. Appraisal and coping predictors of mother and child outcomes after newborn intensive care. *Journal of Social and Clinical Psychology.* 1991; 10:424-447.
5. Brunhara F, Petean EBL. Mães e filhos especiais: reações, sentimentos e explicações à deficiência da criança. *Paidéia.* 1999; 9(16):31-40.
6. Moreira MEL, Braga NA, Morsh DS. (orgs). Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
7. Schermann L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo. *Temas em Psicologia da SBP.* 2001; 9(1):55-61.
8. Field T. Interaction and attachment in normal and atypical infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1987; 55:853-859.
9. Lando A, Klamer A, Jonsbo F, Weiss J, Greisen G. Developmental delay at 12 months in children born extremely preterm. *Acta Paediatr.* 2005; 94:1604-7
10. Brum EHMD, Schermann L. Intervenções frente ao nascimento prematuro: uma revisão teórica. *Scientia Medic., Porto Alegre: PUCRS.* 2005; 15(1): 60-67.

11. Doering LV, Moser DK, Dracup K. Correlates of anxiety, hostility, depression, and psychosocial adjustment in parents of NICU infants. *Neonatal Netw.* 2000; 19(5):15-23
12. Padovani FHP et al. Sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004; 26(4):251-4.
13. Pridham KA, Krolikowski MM, Limbo RK, Paradowski JB, Rudd N, Meurer JR, et al. Guiding mother's management of health problems of very low birth-weight infants. *Public Health Nursing.* 2006; 23(3):205-215.
14. Dawson G, Ashman S, Carver L. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol.* 2000; 12:695-712
15. Barros L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controle. *Análise Psicológica.* 1998;1(XVI):11-28.
16. Dombro R, Haas B. (1970). The chronically ill child and his family in the hospital. In: Debus-Key M. (Ed.), *The chronically ill child and his family* (pp. 163-180). Springfield, IL: Charles Thomas.
17. Wallinga J. Human ecology: primary prevention in pediatrics. *American Journal of Orthopsychiatry.* 1982; 52:141-145.
18. Cattaneo A. et al. Kangaroo. Mother care for low birthweight infants: a randomized controlled trial different settings. *Acta Paediatr.* 1998; 97(9):976-985.
19. Bomfim DAS, Nascimento MJP. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. *Rev Enferm UNISA.* 2007; 8:17-22.
20. Seki TN, Balieiro MMFG. Cuidados voltados ao desenvolvimento do prematuro: pesquisa bibliográfica. *Rev. Soc. Bras. Enfrem. Ped.* 2009; 9(2):67-75.
21. Costa MCG, Arantes MQ, Brito MDC. A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Rev. Eletr. Enf [Internet].* 2010; 12(4):698-704.
22. Giachetta L, Nicolau CM, Costa APBM, Zuana AD. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. *Fisioter Pesq.* 2010; 17(1):24-9.
23. Panceri C, Pereira KRGP, Valentini NC, Sikilero RHAS. A Influência da Hospitalização no Desenvolvimento motor dos bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA.* 2012; 32(2):161-8.
24. Filho LCF, Souza PRRS, Medeiros AA, Gutierrez SB, Meroy LSF, Mattos WW, Santos MLM. Perfil dos recém-nascidos pré-termos atendidos na unidade de terapia intensiva neonatal e unidade intermediária do hospital universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(Supl 1): 501
25. Donelli TMS. Considerações sobre a Clínica Psicológica com Bebês que Experimentaram Internação Neonatal. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia.* 2011; 4(2):228-241.
26. Araújo BBMA, Rodrigues BMRD. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(4):865-72.
27. Molina RCM, Marcon SS. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(4):856-64.
28. Byers JF, Lowman LB, Francis J, Kaigle L, Lutaz NH, Waddell T, Diaz AL. A quase-experimental trial on individualized, developmentally supportive family-centered care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.* 2006; 35(1):105-115.
29. O'Connor DL, Jacobs J, Hall R, Adamkin D, Auestad N, Castillo M, et al. Growth and development of premature infants fed predominantly human milk, predominantly premature infant formula, or a combination of human milk and premature formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2003; 37:437-46.
30. Cardoso MVLML, Moura LM, Oliveira MMC. Avaliação ponderal do recém-nascido pré-termo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de Cuidados Intermediários. *Cienc Cuid Saude.* 2010; 9(3):432-439.

**Recebido em março/13; aprovado em agosto/13.**

*Janaina de Alencar Nunes*

**E-mail:** [jananunes5@hotmail.com](mailto:jananunes5@hotmail.com)