

CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM-NASCIDOS EGRESSOS DA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE FAMILIARES

HOME CARE OF NEWBORNS DISCHARGED FROM INTENSIVE CARE UNIT: FAMILY PERCEPTION

CUIDADO DOMICILIAR DE RECIÉN NACIDOS EGRESADOS DE LA TERAPIA INTENSIVA: PERCEPCIÓN DE FAMILIARES

Caroline Sissy Tronco^I
Stela Maris de Mello Padoim^{II}
Eliane Tatsch Neves^{III}
Maria Celeste Landerdahl^{IV}

RESUMO: Na alta hospitalar de um recém-nascido de alto risco, os pais podem se sentir incapazes e inseguros para desempenhar seu papel. Objetivou-se conhecer as percepções dos familiares no cuidado domiciliar. Trata-se de uma pesquisa quantiquantitativa desenvolvida por meio de entrevistas com 20 familiares de recém-nascidos de alto risco em acompanhamento ambulatorial em hospital de ensino no Rio Grande do Sul, Brasil, nos meses de março e abril de 2007. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a análise temática, emergindo as seguintes categorias: cuidados com o bebê no domicílio; a rede social e a mediação da enfermagem. Recomenda-se o trabalho conjunto da equipe de saúde para estimular a presença e a postura ativa dos pais durante a internação do recém-nascido de risco, possibilitando a promoção dos cuidados domiciliares de seus filhos.

Palavras-Chave: Enfermagem; saúde da criança; recém-nascido; cuidado do lactente.

ABSTRACT: Hospital discharge of high risk newborns can bring their parents feelings of insecurity and incapacity to go about their babies' care. This study aimed at identifying the family's perception of home care of those newborns. It is a quantitative and qualitative piece of research. It was developed through interviews with 20 relatives of high risk newborns on out-patient assistance at a teaching hospital in Rio Grande do Sul, Brazil, in March-April, 2007. Data were treated with thematic analyses. The following categories were identified: taking care of newborn at home; social net; and mediation of nursing. Conclusions recommend the joint work of health professionals in order both to stimulate the parents' active participation during high risk newborn hospitalization and to facilitate home care of their children.

Keywords: Nursing; child health; newborn; infant care.

RESUMEN: En la alta hospitalaria de un recién nacido de alto riesgo, los padres pueden sentirse incapaces e inseguros para desempeñar su papel. En ese sentido, buscamos conocer las percepciones de los familiares en el cuidado domiciliar. Se trata de una investigación cuantitativa y cualitativa desarrollada por medio de entrevistas con 20 familiares de recién nacidos de alto riesgo en acompañamiento ambulatorial en hospital de enseñanza en el Rio Grande del Sur, Brasil, en los meses de marzo y abril de 2007. Para el tratamiento de los datos, fue utilizado el análisis temático, emergiendo las siguientes categorías: cuidados con el bebé en el domicilio; la red social y la mediación de la enfermería. Se recomienda el trabajo conjunto del equipo de salud en el sentido de estimular la presencia y la postura activa de los padres durante la internación del recién nacido de riesgo, posibilitando la promoción de los cuidados domiciliares de sus hijos.

Palabras Clave: Enfermería; salud del niño; recién nacido; cuidado del lactante.

INTRODUÇÃO

O nascimento de um recém-nascido (RN) com problemas que impliquem risco para sua integridade origina desapontamento e sentimentos de incapacidade, culpa e medo da perda por parte dos pais. Es-

ses sentimentos podem levar ao distanciamento entre os pais e seu filho¹. Quando esse RN necessita ficar internado em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), tais sentimentos, somados ao

^IEnfermeira. Professora do quadro temporário do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: carolinetronco@yahoo.com.br.

^{II}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: stelamaris_padoim@hotmail.com.

^{III}Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elianeve@terra.com.br.

^{IV}Enfermeira. Mestre. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e cuidado. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: mclander@smail.ufsm.br.

distanciamento, podem se agravar, tendo em vista que seus pais não podem permanecer no ambiente.

O recém-nascido fica em um local cujo acesso é restrito, podendo permanecer ligado ou não a aparelhos, dependendo do tratamento a que é submetido. Isso dificulta o contato com o meio familiar, especialmente com seus irmãos e demais familiares. Essa restrição inclui o contato físico com a família, que surge como resultado do receio em tocar um ser tão pequeno e frágil conectado a equipamentos desconhecidos e, muitas vezes, assustadores. Com isso, a família passa a ver o recém-nascido internado como pertencente à equipe de saúde, tornando-se cada vez mais insegura para estabelecer vínculo².

Contudo, a inclusão da família nesse cuidado, durante a internação, poderá facilitar o estabelecimento de comunicação e fortalecimento do vínculo afetivo. Da mesma forma, contribuirá para que os familiares possam cuidar de seus filhos após a alta hospitalar.

A alta hospitalar para os familiares de recém-nascido de alto risco é um momento almejado, mas também gerador de desgaste emocional e físico, considerando-se que, na maioria das vezes, essa criança poderá necessitar de cuidados especiais para manutenção de sua saúde.

Durante semanas ou até meses, os familiares veem seu filho ser cuidado por pessoas capacitadas, que poderiam detectar e resolver quaisquer intercorrências. É natural que se sintam incapazes e inseguros para desempenhar esse novo papel; por isso, a qualidade dos cuidados no seguimento de atenção à saúde da criança é fundamental³. Nesse sentido, questionou-se: qual a percepção dos familiares para o cuidado domiciliar dessas crianças?

Com a intenção de responder a essa pergunta, foi desenvolvida esta pesquisa com familiares de crianças que estiveram internadas na UTIN de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, as quais se mantinham em tratamento ambulatorial após a alta hospitalar. A investigação teve como objetivo: conhecer as percepções de familiares no cuidado ao RN de alto risco após a alta hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

A finalidade da terapia intensiva neonatal é proporcionar ao RN melhores condições de adaptação à vida extra-uterina, sob o ponto de vista físico, emocional e espiritual. Deve-se prestar assistência especializada e multiprofissional ao RN e sua família, com o objetivo de não só reduzir a morbimortalidade neonatal, como também desenvolver atividades de ensino e pesquisa.

Nessa unidade a equipe encontra todos os avanços que a ciência e a tecnologia disponibilizam para

o desenvolvimento do cuidado integral. Espaço onde o enfermeiro assume várias funções complexas que envolvem a administração de medicamentos, o cuidado com a pele, o controle da dor e sedação, o controle térmico, os distúrbios respiratórios, cardíacos, neurológicos e gastrointestinais, entre outras.

Contudo, destacam-se as ações educativas, desenvolvidas com base no cuidado centrado na família, em que os pais são participantes ativos desde a admissão até a alta hospitalar⁴. Quando os familiares deverão estar preparados para cuidar da criança no domicílio, visto que ela necessitará de cuidados especiais temporários ou permanentes². Desse modo a assistência aos pais e sua participação nos momentos de cuidados a criança são prioritários nas unidades neonatais⁵.

Nessa tríade enfermeiro-criança-familiar, o cuidar necessita de uma reflexão com vistas aos princípios éticos. Esses remetem ao fato de prestar informações adequadas à família⁶. Assim, as orientações deverão ser concisas, claras e simples de entender. A enfermagem na UTIN deverá estar atenta aos fatores emocionais, como medo e ansiedade, os quais poderão interferir nesse processo.

Durante a internação, suscita-se o cuidado domiciliar, o que poderá ser esperado e ambicionado ou ser motivo de apreensões e preocupações dos familiares, pois, apesar de a criança estar em condições de alta ainda, ela apresenta uma certa fragilidade clínica⁷. Assim, objetiva-se com a inclusão da família nesse cuidado prepará-la para detectar possíveis intercorrências, com vista a minimizar a morbidade e proporcionar um desenvolvimento e crescimento infantil adequado².

METODOLOGIA

Pesquisa quantiquantitativa e descritiva, na qual se analisou o perfil demográfico, social e clínico dos sujeitos. Desenvolvida com familiares de crianças egressas da UTIN de um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. O critério de inclusão foi estar em acompanhamento ambulatorial na mesma instituição. Foram desenvolvidas entrevistas semiestruturadas com 20 familiares, nos meses de março e abril de 2007. O convite para participação na pesquisa foi realizado na sala de espera do referido ambulatório, de modo aleatório. O número de entrevistados foi delimitado pela saturação temática dos dados⁸.

Os aspectos éticos atenderam às recomendações da Resolução n^o 196/96⁹. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob número CAEE n^o 0023.0.243.000-07. Aos participantes do estudo foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Es-

clarecido, para dar início às entrevistas e à utilização dos depoimentos com garantia de sigilo, anonimato, privacidade e confidencialidade. Os depoimentos foram apresentados por meio de códigos para nominar os sujeitos com a letra E de entrevistados.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise temática, que se constituiu de três etapas: ordenação, classificação dos dados e análise final¹⁰. A fase de pré-análise consistiu da transcrição dos dados e de sua leitura exaustiva, a fim de determinar as unidades de registro: frases ou palavras-chave que aparecem com certa frequência nos depoimentos.

A partir daí, procedeu-se à exploração do material por meio de recortes de fragmentos do texto e agregação dos dados no intuito de construir as categorias empíricas responsáveis pela especificação dos temas. Na etapa final, foram realizados o tratamento dos resultados obtidos e a sua interpretação, procurando articular o material estruturado dos depoimentos e o referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram 20 sujeitos participantes do estudo, os quais se caracterizaram por ser, na totalidade, mulheres, mães das crianças. Em relação à situação obstétrica, a idade das mulheres respondentes variou de 15 a 20 anos (4), de 21 a 25 (6), de 26 a 30 (5) e acima de 30 (5). Quanto à idade gestacional, os RN, em sua maioria, eram prematuros (16), nascidos de parto cesáreo (13). Todas as mães referem ter realizado pré-natal; algumas referiram ter realizado somente três consultas e outras até 14 consultas.

Em relação às questões sociais, tem-se que 14 são casadas, 12 não trabalham nem estudam. Quanto à escolaridade: analfabeta funcional (1); ensino fundamental incompleto (5) e completo (3); ensino médio incompleto (3) e completo (7); ensino superior incompleto (1).

Da análise temática das entrevistas, emergiram duas categorias: *cuidados com o bebê no domicílio e a rede social e a mediação da enfermagem*.

1ª Categoria

Emerge dos depoimentos a categoria denominada *cuidados com o bebê no domicílio*. Para algumas famílias, o nascimento de uma criança antes do tempo caracteriza um momento de crise. Diante disso, desencadeia-se uma série de sentimentos, entre eles, de culpa, ansiedade, preocupação e confusão¹¹.

Sou mãe de primeira viagem e isso me deixa muito mais nervosa. (E8)

[...] sinto muita ansiedade na hora de cuidar dele em casa [...] (E19)

Os enunciados anteriores apontam para a reflexão da importância da interação entre a família e a criança, desde o momento da internação até a alta hospitalar. Destaca-se o depoimento de uma primigesta que se sente insegura em ter que cuidar sozinha de seu bebê após a alta hospitalar.

O medo do desconhecido gera comportamentos que podem interferir no contato com a criança. Essa é uma situação que reforça a importância de a enfermeira estimular os familiares a prestarem cuidados para as crianças ainda na UTIN. No ciclo familiar, a chegada de uma criança pode ser a fase que provoca mudanças profundas, ou que se apresenta como um desafio para as famílias¹².

No caso de um recém-nascido prematuro ou doente, ocorre uma mudança súbita na vida da família, especialmente da mãe, que, num curtíssimo espaço de tempo, se torna acompanhante do filho, sem que esteja preparada para essa mudança, quase sempre permeada de muito sofrimento¹³. Esses sentimentos e sofrimento puderam ser evidenciados em alguns depoimentos, como na hora de amamentar.

[...] o bebê não sugava muito bem porque tinha começado a mamar na mamadeira, daí ficou difícil fazê-lo trocar pelo peito. (E8)

[...] o tempo muito grande que ele ficou internado e a ansiedade em saber que meu filho teria que fazer uma cirurgia [sendo]tão pequeno, secou meu leite e eu não consegui mais amamentar no seio [...] (E9)

[...] pois como ele começou a mamar na mamadeira foi difícil fazer ele pegar o peito [...] (E19)

O aleitamento materno em bebês pré-termo, quando comparado com a população de bebês a termo normais, é mais difícil de ser iniciado e mantido. Entre os fatores que o dificultam, pode-se citar: a separação prolongada da mãe e do bebê, a ansiedade e o estresse materno, o manejo dos profissionais no suporte à amamentação, a diminuição da produção de leite, a insegurança que a própria mãe tem sobre a qualidade de seu leite e o comportamento alimentar imaturo do recém-nascido pré-termo¹⁴. Tais fatores permitiram compreender as mães na hora de amamentar.

Para amenizar tal situação, destaca-se a importância da comunicação entre o serviço de atenção terciária e a atenção básica como forma de dar suporte às mães que têm dificuldade em manter a amamentação. O acompanhamento dessas crianças após a alta hospitalar ainda é limitado, na realidade brasileira, no que se refere ao conhecimento tanto da evolução dessas crianças, como das intervenções voltadas para suas peculiaridades e de sua família. Há, assim, uma lacuna na atenção interdisciplinar para o manejo no cuidado após a alta hospitalar³.

Outra estratégia é incentivar a mãe a acompanhar o bebê durante a hospitalização. Dessa forma, o

vínculo com o seu filho poderá ser maior, possibilitando bem-estar, tranquilidade e segurança – condições importantes na manutenção da amamentação. Porém, isso não significa que as mães tenham sucesso na manutenção da amamentação, uma vez que existem outras variáveis no contexto de vida de cada família, as quais podem dificultar a prática da amamentação.

Outras situações que desencadeiam medo e insegurança foram apontadas no momento de prestar os cuidados com o bebê.

Eu tinha medo de machucar a criança (no banho) [...] (E7)

[...] tinha medo que apodrecesse (o coto umbilical) ou então que não fosse cair e ela tivesse que voltar para o hospital. (E2)

Mesmo já tendo outros filhos, as mulheres participantes do estudo não se sentiram preparadas com relação ao cuidado na hora do banho e na higiene do coto umbilical. Uma das maneiras de auxiliá-las nesses cuidados é oferecer assistência pré-natal de qualidade, na qual a mulher seja acolhida com respeito em sua integralidade, tendo a possibilidade de sanar dúvidas como forma de viver sua gestação e período pós-natal com tranquilidade e segurança.

É necessário intervir nessas situações, mesmo que seja uma tarefa difícil. A equipe de saúde deve estar presente no acompanhamento desde o momento da chegada da gestante para a realização do pré-natal até a evolução da criança e da família durante a internação.

Nesse sentido, a assistência multiprofissional poderia ser uma maneira de promover o cuidado domiciliar. Para que essa assistência ocorra, é importante a participação de outros profissionais, além do enfermeiro, possibilitando a complementaridade de ações oferecidas à criança e sua família durante o período de internação¹.

Será importante a abordagem do cuidado centrado na família, o qual se estrutura no conhecimento detido pelos enfermeiros sobre cada família em particular, com atenção especial às especificidades desenvolvidas em cada situação¹⁵. Desse modo, os cuidados poderão ser inseridos no contexto sociocultural de cada família.

O fato de o bebê ser percebido pelos familiares como sensível e/ou muito pequeno também foi demonstrado como motivo de ansiedade e medo.

Ela era muito pequena, mas com não tinha ninguém para me ajudar tive que perder o medo sozinha. (E13)

As mulheres informam que, nessa unidade, têm sido acolhidas de maneira calorosa. As enfermeiras incentivam-nas a permanecer junto de seu filho o maior tempo possível. Sua função durante a internação deveria ser a extensão de seu papel desempenhado em casa: dar conforto, carinho e tranquilidade; eram esti-

muladas a pegar no colo, banhar, alimentar, trocar fralda, conversar, preparando-se para o momento da alta. No entanto, deve-se atentar que muitas delas precisam ser encorajadas para ficarem mais seguras ao cuidar da criança em seu domicílio.

Com isso, percebeu-se a importância de o enfermeiro interagir com os familiares, bem como conhecer a família como um todo, pois o cuidado integral inclui a família como objeto do cuidado¹⁶. Destacou-se que, algumas vezes, acompanhar os pais com uma maior proximidade durante a internação também possibilitou melhor assistência à criança.

2ª Categoria

Emerge dos depoimentos a categoria denominada *a rede social e a mediação da enfermagem*. As experiências anteriormente vividas e o apoio que elas tiveram no momento de cuidar da criança na terapia intensiva podem determinar a maneira de cuidar desse filho em casa.

Sabe-se que as mães que vivenciam o processo de prematuridade do filho podem reagir de diferentes formas à situação. Algumas parecem se entregar totalmente à criança, mantendo um intenso envolvimento. Assim, a presença materna na unidade neonatal não deve ser somente permitida ou tolerada, mas também valorizada pela equipe como importante para a manutenção dos cuidados à criança após a alta^{5,11}.

[...] acho que uma coisa que me ajudou muito foi ter acompanhado o meu filho enquanto ele estava na UTI, assim fui perdendo o medo de trocar a fralda, dar banho e outras coisas que fui aprendendo lá, se não tivesse ficado com ele lá teria sido bem mais difícil. (E19)

Nesse enunciado, evidencia-se que acompanhar a internação é importante para que as familiares se sintam mais seguras em cuidar da criança, pois vão perdendo o medo, sanando as dúvidas e aprendendo maneiras mais fáceis de cuidar.

Por outro lado, deve-se atentar para o fato de que nem todas as mães podem acompanhar seu filho. Alguns fatores podem ou não determinar a permanência ou afastamento da mãe num momento de crise como é o da hospitalização. Fatores externos, como a estrutura familiar, a existência de outros dependentes além da criança hospitalizada, a sua inserção no meio social e as atividades cotidianas que desempenham podem ser impeditivas na permanência durante a internação.

Tais fatores devem ser considerados sem o julgamento de que haja desinteresse pela criança, quando essa está sozinha no hospital. Deve-se entender quais são os impedimentos dessa família e planejar com ela uma sistemática que permita a sua presença o máximo de tempo que dispuser, pois, como se pôde

observar neste estudo, a importância da permanência da mãe com seu filho durante a internação facilita o cuidado e a interação da mãe com o bebê no domicílio.

A ajuda recebida de outras pessoas, ter outro filho e já ter cuidado de crianças anteriormente foram considerados como facilitadores no cuidado.

[...] a avó da criança cuida muito dele e não sobra muita coisa para eu fazer, assim fica bem fácil [...] (E4)

[...] tive o apoio da minha avó, ela é as minhas duas mãos [...] (E8)

[...] sempre podemos contar um com o outro, como ele já tem outros filhos do casamento anterior ele me ajuda muito e me deixa muita segura. (E15)

[...] posso contar muito com a ajuda de minha filha mais velha para cuidar do bebê [...] (E18)

[...] sem falar que posso contar com a ajuda de minha mãe que mora comigo [...] (E20)

[...] já cuidei de cinco filhos; esse eu tirei de letra. (E1)

[...] antes de meu filho eu era babá, isso serviu como uma experiência bem boa [...] (E16)

Pode-se perceber a importância da rede familiar que cerca a mãe, contribuindo para o cuidado domiciliar, pois o nascimento de uma criança com problemas, sejam quais forem, constitui um momento decisivo. A maneira como a família enfrenta esse fato será uma situação de unidade ou de desorganização familiar. Neste estudo, o apoio da família foi um recurso fundamental e o primeiro a ser acessado pelas mães, sendo uma situação de unidade^{1,16,17}.

A presença do enfermeiro no momento dos cuidados (à criança) durante a internação interfere na formação do vínculo da família tanto com a equipe como com a criança¹⁵. Com isso, pode-se perceber as necessidades individuais na promoção do cuidado domiciliar.

O acompanhamento dos familiares durante a internação da criança e também as orientações no momento da alta foram importantes, conforme relatado pelas mulheres. A função da enfermagem no desenvolvimento de ações educativas torna-se fundamental, a partir do conhecimento e da abordagem do apego mãe-filho e das relações interpessoais da família¹⁶. Deve-se cuidar preservando a singularidade de cada família, a qual tem suas crenças e valores, como formas de conhecimento advindas dos hábitos de vida¹⁸, que podem ser usados no momento de preparar os familiares para cuidarem de suas crianças em casa.

[...] tudo o que ouvi lá na UTI procurei colocar em prática da melhor maneira possível, e isso só facilitou a minha vida. (E18)

[...] as orientações que tive na UTI me ajudaram bastante e me deixaram atenta às coisas que eu teria que cuidar nela. (E15)

[...] todas as enfermeiras me ajudaram muito, iam me explicando tudo conforme o que ia acontecendo, fiquei bem tranquila e segura durante a internação. (E10)

[...] foi muito bom ter podido acompanhar a internação, assim, qualquer dúvida que eu tinha ia tirando lá mesmo na hora [...] (E1)

[...] por ter acompanhado meu filho durante a internação pude tirar as dúvidas com as enfermeiras na hora em que elas apareciam e também ajudou a perder o medo de fazer as coisas com o nenê [...] (E8)

Com isso, ressalta-se a importância de o enfermeiro interagir com os familiares, não só conhecer a família em sua condição socioeconômica, como ela é constituída, o seu funcionamento, como também suas experiências, vivências e redes sociais. Ainda, somadas as expectativas dos familiares, considera-se a família como objeto de cuidado integral¹⁶. Destaca-se que, algumas vezes, acompanhar os pais com uma maior proximidade durante a internação também possibilita melhor assistência à criança.

CONCLUSÃO

No presente estudo, identificou-se as mulheres mães como principais responsáveis pelo cuidado domiciliar aos RN egressos da terapia intensiva. Elas apresentaram dificuldades no desenvolvimento do cuidado domiciliar relacionado à manutenção do aleitamento materno exclusivo e aos cuidados com o coto umbilical.

As mulheres assinalaram a mediação da equipe de enfermagem durante a internação como uma grande aliada para a construção dos conhecimentos referentes ao cuidado domiciliar de crianças consideradas clinicamente frágeis pelas condições de seu nascimento.

Assim, compreendeu-se que a promoção do cuidado domiciliar deve iniciar durante a internação. Além disso, os profissionais devem incluir a família, sempre que possível, nos cuidados prestados à criança. Por meio de ações educativas, podem contribuir com os familiares que serão futuros cuidadores domiciliares. O impacto dessa atividade reside na minimização de complicações no estado de saúde da criança e do número de reinternações hospitalares.

Percebeu-se, também, a importância da convivência e do acompanhamento das mães durante o período de internação, somados ao acolhimento e aos esclarecimentos durante os cuidados realizados pelo enfermeiro.

Com isso, reforça-se a importância da presença e da postura ativa dos familiares durante a internação,

uma vez que essa condição permite a promoção de cuidados domiciliares. Nessa perspectiva, sugere-se um olhar mais atento no sentido de observar reações que possam denotar insegurança da mãe ao tocar seu filho durante a internação. Por fim, compreendeu-se que contar com o apoio da rede familiar implicou um aprendizado ao prestar os cuidados no domicílio.

REFERÊNCIAS

- 1.Oliveira BRG, Collet N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1999; 7:95-102.
- 2.Cabral IE, Moraes JRMM, Santos FF. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições de ensino e a demanda de cuidados especiais. *Esc Anna Nery Rev de Enferm*. 2003; 7:210-7.
- 3.Viera CS, Mello DF. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Rev Texto e Contexto*. 2009; 18:74-82.
- 4.Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
- 5.Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta Paulista*. 2009; 22:24-30.
- 6.Coelho LP, Rodrigues BMRD. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:188-93.
- 7.Neves ET, Cabral IE. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2008; 29:182-90.
- 8.Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(1):17-27.
- 9.Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Normas para a pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasília (DF): CNS; 2000.
- 10.Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 11.Araujo BBM, Rodrigues BMRD, Rodrigues EC. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freiriana. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:180-6.
- 12.Berthoud CME. Visitando a fase de aquisição. In: Cerveny CMO; Berthoud CME. *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.29-58.
- 13.Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos a vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bra Saúde Mater Infant*. 2006; 6(1):47-57.
- 14.Delgado SE, Halpern R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. *Pró fono Rev Atualização Científica*. 2005; 17(2):141-52.
- 15.Wernet M, Ângelo M. A enfermagem diante das mães na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev enferm UERJ*. 2007; 15:229-35.
- 16.Kamada I, Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40:404-11.
- 17.Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. Abordagem da fenomenologia sociológica na investigação da mulher que amamenta. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:2-6.
- 18.Rolin KMC, Cardoso MVLML. O discurso e a prática do cuidado ao recém nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006;14: 85-92.