

# PERCEPÇÕES FAMILIARES FRENTE A ALTA DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Djeniffer Yasmin Rzigoski<sup>1</sup>

Paulo Mix<sup>2</sup>

**RESUMO: Objetivo:** compreender quais as principais dúvidas da família quanto aos cuidados a serem realizados em domicílio com o RNPT. **Metodologia:** pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com utilização de grupo focal (GF), desenvolvida com quatro 4 mães e um pai com os respectivos filhos internados na UTIN; e uma mãe e pais com os filhos em casa, com a alta da UTIN ocorrida nos últimos 3 meses, por meio da utilização de um roteiro com ideias disparadoras para subsidiar o debate de acordo com os objetivos do estudo. Para tratamento dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** A prematuridade e a internação na UTIN representam um período complexo na vida dos pais, ocasiona um misto de sentimentos, como insegurança, medo, sofrimento e impotência. **Conclusão:** A alta hospitalar requer um planejamento, seguidamente de um plano de cuidados, envolve um processo a ser desenvolvido durante toda a internação. As UTIN têm o papel de guiar as famílias durante a internação para o papel de cuidadores dos seus filhos, e auxilia-los a passarem por esse período extremamente estressante de hospitalização. Incluir a família na assistência do prematuro, permitindo a participação nos cuidados dele, pois a medida que os pais são inseridos nesse contexto as dificuldades de terem que assumir o cuidado cotidiano do filho torna-se menor.

**Palavras-chaves:** prematuridade, alta, UTI Neonatal, internação, pais, família.

## 1. INTRODUÇÃO

A família compõe-se uma entidade social extremamente importante, e o período de concepção e constituição de filhos é um evento notável para a formação do contexto familiar. Nessa fase, a mulher passa por períodos de adaptações e sentimentos que se manifestam diante

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º semestre do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas Machado de Assis. E-mail: djerzigoski@gmail.com

<sup>2</sup> Docente do Curso de Enfermagem das Faculdades Integradas Machado de Assis. E-mail: paulomix@fema.com.br

[Digite aqui]

das especificidades e modificações que ocorrem no corpo materno, durante a gestação e o nascimento do bebê. Assim, o período gravídico e puerperal, são momentos vivenciados com ansiedade materna em seu contexto familiar, pois preparam-se para a chegada do bebê a um ambiente repleto de expectativas, crenças, valores e metas, as quais possuem influência na formação do novo ser humano em pleno desenvolvimento. É nesse ambiente que irá acontecer as primeiras relações da criança que são muito importantes para o seu desenvolvimento, pois os laços afetivos criados no meio familiar, tem influência positiva, possibilitando o ajustamento do indivíduo frente aos diversos ambientes que participará (CECAGNO, et. al, 2020).

A formação do binômio mãe e filho, e a criação de vínculo, ocorre gradativamente iniciando com a gestação, e sofre influências de diversos fatores, sendo consolidada no período pós-natal, o que propicia uma afinidade estruturada em expectativa, consolidadas com a figura do bebê imaginário (SILVA, et. al, 2020). Durante a gestação, a família deseja o nascimento de um bebê saudável, em que será possível levá-lo para o domicílio após o nascimento, todavia, quando são separados do filho decorrente da necessidade de hospitalização, a euforia da chegada do novo ser, dá lugar a sentimentos que expressam medo, frustração, culpa e ansiedade (SILVEIRA, 2019). Dessa forma, os pais vivenciam um estado inicial de choque desencadeado pelo nascimento inesperado de uma criança em condições adversas, além de serem confrontados por uma realidade que difere da idealizada por eles, caracterizada por um recém-nascido de aspecto frágil que necessita de cuidados específicos (SILVEIRA, 2019).

Assim, o nascimento de um recém-nascido prematuro poderá levar a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a conseqüente separação abrupta da família, que passa a conviver com sentimentos de incerteza, ansiedade e dor, vivenciado principalmente pela figura materna. As condições de instabilidade fisiológicas do bebê associada aos diversos equipamentos necessários no contexto de uma terapia intensiva corroboram para o impacto na vida dos pais, causando incertezas quanto a evolução clínica (CECAGNO, et. al, 2020). Diante disso, a internação institui-se como um complicador, pois afasta dos pais o papel parental de cuidado, a favor das necessidades de cuidados médico ao RN (SILVA, et. al, 2020).

Nesse contexto, o recém-nascido pré-termo (RNPT) é definido por aquele nascido com idade gestacional inferior a 37 semanas ou 259 dias completos de idade, considerado um recém-nascido (RN) de risco, pois está exposto a situações em que existe um risco aumentando para uma evolução desfavorável, o que justifica a demanda de atenção prioritária e especializada, pois o nascimento prematuro constitui-se como um evento complexo (SILVA, et. al, 2020).

A internação na UTIN desperta nos familiares sentimentos baseados na angústia e impotência diante da iminente possibilidade de óbito da criança, assim como o período

prolongado de internação pode interferir de forma negativa no fortalecimento de vínculo mãe-filho, bem como no desenvolvimento das habilidades da progenitora e sua família para o cuidado ao prematuro pós-alta. A forma como a família irá lidar ante os sentimentos aflorados na internação do filho, é e será moldado consoante ao suporte que receberão dos profissionais, em que, quanto maior o apoio oferecido, menor a ansiedade familiar (SCHMIDT, et. al, 2013).

Assim, a família possui um papel extremamente importante durante toda a internação, e deve ser vista pelos profissionais como elemento chave dentro do cuidado ao RN pois o estabelecimento de vínculo entre pais e filho prematuro é fundamental, em que, o contato físico, a interação através da fala e canto com o RN, provoca benefícios para o crescimento e desenvolvimento da criança (RODRIGUES, et. al, 2019). Para que a família consiga estabelecer vínculo com o RN faz-se necessário que os profissionais de saúde promovam assistências eficientes durante esse processo, propiciando a participação dos pais de forma efetiva para contribuir e intensificar o vínculo entre os pais e bebês, observando a singularidade de cada caso, pois cada família reagirá influenciados pelas suas culturas e vivências (RODRIGUES, et. al, 2019 e LIMA, et. al, 2017).

Apesar da hospitalização do RNPT, na maioria dos casos constituir-se em um processo de longo prazo, espera-se que o resultado favorável seja a alta do paciente, o que torna evidente a necessidade e a importância dos pais principalmente no pós-alta, pois a prática adquirida ainda no hospital é substancial para o cuidado do RN no âmbito domiciliar, pois envolvendo a família no cuidado direto ao RNPT não somente promove o vínculo parental, mas reduz o medo dos pais após a alta (VERONEZ, et. al, 2017). Dessa forma o preparo dos pais para a alta hospitalar, deve ser estimulado tão logo se dá a internação do RNPT na UTN, para que a construção do vínculo seja estabelecida e fomentada. Tendo em vista que as lacunas nessa interação e afetividade familiar, associada a insuficientes desenvolvimentos do apego, pode facilitar que conexões cerebrais não se desenvolvam adequadamente, levando a gênese para deficiências nas habilidades cognitivas e afetivas (SILVA, et al. 2020)

É importante destacar que a figura do profissional de enfermagem é um elemento que possui singular importância no processo de internação do RNPT, pois é ele o responsável pelo cuidado direto ao RN hospitalizado. Através das suas práticas de saúde, é possível estimular o elo entre as famílias e bebês, buscando construir a autonomia para o cuidado materno (SILVA, et. al, 2020).

A preocupação para garantir a qualidade na assistência voltada às necessidades do binômio mãe-filho, suscita a necessidade para identificar quais os problemas subjetivos, para consecutivamente realizar planejamentos e ações direcionada a singularidade de cada caso.

Tendo em vista que a escuta é um dos recursos assistencial que a equipe de enfermagem pratica, percebe-se a necessidade de direcionar o processo da alta do RNPT de acordo com as dúvidas, sentimento e ansiedades da família nos diversos momentos durante a hospitalização, pois orientações realizadas sem considerar as subjetividades de cada família e o seu RN poderá repercutir no processo de ensino/aprendizagem de forma ineficaz (SCHMIDT, et. al. 2013).

Assim, para atender as reais necessidades de aprendizado da família, de forma a habilita-la para a continuidade dos cuidados do RNPT no ambiente domiciliar, é preciso desenvolver processo de planejamento para a alta. Com o intuito de desenvolver habilidades da família com o cuidado direto com o neonato, diminuir níveis de estresse familiar, evitar reinternações e identificar os recursos disponíveis comunitários para que se tenha seguimento após a alta hospitalar (SCHMIDT et. al. 2013).

Com a superação da fase de hospitalização, as famílias enfrentam um novo desafio; a alta do RNPT, apesar de que é um momento muito esperado, associa-se a um de maior responsabilidade, seguido pelos sentimentos de insegurança e medo de cuidar do filho no domicílio sem suporte tecnológico e apoio da equipe hospitalar 24h. Nesse panorama, as vezes as famílias são conduzidas ao cuidado com o filho prematuro sem preparo específico, e esclarecimentos suficientes para prestar esse cuidado e, para a tomada de decisão frente as possíveis alterações no desenvolvimento dessa criança, ou em situações que indiquem a necessidade de buscar atendimento nos serviços de saúde (SCHMIDT et. al. 2013).

Falhas no processo de comunicação e do apoio informal ofertados pelos profissionais, associado a informações insuficientes na linguagem técnica, podem ser um dos obstáculos para o entendimento dos pais perante as orientações recebidas, causando distorções de realidades. Torna-se assim, o itinerário da prematuridade um percurso conflituoso, da internação até a inserção do filho no ambiente familiar no domicílio. Portanto, para existir uma transição satisfatória da UTIN para o domicílio, é primordial assegurar e promover o estabelecimento da família junto ao cuidado do prematuro. Assim sendo, os profissionais de saúde, detém papel importante no preparo e estímulo dessa família, durante a internação na UTIN bem como no período que antecede a alta (SCHMIDT et. al. 2013 e LIMA, et. al. 2017).

Nesse contexto, surge a questão que norteia este estudo: **como os pais de RN pré-termo (RNPT) percebem a alta hospitalar da UTI Neonatal e quais são os sentimentos e dúvidas quanto aos cuidados com o filho no domicílio?**

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Compreender quais as principais dúvidas da família quanto aos cuidados a serem realizados em domicílio com o RNPT.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar como os pais de RN pré-termo (RNPT) percebem a alta hospitalar da UTI Neonatal.

Identificar os sentimentos e o preparo dos pais de RN pré-termo (RNPT) frente a alta hospitalar.

## 3. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com utilização de grupo focal (GF). Neste tipo de abordagem o próprio ambiente e sujeitos que vivenciam o fenômeno, constituem-se como fonte viva de dados. A pesquisa foi desenvolvida com quatro 4 mães e um pai com os respectivos filhos internados na UTIN; e uma mãe e dois pais com os filhos em casa, com a alta da UTIN ocorrida nos últimos 3 meses. Os critérios de inclusão adotados foram: maiores de 18 anos; serem mães ou pai de bebês com idade gestacional (IG) <37semanas, peso de nascimento igual ou superior a 800g e com tempo de hospitalização superior ou igual a 7 dias de vida; serem residentes no Município do Hospital estudado ou na região de abrangência ao qual a instituição é referência; ter capacidade de comunicar-se oralmente e em língua portuguesa, ter aceito a divulgação dos dados coletados assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão: foram excluídos da pesquisa participantes os quais o período de internação dos filhos fosse <7 dias.

Como técnica para entrevista foi utilizado o grupo focal, que para Minayo (2014) se constitui num tipo de conversa em grupos pequenos e homogêneos, mediante roteiro e sob coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos de cada um. Desta forma o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe permitem triangular olhares e obter mais informações sobre a realidade.

Foram realizados 2 encontros de GF no mês de setembro de 2022, com duração mínima de 1 hora e máxima de 2 horas, o ambiente do encontro foi em um local com privacidade, sendo na sala de reuniões de uma instituição de ensino superior, com agendamento prévio sem comprometer as atividades de trabalho. O local enquadra-se na fala de Gatti (2005), onde diz que deve proporcionar conforto aos participantes para que a interlocução seja direta e face a face.

Para o desenvolvimento das atividades do GF foi seguido um roteiro com ideias disparadoras para subsidiar o debate de acordo com os objetivos do estudo. O registro das interações e observações foi realizado pelo moderador (pesquisador) e também contou com a presença de um anotador assistente, que colabora para o desenvolvimento da sessão, controlando o tempo, monitorando equipamentos e registrando as informações que contribuirão com o desenvolvimento da pesquisa.

Também foi utilizado dois gravadores em áudio que foram dispostos adequadamente na mesa para cobrir ao máximo as participações dos integrantes do grupo. Como mecanismo para estímulo e desenvolvimento dos encontros do GF utilizamos um guia de tópicos ou roteiro com questões abertas pré-estabelecidas e também materiais referentes aos objetivos da pesquisa para leitura prévia dos participantes. Os participantes foram nomeados por Pai nº 1 (P1), Mãe nº 1 (M1) e I de internação (P 1 I) e A de alta (M 1 A), e assim sucessivamente.

Para tratamento dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo que de acordo com Minayo (2014) é entendida como meio de expressão do sujeito no qual o pesquisador visa categorizar as palavras ou frases que aparecem com mais frequência no texto e, após, infere uma expressão que possa representá-los de forma adequada.

Para realização da pesquisa será solicitada a autorização do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) mesmo foi aprovado no mês de setembro de 2022 pelo CEP com Parecer nº 5.596.207 sendo os procedimentos de coleta de dados iniciados somente após sua aprovação.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estão baseados na Resolução 466/2012 do CNS do Ministério da Saúde, que estabelece os parâmetros éticos para realização de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os participantes da pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informando a natureza do estudo e garantia de anonimato.

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Como características dos sujeitos do GF tivemos: cinco mulheres e três homens. Com média de idade de 30 anos. O tempo médio de internação dos filhos é de 20 dias, sendo o menor tempo de internação 11 dias. Nenhum dos participantes residem no município de Santa Rosa/RS, sendo o município mais distante de residência 300km do local de estudo, mas pertencente a região de referência da UTIN da instituição de saúde.

Da análise de conteúdo, surgiram cinco categorias:

1. Quadro 1. Apresentação das temáticas do estudo

	<b>Temáticas</b>
<b>1</b>	<b>Orientação durante a internação na UTIN</b>
<b>2</b>	<b>Amamentação</b>
<b>3</b>	<b>Riscos de Infecção</b>
<b>4</b>	<b>Estamos em casa, e agora?</b>
<b>5</b>	<b>Preparação para alta da UTIN</b>

Fonte: elaborado pelo autor (2022).

#### 4.2 ORIENTAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTINEO

O parto e nascimento prematuro caracterizam-se como um evento súbito, inesperado que quebram expectativas consolidadas, causando sentimentos de desorientação e medo. (SILVEIRA, 2019). Após o nascimento do filho, a prematuridade representa um período complexo na vida dos pais, pois essa experiência da internação em UTIN ocasiona um misto de sentimentos, como insegurança, medo, sofrimento, impotência (NASCIMENTO, et al. 2022) sendo perceptível nas seguintes falas:

“é um misto de emoções, a rotina é massacrante, a gente aprendeu a ter paciência, as coisas têm que ser no tempinho deles, é um passinho de cada vez. O momento mais difícil pra nós, foi o momento em que a mãe ganhou alta da maternidade, fomos pra casa, e deixou a (nome da filha) no hospital. A gente teve que se adaptar”. (P 1 A).

“No momento que eu ganhei alta eu disse, não tem como eu deixar ele aqui né (choro) não tem. Eu não vou pra casa eu não vou deixar meu filho aqui (...) só vou pra casa quando meu filho for junto comigo”. (M 1 I).

“Tá sendo bem difícil, tá ali, tá malzinho um pouco melhora um pouco piora (...) a gente não vê a hora de dar alta”. (P 2 A).

“Nossa isso é um susto parece que a gente escuta aquele oxímetro na cabeça até hoje (...) causava uma angústia na gente. Acho que eles são muito mais fortes que nós, por que eles são guerreiros mesmo sabe, porque a gente é muito mais frágil. Só eu que sei o quanto a gente chorou dentro do carro, em casa”. (P 1 A).

Percebe-se que o prematuro possui particularidades singulares, relacionado com o fato dos pais não esperarem o nascimento de um filho pré-termo, e que requer que a equipe seja a mais humanizada possível, (NASCIMENTO, et al. 2022), é notório a falta de algumas informações durante o período de internação, perceptível pelas seguintes falas:

*“Falta muito da parte médica um pouco mais de assessoria, a gente esperava um posicionamento médico”. (M 4 A).*

Assim é perceptível nas falas, a falta de informações sobre determinados exames que foram realizados, seus resultados, e a possibilidade de repetir ou realizar novo exame. No que se refere ao reconhecimento da equipe para a passagem de informações, percebe-se que se detém a figura médica. Acredita-se que essa perspectiva seja devido aos conceitos pré-estabelecidos pela sociedade, uma vez que é tido o médico como detentor do conhecimento. As falas a seguir referem-se a Triagem Neonatal popularmente conhecida como o Teste do Pezinho, que tem como finalidade a detecção precoce de patologias assintomáticas em recém-nascidos, sendo utilizado como uma estratégia de saúde pública utilizadas como triagens clínicas, sendo considerado a maior iniciativa do Sistema Único de Saúde (SUS). (OLIVEIRA, et al. 2016).

Conforme o Manual do Ministério da Saúde, a coleta do Teste do Pezinho deve ser realizada idealmente entre o 3º e 5º dia de vida do recém-nascido, devido às especificidades das doenças diagnosticadas atualmente. A triagem neonatal possibilita o diagnóstico precoce de doenças assintomáticas, no período neonatal, sendo assim possível intervir no curso da doença, oportunizando o tratamento antes do início dos sintomas, minimizando ou até mesmo eliminando as sequelas graves relacionada a cada doença, pois possibilita o encaminhamento, acompanhamento clínico, exames complementares e o tratamento existente. (BRASIL, 2016).

*“É a gente teve uma situação com o teste do pezinho (...) quando a Agente Comunitária de Saúde conseguiu entrar em contato com nós, tinha que ir pra Porto Alegre fazer o teste do pezinho de novo, porque veio muito alterado o exame dele (...) mas não foi falado pra nós que o resultado vai pra cidade de origem e, não falaram pra nós o resultado”. (M 1 A)*

*“Daí ele (médico) ele falou que não era necessário e tal, que não ia levar, sujeitar o recém-nascido ir a POA fazer uma viagem”. (P 2 A)*

*“Não recebi nenhum resultado na verdade (...) a guria lá do posto de saúde como ela conhece a gente, ela me ligou dizendo que tinha que refazer o teste, aí eu peguei, tipo ela me mandou a mensagem daí, levei meu telefone e pedi pras gurias lá em cima né para as enfermeiras, aí, elas me falaram então que eles iam fazer de novo, que eles geralmente pedem quando é muito prematuro né, só que agora também não sei o resultado de nenhum”. (M 2 I).*

*“É só o que o médico falou, que o teste do pezinho foi feito, foi realizado”. (M 4 A).*

*“E aí a única coisa que dizem que dentro de 30 dias você pode ir lá na tua cidade retirar só isso que falaram”. (M 2 I).*

A equipe de enfermagem possui atribuição significativa durante todo o processo da Triagem Neonatal desde a coleta que requer cuidados e conhecimentos técnicos para execução correta e com efetividade e, deve orientar o responsável pelo bebê pois a falta de orientações e capacidade de orientação da enfermagem, podem causar inseguranças na família, atrasos no resultado do exame, e se positivo, atraso no início do tratamento, dispondo em risco a saúde e qualidade de vida da criança. Assim, o enfermeiro possui papel crucial na Triagem Neonatal, visto que, possui contato direto com a mãe e o recém-nascido, podendo assim esclarecer sobre o exame, período da coleta e sua finalidade. É a enfermagem que realiza o procedimento de coleta do teste, sendo seu papel explicar qual a finalidade e os próximos passos a serem realizados pela família. (OLIVEIRA, et al. 2016).

#### 4.3 AMAMENTAÇÃO

O aleitamento materno é a forma mais eficaz de alimentar uma criança, pois atende os aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos, protegendo-a de vários riscos de saúde. Conceitualmente o aleitamento materno, é o ato do bebê receber o leite materno, direto do seio ou extraído, independente de receber ou não outros alimentos, já o aleitamento materno exclusivo é quando o recém-nascido recebe o leite humano materno sem nenhum tipo de complemento de outro alimento sólido ou líquido. A prática do aleitamento oportuniza outras formas de ofertar o leite humano, como a extração manual do leite (ofertado por copinho ou gavagem via sonda) e a translactação. (MORAIS; MIRANDA, 2008).

Ainda que os profissionais da saúde tenham consciência da importância do aleitamento materno, esse ainda é um desafio dentro da unidade de terapia intensiva (UTIN). A falta de informações, a falta do contato precoce com o recém-nascido, a ansiedade, a separação abrupta da família devido as condições do prematuro, a falta de incentivo à participação da mãe na recuperação do seu filho são uma das causas que desencorajam as mães a amamentar e/ou extrair manualmente o leite materno. (MORAIS; MIRANDA, 2008). Especialmente na prematuridade, o processo de aleitar torna-se um ato complexo, pois necessita que a mãe possua muita dedicação, agregando ao suporte e incentivo de familiares e de profissionais de saúde competentes e que defendam a prática do aleitamento materno.

“(...) o primeiro dia que a gente tentou colocar ele no peito, meu foi uma briga, e eu chorando com ele no peito, tentando segurar, eu falando vamos filho mama pelo amor de Deus, pra tu sair daqui (...) pegava desajeitada, tão pequenininho daí tem soro, tem fio, tu pega tudo atravessado, segurar se tornava mais difícil ainda..”(M 4 A).

Essa fala mostra que, com a internação do RN na UTIN o contato físico com a mãe acaba se tornando limitado, sobrevêm sentimentos de frustração, insegurança, preocupação, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu filho, somando com a mínima participação da família na assistência. Esses fatores afetam diretamente o processo do aleitamento materno do prematuro. A rotina da UTIN é algo que reflete diretamente na amamentação, principalmente aquelas mães que se deslocam de outras cidades, evidente pelas seguintes falas:

“(…) foi bem difícil pra nós esse período (…), é um tempo difícil a gente cansava, é desgastante pra mãe pra ela que tinha que vir amamentar acordar cedo, e ficar o dia inteiro aqui daí depois voltar pra (cidade de origem) daí no outro dia voltar toda rotina de novo, vocês tão mais longe que nós ainda, mas isso tudo passa. (P 2 A).

“Até a gente fica mais calma pra ir pro banco de leite, as vezes chegava lá, tensa, aí ah tava tirando leite, e aí saía 5ml, 10ml, parecia que tu saía mais frustrada”. (M 4 A)

“Ah que mãe que eu sou, meu filho tá tomando 20ml e eu tô produzindo 5ml”. (M 2 I).

Morais; Miranda (2008) e Cherubim (2018) referem que aleitar é para além de nutrir a criança, pois corrobora para o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, melhora a imunidade do bebê, protege contra infecções e reflete no desenvolvimento emocional e cognitivo, e repercute na saúde física e psíquica da mulher. O aleitamento materno, no cenário da UTIN, é uma prática com muitas dificuldades devido a rotina intervencionista e medicamentosa que envolve o contexto da UTIN, as dificuldades relacionadas com a condição clínica do RN e ainda, aquelas relacionadas às mães, pois possuem o deslocamento até o local, se encontram em um ambiente estranho, sob muita tensão, ansiedade e medo, o cansaço e as preocupações acabam interferindo no sucesso do aleitamento materno, o fato de não querer aleitar ou ainda as possíveis intercorrências mamárias como o ingurgitamento, somando com o fato de que, quanto maior for o tempo de internação do RN na UTIN, maiores são as chances de desmame precoce.

“A mãe tá num estado assim, eu acho que um pouco é os hormônios, ou pouco é o nervosismo, é bem complicado (…) se a mãe tá mais tranquila passa segurança pro filho, e o filho fica muito mais calmo, muito mais tranquilo, também se a mãe tá nervosa, se a mãe tá insegura, com certeza ela vai passar um nervosismo pra criança, por que querendo ou não eles sabem que a mãe tá lá, eles sabem que tá passando segurança se você tá nervosa se você tá insegura, o nenê também sente isso”. (M 1 I).

Dessa forma, é importante que algumas intervenções sejam realizadas pela equipe de enfermagem com vistas a promover o aleitamento materno, como estabelecer rotinas que promovam e apoiem o aleitamento materno, orientar as mães de prematuros ou RN que não

tenham condições de amamentar a iniciar a extração manual do leite assim que possível, iniciar a dieta (leite materno) via gavagem o mais precocemente possível, iniciar a amamentação tão logo as condições do RN permitirem, promover o contato pele a pele com a mãe sempre que possível, fornecer informações quanto à realização da extração manual, bem como mostrar-se presente e disponível para conversar e esclarecer possíveis dúvidas. Para que essas intervenções sejam eficazes e coerentes, é preciso uma equipe treinada e preparada no processo de apoio ao aleitamento materno, realizando sempre uma escuta ativa, levando em consideração a escolha materna, estando disponível para responder as dúvidas sem realizar julgamentos e oferecer informações e orientações quanto ao aleitamento e as técnicas adequadas. (MORAIS; MIRANDA, 2008).

#### 4.4 RISCO DE INFECÇÃO

Consoante a Vieira e Silva (2008) a identificação de um recém-nascido (RN) de risco é realizada quando se depara com um RN que apresenta instabilidade fisiológica e/ou hemodinâmica como resultado de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, prematuridade, asfixia perinatal, problemas durante a gravidez, precisando de cuidados intensivos após o nascimento. Os riscos apresentados são: alto risco relacionado com a maturidade: bebês prematuros, bebês pós-termo, alto risco relacionado com complicações fisiológicas: hiperbilirrubinemia, complicações metabólicas, Síndrome da Angústia Respiratória (SAR), complicações respiratórias, complicações cardiovasculares, complicações cerebrais; alto risco relacionado com processos infecciosos: sepse, enterocolite necrosante (ECN); alto risco relacionado com fatores materno: RN nascidos de mães diabéticas (RNMD), RN dependentes de drogas, infecções maternas e alto risco relacionado a anormalidades congênitas. Além da vulnerabilidade biológica dos prematuros e do baixo peso ao nascer, os riscos originados no processo terapêutico em unidades de cuidado intensivo neonatal, a utilização de procedimentos de alta complexidade e o período de internação prolongado, tornam essas crianças mais suscetíveis às infecções e a outras enfermidades, situações que elevam mais os custos sócios e emocionais da família, pois envolve muito sofrimento humano. Fica evidente na fala abaixo, em que o medo do filho adquirir uma infecção é grande.

“Bastante insegurança ainda, na parte de quanto tempo, parece que eu tenho que tá ali sempre cuidando, parece que eu não vou conseguir dar o mesmo suporte pra ele”. (M 2 I).

“Só penso em me limpar, máscara e deixar limpo, esse é o meu medo uma infecçãozinha por bobagem, meu maior medo, álcool máscara”. (M 1 I)

Os fatores contribuintes são uma deficiência no sistema imunológico associada com procedimentos invasivos que são realizados na UTI neonatal. Um recém-nascido pode adquirir uma infecção da mãe antes ou durante o nascimento. Após o nascimento, a fonte de infecção de uma criança é frequentemente a unidade de internação, pois ao nascer o RN passa de um ambiente estéril (interior do útero materno) para um ambiente repleto de microrganismos. Na evolução normal, é natural que alguns desses microrganismos se desenvolvam na criança pois sim, a digestão normal depende da presença de certas bactérias, as quais colonizam o intestino durante a primeira infância. Contudo, algumas bactérias presentes no meio ambiente podem ser causadoras de doenças. Os RN prematuros são especialmente vulneráveis às bactérias nocivas, pois o seu sistema imune ainda não está maduro, associando o fato de que os prematuros são submetidos a mais tratamentos e procedimentos assim, por conseguinte, apresentam maior predisposição e maior risco de infecção. (VIEIRA, SILVA, 2008). Fato esse que gera sentimentos de medo, incerteza e ansiedade, presente nas seguintes falas:

“Ele pegou uma bactéria a gente pensa e vai que volta, será que ele vai voltar, entende, esse é o nosso medo, essa é a nossa insegurança, ele não é um prematuro extremo (...) mas ele também não é um atermo, ele é um prematuro tardio (...) mas esse é o maior medo e se ele pegar de novo o antibiótico vai fazer efeito depois mais tarde, esse é todo o nosso medo, em função dessa bactéria”. (M 2 I).

Em se tratando de crianças internadas em UTI's, tanto a hospitalização como a doença são experiências muito dolorosas para ela e para a família, ao realizar uma comunicação franca entre eles e o enfermeiro é possível ameniza a ansiedade gerada nos pais e alivia o sofrimento do bebê, pelo desenvolvimento de uma assistência conjunta. (COLLET, ROCHA, 2004).

A enfermagem ao prestar um cuidado humanizado ao RN de risco deve considerar a fragilidade física e emocional dos pais provocada pelas condições do nascimento e doença da criança, tornando assim desenvolver sentimentos de afeição, de respeito, de simpatia, de empatia inerentes às necessidades do ser humano. Através da acolhida carinhosa, a enfermagem se mostra como um diálogo vivo, percebendo no olhar dos pais uma palavra contida pela angústia do desconhecido, estimulando assim os pais a ficarem mais próximos, tocando e cuidando do seu bebê até o momento em que o possam acolher de forma mais íntima. É importante incentivar os pais a tocarem o RN de acordo com as condições deste, pois o toque faz parte do mecanismo de apego e promove a integração mãe/filho, diminuindo os sentimentos de insegurança e medo. Incentivar os pais a expressar suas preocupações e sentimentos, pois ajuda a aliviar o estresse, além de desenvolver nas famílias um entendimento realista da

evolução do RN e seu prognóstico, o que irá diminuir o medo do desconhecido. (COSTA, ARANTES, BRITO, 2010).

#### 4.5 ESTAMOS EM CASA, E AGORA?

É de responsabilidade do enfermeiro promover a adaptação do RN ao meio externo (manutenção do equilíbrio térmico adequado, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo), observar o quadro clínico (monitorização de sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial), ofertar a alimentação adequada afim de suprir as necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (se possível, aleitamento materno), realizar controle de infecção, estimular o prematuro, orientar os pais, estimular visitas familiares, elaborar e manter um plano educacional, organizar, administrar e coordenar a assistência de enfermagem ao RN e a mãe, desenvolver atividades multidisciplinares, orientar o ensino e supervisionar os cuidados de enfermagem prestados. (VIEIRA, SILVA, 2008).

A função do enfermeiro é indispensável, uma vez que é ele que associa o conhecimento científico à realidade e à prática da UTI neonatal, reconhecendo as necessidades do bebê e da família para planejar sua assistência. Executar a assistência na UTI neonatal requer da equipe de enfermagem conhecimento e responsabilidade, estando o cuidado permeado de tecnologia e bebês graves. Não sendo suficiente apenas competência, são exigidas do enfermeiro integrações de informações, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades, propiciando uma condição de homeostasia, tanto no atendimento biológico como no psicológico. Os benefícios que a participação materna e dos pais proporciona são amplamente reconhecidos, como o ganho ponderal da criança, a redução do tempo de internação, nas condutas comportamentais e cognitivas do bebê e na modelagem da arquitetura do cérebro bem como benéfica para o tratamento e recuperação da criança hospitalizada. (COLLET, ROCHA, 2004). Ao serem questionados como se foi e/ou está sendo a estadia em casa, a família relata:

“É uma coisa que vem ao natural (...) tinha muitas dúvidas, poxa será que ela vai mamar de 3/3h igual na UTI, como que vai ser, coco xixi como que vai ser, o sono como que vai ser, sabe era uma coisa que a gente tinha muita dúvidas, mas tudo foi se adaptando, tem dias que ela chora um pouco mais, tem dias que ela não chora, tem dias que ela é calminha, ela mama bem, ela regurgita, (...) é uma coisa que vocês vão se adaptar com o tempo que a gente vem se adaptando com o tempo, e a gente tá aprendendo muita coisa”. (P 1 A).

Referem também que conforme o bebê vai estabilizando existe uma tranquilidade com o fato, apesar de que os sentimentos de incerteza e ansiedade se fazem presentes:

“Quando eles vão se encaminhar pra alta, vocês vão perceber também que a história vai mudar, então tu não vai tá mais naquela aflição de olhar pra aquele aparelhinho lá todo momento e saber que vai parar não vai, sabe, (...) então a coisa começou a estabilizar e a gente começou a sentir que ia ser diferente, e aí sim a gente começa olhar de uma maneira diferente pra ir pra casa mais tranquilo, mas várias vezes eu acordo durante a noite pra ver se a (filha) tá respirando, (...) a atenção eu acho que é bem maior do que se fosse uma criança normal, a gente tá sempre naquela se tá tudo bem se tá tudo certo”. (P 1 A).

Através dessas falas percebe-se a importância de a equipe assistencial estabelecer uma comunicação efetiva com as famílias a fim de instrumentalizá-las e empoderá-las a participar da assistência ao filho de forma autônoma. Os pais que participam dos cuidados do filho prematuro e da tomada de decisão durante a internação na unidade neonatal se tornam mais habilitadas e menos ansiosas ao assumir responsabilidades no cuidado do filho no domicílio. (DUARTE; SENA; TAVARES, 2010).

#### 4.6 PREPARAÇÃO PARA A ALTA DA UTINEO

De acordo Dittz et al. (2011) é necessário envolver a família no cuidado ao RNPT pois além de promover o vínculo parental, ameniza o medo dos pais após a alta da UTIN. Assim, promover a participação materna e paterna no cuidado do filho internado na UTIN e a consequente construção do seu papel parental é um processo contínuo e dinâmico, que depende também do interesse e disponibilidade dos profissionais em incorporá-las e da reorganização do processo de trabalho na UTIN. Sendo assim, ora a mãe negocia a realização de algum cuidado com o profissional, ora o próprio profissional cria possibilidades para atuação materna. Há que se considerar que o processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cuidadora, que não é específico de nenhum campo profissional, mas um território para a atuação de todos.

Para que a família possa dar continuidade aos cuidados aos RNPT no ambiente domiciliar, é preciso capacitá-los, é necessário realizar o desenvolvimento de um planejamento de alta. Objetivando desenvolver capacidades e habilidades dos pais, com vistas a evitar reinternações, diminuir o nível de stress familiar, identificar quais os recursos comunitários disponível para seguimento da alta hospitalar. Porém, é possível identificar que as famílias se tornem responsáveis por esses cuidados domiciliares desses bebês sem que estejam devidamente preparadas. Quando questionados sobre como foi a preparação para a alta da UTIN, percebe-se a falta de orientações sobre:

“Na verdade, foi meio de supetão (...) eu não tinha trazido roupa não tinha trazido nada nada nada (...) moça já tava (..) eu nunca tinha vista ela a única vez que vi ela foi na alta do (nome do bebê) ela já tava preparando ele lá tirando as coisas dele, e eu disse ele vai dar alta, e ela disse, sim mãe ele vai dar alta tô colocando a roupinha pá

e pá sentei na cadeira de rodas e fui pro quarto, foi assim, questão de meia hora acho que foi né, foi muito rápido, a preparação da alta, até então foi um dia normal durante a tarde (...) foi assim não sei se precisava do lugarzinho dele ou alguma coisa, mas foi bem rápido assim a questão da alta”. (M 4 A).

“Na hora da saída da UTI neonatal, a gente ganhou alta num sábado de manhã da UTI e fomos pra casa no domingo, na nossa alta da UTI a gente não foi muito orientado assim, tipo que passos a gente vai ter daqui pra frente sabe, o que nós temos que fazer (...) Não sei se de repente porque era num sábado não tinha alguma questão, a gente foi transferido para a (enfermaria) e na (enfermaria) ficou a tarde o dia ali, e no outro dia o Dr. veio e nos deu alta, também um Dr. que não nos acompanhou na UTI neonatal, o Dr. do hospital (...) a documentação dela da UTI a gente não levou embora naquele dia, daí a gente voltou no outro dia e buscou e também esqueceram de nos dar. A saída que não teve essa questão de agora vocês vão fazer isso, é assim, não sei se é assim.”. (P 1 A).

Schimdt (2013) reforça a relevância do preparo da família para a alta hospitalar, ao longo da hospitalização do prematuro, pois reduz os níveis de ansiedade, aumenta a autoconfiança materna e paterna no cuidado domiciliar, melhorando assim a adaptação familiar e do bebê. A alta hospitalar requer um planejamento, seguidamente de um plano de cuidados, envolve um processo a ser desenvolvido durante toda a internação. É necessário o envolvimento de toda equipe multidisciplinar e principalmente da equipe de enfermagem, pois está presente na assistência direta, humanizada e individualizada. Porém, percebe-se que alguns profissionais ainda não notam esse processo como algo essencial na promoção de saúde do RNPT.

“Eu sentada amamentando, prancheta na minha cara, virava as costas e saía, as vezes nem entendia o que falava”. (M 4 A).

“Tu não entende muito o que o médico fala, as vezes ele usa um termo médico e daí, tu pera aí o que significa isso e aí tu acabava olhando pra enfermeira pra ver se ela ter reconhecido no olhar o não entendimento, não ela vai explicar alguma coisa pra mim”. (P 2 A).

“Eu tenho a impressão que pra eles é rotina e os nossos bebês são só mais um, e pra nós é só um, é só o nosso, e ainda mais quando em situação assim bem agravante pra gente é tudo. (M 3 I).

Observou-se também que os cuidados básicos direto com o prematuro foram abordados durante a internação, e que a equipe de enfermagem buscou orientar assim que a família demonstrou interesse:

“A gente teve com as enfermeiras com as técnicas sempre nos explicavam tipo eu especificamente teve um dia que nos ensinou a dar banho, ensinou a mexer como que faz, como que veste como que sabe, fica essas duvidazinha de pais nós éramos pais de primeira viagem”. (P 1 A).

Embora a participação dos pais dentro da UTIN seja limitada devido as condições clínicas instáveis do bebê, o que muitas vezes pode ser empecilho e até impossibilitar a

manipulação deste, é preciso propiciar oportunidades a família para iniciar na participação do cuidado a ele. (SCHMIDT et. al. 2013).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2021), apresenta no seu manual que os pais precisam ser instruídos para a alta, para sentirem-se capazes de identificar sinais e sintomas de alerta para a procura por um atendimento de urgência como o choro fraco ou gemência, hipoatividade, choro excessivo ou irritabilidade intensa, mudança de coloração (cianose ou palidez), sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações ou vômitos frequentes, dificuldade respiratória, tremores ou convulsões, distensão abdominal e hipotermia ou hipertermia. Quando questionados sobre quais os sentimentos que surgem com o processo de alta da UTI Neonatal para o domicílio surgem as seguintes falas:

“Eu pensei até em comprar um oxímetro (...) várias vezes eu acordo durante a noite pra ver se a (nome da filha) tá respirando”. (P 1 A).

“e se em casa a saturação baixar, se der febre, o que eu faço (...) eu tive dúvidas, o amarelão começou a voltar”. (M 4 A).

“A gente ficava sem saber o que fazer”. (P 2 A).

“Eu tenho muita dúvida como ele vai se comportar, tipo pra respirar depois, e a questão de imunidade, como que eu faço, eu faço normal, as coisas normais com ele, tenho um cuidado diferente com ele por que ele foi prematuro isso eu não sei (..) eu tenho muita dúvida e medo também”. (M 3 I).

A família experiencia uma vivencia regida pelo sofrimento, insegurança, preocupação, frustração, desapontamento, ansiedade e falta de confiança na capacidade de cuidar do seu bebê. Assim durante o processo de internação, torna-se oportuno à equipe de enfermagem, refletir sobre comportamentos e atitudes diante da mãe e familiares, bem como manter comunicação efetiva e contínua na convivência, a adoção pelos profissionais, de uma atitude empática e compassiva, poderia ajudar os pais a compartilharem a sua experiência e necessidade e, principalmente, nas situações de estresse, fornecendo as orientações necessárias para amenizar as repercussões emocionais vivenciadas por elas neste ambiente. Na implementação do cuidado, o enfermeiro precisa ter percepção, para desenvolver uma comunicação e estabelecer uma relação eficaz. (COSTA, ARANTES, BRITO, 2010).

É responsabilidade de toda equipe multiprofissional as orientações quanto ao processo de alta da UTIN, contudo, a enfermagem é a que tem uma maior atuação de tempo no cuidado ao RN, influenciando na assistência com a família. Assim, essas orientações fazem parte de um plano de alta que começa com a educação da família, partindo da equipe multiprofissional. Dessa forma, a o preparo da mãe e da família, direcionada aos cuidados domiciliares do pré-

termo. A capacitação da mãe direcionada ao cuidado domiciliar do pré-termo, é necessária durante todo o período de internação, pois fortalece suas habilidades, fazendo com que elas superem os medos e inseguranças juntamente com o apoio dos profissionais de saúde dentro da UTIN, contribuindo para o fortalecimento do vínculo mãe e filho. (SCHMIDT et. al. 2013).

É preciso que a equipe de saúde saiba da importância do diálogo aberto com as famílias e que os mesmos requerem e desejam essa troca de informações para que a chegada ao lar seja experimentada de uma forma mais tranquila. Sabe-se das dificuldades das equipes plantonistas de unidades neonatais e da necessidade em alguns momentos da alta acelerada devido a demanda de leitos. Todavia, a experiência da internação e do preparo para a alta, é um evento único, que irá marcar a vida das famílias, e assim deve ser tratado dentro dessa perceptiva. (COSTA, ARANTES, BRITO, 2010).

## **5. CONCLUSÃO**

Com o presente estudo foi possível identificar que os sentimentos de ansiedade, medo, incertezas, dúvidas e preocupação estão presentes nas falas de todos os pais entrevistados quando questionados sobre a alta do RNPM para o domicílio. Perceber que as UTIN têm o importante papel de guiar as famílias durante a internação para o papel de cuidadores dos seus filhos, e auxiliá-los a passarem por esse período extremamente estressante de hospitalização. É importante que a família seja incluída na assistência do prematuro, permitindo a participação dos cuidados dele, pois a medida que os pais são inseridos nesse contexto as dificuldades de terem que assumir o cuidado cotidiano do filho torna-se menor.

A chegada ao domicílio com o bebê representa o rompimento com o mundo da internação e origina situações próprias do contexto domiciliar. Todas essas questões advêm das expectativas e preocupações da família que surgiram logo após o nascimento do prematuro. Os pais confiam na equipe de enfermagem que com o passar dos dias se sentirão melhor e o bebê receberá alta, sendo este o momento mais aguardado pelos pais mas, com alta, surgem outros sentimentos, em que ao mesmo tempo em que se tem um alívio por ter o filho em casa, há angústia por parte dos pais pelo fato de não contar mais com uma equipe de saúde e todo aparato tecnológico no cuidado, não contar mais com esse cuidado pode ser apavorante e angustiante. Desse modo, revelam-se sentimentos de apreensão por conta de possíveis complicações, tendo em vista que os pais atribuem a seus filhos um grau maior de fragilidade quando comparado a uma criança a termo, sendo também mais susceptível a doenças graves ou hospitalização recorrente.

Nessa perceptiva faz-se necessário um planejamento de ações adequadas para a alta da UTIN, assegurando assim uma transição segura e confortável do ambiente hospitalar para o domicílio. Esse planejamento deve ser desenvolvido e implementado por toda equipe multidisciplinar em conjunto com os pais, levando em consideração as individualidades e capacidade de compreensão de cada família, com vistas de fortalecer a alta da UTIN para o domicílio, melhorando assim essa transição.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão de Atenção Especializada e Temática. **Triagem Neonatal Biológica: manual técnico**. 1ª ed. 2016. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem\\_neonatal\\_biologica\\_manual\\_tecnico.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf) Acesso em: 20/09/2022
- CECAGNO, D.; FRÖHLINCH; C.V.C.; CECAGNO, S.; WEYKAMP, J.M.; BIANA, C.B.; SOARES, M.C. **A vivência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: um olhar expresso pelas mães**. Revista Online o Cuidado é Fundamental. 2020 jan/dez; 12:566-572. Disponível em: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8827>. Acesso em 08/10/2020.
- CHERUBIM, D. O.; et al. **Representação do cuidado de Enfermagem às mães para a manutenção da lactação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Rev. Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental. UFRJ. 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6257-Texto%20do%20Artigo-38769-1-10-20180921.pdf> Acesso em 22/09/2022
- COSTA, M. C. G.; ARANTES, Q, M.; BRITO, M. D. C. **A UTI neonatal sob a ótica das mães**. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7130/8492> Acesso em 21/09/2022
- COLLET, N. ROCHA, S. M. M.; **Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VpZJRLYh83dLB6gdxhfK6Gr/?lang=pt> Acesso em 05/10/2022
- DITZ, E. S. et al. **Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: Possibilidades e desafios**. Revista Ciencia y Enfermeria. 2011. Disponível em: [cuidado\\_materno\\_del\\_recien\\_nacido\\_en\\_la\\_unidad\\_de\\_.pdf](cuidado_materno_del_recien_nacido_en_la_unidad_de_.pdf). Acessado em: 05/12/2020.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; TAVARES, T. S. **Práticas cuidadoras que favorecem a integralidade do cuidado ao recém-nascido de alto risco: revisão sistemática.** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a18.htm>. Acesso em: 04/12/2020.

LIMA, V.F.; MAZZA, V.A; MÓR, L.M; PINTO, M.N.G.R. **Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal.** Revista Mineira Enfermagem. 2017. Disponível em: e1026.pdf (gn1.link) Acesso em 10/09/2020.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em saúde em ciências sociais e humanas.** Brasília, DF: Liber, 2005. (Série pesquisa).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416p.

MORAIS, A. C.; GUIRARDI, S. N.; MIRANDA, J. O. F. **Prática de aleitamento materno em unidade de terapia intensiva neonatal.** Revista Baiana de Enfermagem. 2022. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-6502020000100317](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-6502020000100317) Acesso em 25/09/2022

NASCIMENTO, A. S. T.; et al. **Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo Transcultural.** Revista Cuidarte. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1043> Acesso em: 10/09/2022.

OLIVEIRA, L. F. M. N.; et al. **Aleitamento materno em prematuros: identificando barreiras.** Revista de Enfermagem. UFPE. Recife. 2016. Disponível em file:///C:/Users/Usuario/Downloads/11349-25860-1-PB.pdf Acesso em: 10/09/2022

PILGER, C. H.; et al. **Vivências de mães de bebês prematuros: gestação aos cuidados no domicílio.** Revista de Enfermagem, UFSM. 2022. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1359437> Acesso em: 11/09/2022.

RODRIGUES, B.C.; UEMA, R.T.B.; RISSI, G.P.; FELIPIN, L.C.S.; HIGARASHI, I.H. **Cuidado centrado na família e sua prática na unidade de terapia intensiva neonatal.** Revista Rene. 2019. Disponível em: View of Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit (ufc.br). Acesso em 10/09/2020.

ROLIM, K. M. C. et al. **Imaginário de mães acerca da hospitalização do filho na unidade de terapia intensiva neonatal.** Enfermagem Foco. 2016. Disponível em: 664-1668-1-SM.pdf. Acessado em: 05/11/2022.

SCHMIDT, K.T.; et al. **Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2013. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1308/1351> Acesso em 10/09/2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRA. **Recomendações para a alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável.** Departamento Científico de Neonatologia. 2021. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22649cDC\\_Recom\\_Alta\\_hospitalar\\_RN\\_TermoPotenc\\_Saudavel.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22649cDC_Recom_Alta_hospitalar_RN_TermoPotenc_Saudavel.pdf) Acesso em 15/10/2022

SILVA, F.V.R.; GOMES, T.O.; MARTA, C.B.; ARAUJO, M.C.; BRAGA, E.S. **Preparo dos pais de recém-nascido pré-termo para alta hospitalar: proposta de um protocolo.** Revista Online o Cuidado é Fundamental. 2020. jan/dez; 12:386-392. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8264>. Acesso em 10/10/2020.

SILVEIRA, T. V. L.; **Adaptação parental à situação de internação do filho na Unidade de Terapia Intensiva.** 2019,137pg. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

VIEIRA, M. R.; SILVA, N. D. **A atuação da equipe de enfermagem na assistência ao recém-nascido de risco em um hospital de ensino.** Arquivo Ciência Saúde. 2008. Disponível em: [https://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-3/IDN273.pdf](https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-3/IDN273.pdf) Acesso em: 22/09/2022

VERONEZ, M.; BORGHESAN, N.A.B.; CORRÊA, D.A.M.; HIGARASHI, I.H. **Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo.** Revista Gaúcha Enfermagem. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>. Acesso em 10/09/2020.