

O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados especiais

Ivone Evangelista Cabral
Juliana Rezende M. M. de Moraes
Flávia Frago dos Santos

Resumo

A caracterização de neonatos egressos da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIn) de três instituições públicas do Município do Rio de Janeiro, no período de 1995-2000, foi o objeto investigado segundo o método analítico descritivo. Com o objetivo de determinar a incidência das causas de internação e analisar as demandas de cuidados no pós-alta, descobrimos que 431 neonatos ficaram mais de sete dias internados e saíram com alguma necessidade especial. A prematuridade corresponde a 72,4%, sendo o problema respiratório a maior causa de internação com 203 casos, seguido pela imunológica com 102 casos. Das causas congênitas, os problemas cardíacos contribuíram com 31,8% e o neurológico e digestivo totalizaram 45,4%. As causas respiratórias, cardíacas, neurológicas e digestivas determinaram demandas de cuidados especiais, que requerem mudanças nas formas de cuidar em virtude da terapia pós-alta.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da Criança. Terapia intensiva. Recém-nascido.

A problemática da criança na terapia intensiva neonatal

O avanço e a modernização tecnológica e farmacológica, nos dias atuais, garantem a sobrevivência de muitas crianças, especialmente as que nascem com baixo peso e/ou são portadoras de distúrbios funcionais complexos. Para Cunha (1997), este avanço, nas últimas décadas, tem contribuído para o aumento do número de crianças sobreviventes a doenças catastróficas ou a lesões traumáticas, mas que se tornam portadoras de disfunções que exigem severas mudanças na qualidade de vida, cuidados especiais permanentes e novo corpo de saber que dê sustentação às práticas familiares de cuidados. Esse avanço tecnológico trouxe em contrapartida um novo

tipo de criança, cujo corpo precisa de cuidados e é desconhecido por sua família (RODRIGUES, 2000; CABRAL et al., 2001).

A partir de Ferreira (S/D, p.1360), compreendemos essas tecnologias como um conjunto de conhecimentos científicos que apoiam determinada atividade, para preservação do nível de saúde do cliente.

Segundo Cabral (1997) e Cabral et al. (2001), o avanço tecnológico melhorou a sobrevivência neonatal, porém o senso comum não possui um corpo de saber que dê conta da demanda de cuidados que o herdeiro da terapia intensiva passa a portar. A problemática enunciada nos remete para a necessidade de se conhecer as características do egresso da terapia intensiva neonatal (UTIn), a fim de determinar a incidência das causas de internação e analisar as demandas de cuidados no pós-alta que derivam desses diagnósticos de internação.

A terapia intensiva neonatal faz com que a criança fique isolada dentro de um setor no hospital, cujo acesso é restrito, onde ela permanece ligada ou não a aparelhos, devido ao tratamento a que é submetida. Esse isolamento a impede de ter contato com o meio exterior, com os irmãos e seus familiares. Ocorre também uma restrição de contato físico com a família, que sente receio em tocar num ser tão pequeno, conectado a aparelhos que são desconhecidos, e dependendo do estado de gravidade o contato físico dos profissionais da UTIn com a criança passa a ser mínimo.

A família passa a ver a criança internada como pertencendo à equipe e acaba se tornando cada vez mais amedrontada para estabelecer um contato mais intimista (RODRIGUES, 2000). O processo de trabalho nessas unidades é por si só excluyente da família. O fluxo de cuidados de enfermagem, os exames físicos e a coleta de material para exames laboratoriais têm como acréscimo, nos ambientes intensivos, um cotidiano de estresse e dor (CUNHA, 1997).

Toda criança egressa da UTIn, seja ela portadora de seqüelas ou não, deve ser reconhecida, classificada e tratada. A interação entre a criança e sua família deve ser iniciada no ambiente hospitalar e não somente no domicílio, com o intuito de preparar o lar para receber a criança.

Em princípio, o retorno de todas as crianças ao domicílio após a terapia intensiva demanda algum tipo de cuidado especial. Muitos desses cuidados são de domínio exclusivo dos profissionais de saúde. As famílias muitas vezes não compreendem as orientações para o cuidado em casa, que são oferecidas antes da alta, e não têm um acompanhamento multiprofissional como o que possuíam durante a internação. Dessa forma, prestam o cuidado à sua maneira e esse fato pode resultar no retorno da criança ao hospital, como apontado por Cunha e Cabral (2002).

Materiais e Métodos

O método utilizado para o desenvolvimento deste estudo foi o analítico descritivo. O cunho descritivo foi bastante oportuno, pois nos ajudou a saber como se encontram distribuídos os recém-nascidos que preencheram os critérios de inclusão no estudo, na população de crianças internadas.

A população do estudo foi formada por crianças com idade entre 0 – 28 dias, de ambos os sexos, que preencheram os seguintes critérios de inclusão: não foram a óbito e permaneceram internadas por um período igual ou superior a sete dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn). Os cenários desta pesquisa foram as UTIn de três instituições públicas do Rio de Janeiro, sendo uma Maternidade (instituição A), um Hospital de Ensino (instituição B) e um Hospital Geral da Rede de Saúde (Instituição C).

A população que preencheu os critérios de inclusão no estudo, nas três instituições investigadas, correspondeu a 632 neonatos, enquanto a amostra foi de 431. A diferença de 201 crianças entre a população e a amostra investigada deveu-se à dificuldade de localização, ao extravio de prontuários e ao preenchimento incompleto de informações.

O recorte temporal desta pesquisa foi de janeiro de 1995 a dezembro de 2000.

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário contendo informações que nos permitiam controlar as variáveis dependentes e independentes do estudo. A máscara do instrumento foi elaborada com o auxílio do Programa EPI-INFO, pré-testado em uma instituição que não fez parte do estudo e posteriormente aplicado nas instituições selecionadas. A proposta de pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa das respectivas instituições.

Com base em Rouquayrol (1994), pontuamos as seguintes variáveis que fizeram parte do instrumento de coleta de dados: peso, estatura, perí-

metro cefálico ao nascimento; peso para idade gestacional; idade por exame físico; apgar no 1º e 5º minutos; necessidade de reanimação respiratória; tipo de parto; dias de internação; alojamento conjunto; alimentação; peso na alta; patologias e destinos após a alta hospitalar; sexo da criança; idade da mãe; grau de instrução; estado civil; número de gestações; número de abortos, realização de pré-natal; hábito de fumar; patologias maternas; diagnóstico clínico do recém-nascido ao nascimento.

Após a seleção dos sujeitos, procedemos ao preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, com base na seguinte orientação. Na Instituição A, os dados foram obtidos através das fichas de crianças no período neonatal registradas no arquivo do computador do setor de faturamento, e consulta aos prontuários do arquivo médico daquela instituição. Foram preenchidos 276 formulários, sendo 213 através de dados do arquivo do computador e 63 com consulta ao prontuário.

Na instituição B, os instrumentos de coleta de dados foram preenchidos com informações provenientes do banco de dados on-line do programa EPI- INFO disponível e através de consulta aos prontuários. O universo amostral dessa instituição foi de 206 neonatos que atendiam aos critérios de inclusão, porém a amostra do estudo foi de 127 neonatos, pois o tempo para realização desta pesquisa foi de apenas um ano, e muitos prontuários não foram localizados nesse período. A amostra estudada corresponde a 62,0% do universo. No banco de dados do programa EPI-INFO versão 6.0 só estavam armazenados os dados maternos e dos neonatos posteriores ao ano de 1996. Os dados anteriores a essa data foram coletados nos prontuários. Portanto, foram preenchidos 63 instrumentos a partir de dados on-line e 48 através de consulta ao prontuário, totalizando 111 crianças, pois 16 prontuários não foram encontrados no arquivo do hospital.

Observa-se que, para preencher o formulário de coleta de dados, todos os prontuários foram consultados, pois as informações consolidadas no banco de dados *on line* não eram suficientes para atender aos objetivos da pesquisa.

Na instituição C, os dados foram coletados através de informações provenientes do livro de internação e prontuários. Nesse hospital geral, a Unidade de Terapia Intensiva neonatal funciona dentro da Terapia Intensiva Pediátrica e atualmente só possui 2 leitos para as crianças no período neonatal. Através da coleta de dados, podemos constatar que a clientela atendida na instituição C, em sua maior parte, é formada por neonatos transferidos de outros hospitais ou provenientes de suas residências e que necessitaram de algum tipo de intervenção cirúrgica. Nesse hospital, a amostra foi de 150 crianças, porém foram coletados dados referentes a 44 neonatos (amostra) que atenderam aos critérios de inclusão e permaneceram internados no recorte temporal deste estudo, portanto, correspondeu a 29% da população internada.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente, segundo a frequência absoluta e relativa, por tratar-se de um estudo de natureza exploratória, analítica e descritiva. Após a análise dos dados, procedeu-se à formação de categorias e reorganização de tabelas e quadros. Os dados das instituições foram analisados e reorganizados, possibilitando então traçar a incidência das causas de internação e analisar as demandas de cuidado no pós-alta.

Apresentação dos dados e discussão dos resultados

Os dados coletados nos cenários da pesquisa são apresentados em tabelas e quadros, que contemplam as variáveis controladas pelo estudo.

Os dados da Tabela 1, apresentada a seguir (p. 214), revelam que não há diferença expressiva entre o sexo das crianças assistidas nas UTIn das

TABELA 1
Distribuição dos neonatos egressos de três UTIn segundo o sexo, período 1995-2000

Sexo	Instituição A		Instituição B		Instituição C		Total das Instituições	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	125	45,3	53	47,8	17	38,6	195	45,2
Masculino	151	54,7	58	52,2	27	61,4	236	54,8
Total	276	100	111	100	44	100	431	100

três instituições, pois 45,2% delas pertenciam ao sexo feminino, enquanto que 54,8% eram do sexo masculino.

A Tabela 2 indica que 72,4% (n= 312) dos neonatos que saíram das três terapias intensivas

apresentavam uma IG entre 26 e 37 semanas, sendo que a instituição A teve o maior percentual de internações de neonatos com essa idade gestacional, com 86,6% (n=239); seguido pela instituição B, com 54% (n=60) e a instituição

TABELA 2
Distribuição dos neonatos egressos das UTIn segundo a idade gestacional (IG)

IG em semanas	Instituição A		Instituição B		Instituição C		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
26 — I 37	239	86,6	60	54	13	29,5	312	72,4
37— I 42	37	13,4	51	46	13	29,5	101	23,4
N.C.D	—	—	—	—	18	41,0	18	4,2
Total	276	100	111	100	44	100	431	100

C, com 29,5% (n=23). Os neonatos a termo e póstermo, das três instituições, corresponderam a 27,6% (n=119) das internações. Esses dados confirmam que a prematuridade é um fator determinante para a internação em terapia intensiva neonatal, uma vez que a criança requer intervenção clínica, nutricional e farmacológica para atingir maturidade suficiente para adaptar-se à vida extra-uterina.

O Quadro 1, apresentado a seguir (p. 215), nos permite analisar que, das patologias apresentadas pelas crianças, as do sistema respiratório foram responsáveis pela maioria das internações tanto na instituição A (142 casos) como na B (40 casos) e na C (21 casos), seguido das patologias do sistema imunológico na Instituição A com 92 casos, na Instituição B, do sistema digestivo, com 22 casos, e na instituição C por outras patologias, com 24 casos.

As más formações e as outras síndromes totalizam 62 casos, podendo haver mais de um tipo de diagnóstico por neonato.

A distribuição das causas congênitas entre as crianças internadas na UTIn é apresentada na Tabela 3, apresentada a seguir (p. 215).

As más formações do sistema cardíaco contribuíram com 31,8% das crianças, seguida pelas do sistema digestório (22,7%) e neurológico (22,7%).

A demanda de cuidados especiais

Os dados apontam que os egressos da UTIn apresentam demanda de cuidados especiais quando do retorno ao domicílio, uma vez que nasceram além da prematuridade com algum diagnóstico associado

QUADRO 1
Distribuição das patologias por sistema

Sistema afetado	Instituição A N	Instituição B N	Instituição C N	Total
Sistema Respiratório	142	40	21	203
Sistema Hematológico	13	04	4	21
Sistema Imunológico	92	08	2	102
Sistema Neurológico	02	04	5	11
Sistema Renal	—	02	-	02
Sistema Digestório	26	15	5	46
Sistema Esquelético	10	03	1	14
Sistema Metabólico	33	15	10	58
Sistema Cardíaco	—	—	3	3
Má formação	16	20	2	38
Outras síndromes	23	—	1	24
Outras patologias do RN	08	—	24	32
Total	365	111	78	554

TABELA 3
Distribuição das causas congênicas por sistemas

Sistema	nº	%
Cardíaco	07	31,8
Neurológico	05	22,7
Digestório	05	22,7
Esquelético	03	13,7
Renal	02	9,1
Total	22	100

relacionado com a idade gestacional (causas adquiridas) ou sem relação com ela (as causas congênicas).

No estudo, verificou-se que 72,4% das crianças nasceram antes de completar 37 semanas de gestação, o que, segundo WONG (1999), configura um nascimento prematuro, cuja interrupção da gestação se deu antes da 37ª semana completa. Muitas vezes, o recém nascido prematuro não está adequado anatômico, fisiológico e bioquimicamente, estando, portanto, susceptível

a uma variedade de problemas que o levam a uma unidade de terapia intensiva.

Ao pesquisar quais patologias foram responsáveis pela necessidade do neonato estar em uma unidade de terapia intensiva, constatou-se que as patologias do sistema respiratório ocorreram em 203 crianças, seguido de 102 casos de patologias no sistema imunológico e 58 casos do sistema metabólico. Esses dados refletem o fato de 77,4% das crianças serem prematuras e não estarem com o seu organismo completamente preparado para se adaptarem à vida extra-uterina. Tais condições exigem formas de cuidar que os familiares não estão habituados em realizar, uma vez que a experiência usual do senso comum é de interagir e cuidar de crianças que nascem a termo. Mesmo após a recuperação das condições hemodinâmicas, o processo de hospitalização imprime marcas profundas no corpo (riscos de surdez e vícios posturais, por exemplos) e na mente da criança, o que demanda novas habilidades para os familiares cuidarem de seus filhos.

O cuidado no domicílio deve ajudar a criança a crescer e se desenvolver da melhor forma possível. Atendendo às necessidades físicas, espirituais, afetivas e cognitivas com o intuito de evitar que ocorra o seu retorno para o ambiente hospitalar, a família implementa formas de cuidar que fazem parte do seu cotidiano. Porém, das crianças que preencheram os critérios de inclusão no estudo e que receberam alta da terapia intensiva, 31,8% delas saem com defeitos congênitos dos sistemas cardíaco, digestivo, neurológico, esquelético e renal impondo inúmeros desafios para se realizar esse cuidado, associado à situação de prematuridade.

Toda criança que necessita de uma UTIn se torna diferente das demais, temporariamente ou permanentemente, mesmo que após a alta não se torne um portador de necessidade especial (KLUG, 1993; GRAY, 1997; GRUSKIN, 1997). Wong (1999) diz que, quando se aproxima o momento da alta, os pais expressam suas preocupação e insegurança no que se refere aos cuidados com o seu bebê no domicílio. Eles temem que a criança ainda possa estar correndo perigo, que não conseguem reconhecer os sinais de sofrimento ou doença no seu bebê e que podem ainda não estar preparados para a alta.

As demandas de cuidados circunscrevem-se à situação de prematuridade e das patologias de natureza congênita que algumas dessas crianças apresentam.

Conclusões e recomendações

Concluimos que, independente da natureza da causa de internação, se adquirida ou congênita, todas as crianças egressas da terapia intensiva neonatal apresentam necessidades especiais e, portanto, criam demandas de cuidados especiais. Algumas delas, mesmo após a alta e retorno ao domicílio, continuam dependendo de cuidados

especiais, de natureza tecnológica (FLEMING, 1994), medicamentosa, de desenvolvimento ou habituais modificados, como concluíram Cabral, Cunha e Rodrigues (2000), diferenciando-se então das outras crianças na mesma faixa etária.

Esse grupo de neonatos egressos das UTIn se distingue daqueles que recebem alta do alojamento conjunto, pois, a rigor, os do segundo grupo nasceram com condições de suficiência orgânica; enquanto os do primeiro grupo precisaram da terapia intensiva para aumentar as suas condições de viabilidade orgânica. Os neonatos que permaneceram na terapia intensiva foram submetidos a intervenções terapêuticas invasivas ou não, que os levaram a distanciar-se de seus familiares, retardando o estabelecimento das relações familiares estendidas para o pós-alta.

É necessário que os profissionais de saúde visualizem essas crianças como um novo grupo de crianças no contexto social, crescente na população. A visibilidade desse grupo de crianças advindas da terapia intensiva é de extrema importância para que os cuidados não se encerrem com a alta hospitalar, mas que se ampliem para o ambulatório e o domicílio, incluindo o acompanhamento de enfermagem como parte da política de seguimento dessa criança, instituindo uma política de cuidado vinculada à política de seguimento (*follow up*). Essas crianças necessitam do acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento para que não sejam sempre vistas apenas como “*Herdeiros da Terapia Intensiva*”, como diz Cabral (1997), mas sim como crianças que, apesar de suas limitações ao nascimento, foram capazes de reagir, estabilizaram a sua patologia e reverteram o quadro de doença em saúde.

Sugerimos ainda que os profissionais se ocupem dos neonatos e se preocupem em conhecer e responder aos anseios e dúvidas das famílias, pois são elas que cuidarão da criança, quando da alta domiciliar. Traçar um plano de cuidados para as famílias durante a internação do neonato na UTIn é um caminho para que os cuidados prestados às crianças se tornem mais eficazes. Entre-

tanto, acreditamos na possibilidade de que esse plano seja construído junto às famílias, já que abre a possibilidade de enunciações de questionamentos e busca de respostas compartilhadas para a resolução de conflitos e dúvidas. Os familiares devem ser encorajados a expressarem seus conhecimentos em relação à situação da criança, formando assim a Aliança dos Saberes, apontada por Cabral (1997).

Estudos futuros sobre essas questões são de extrema importância para se conhecer a verdadeira magnitude do problema e para que se amplie a visibilidade desse grupo com o objetivo de melhorar suas condições de vida.

Como recomendações para a equipe multiprofissional, sugerimos a negociação de saberes entre a equipe e a família; a incorporação do universo cultural da prática de cuidar materno à educação dialógica das enfermeiras e a negociação de novas estratégias de cuidar no encontro do bom senso. Acreditamos na possibilidade de a enfermagem criar estratégias de inserção do familiar na realização de cuidados com criança, quando ainda encontra-se internada na UTIn, dirimindo seu medo, sua vergonha de expressar dúvidas, além de desenvolver junto com a equipe multiprofissional estratégias para o cuidar no domicílio, considerando as limitações e restrições da criança e da própria moradia.

The newborn from three NICU of university facilities and their special needs of health care

Abstract

The characterization of newborn from neonatal intensive care unit (NICU) of three university facilities of Rio de Janeiro City, in the period of 1995-2000, was investigated as an object of study, which was developed by descriptive analytical method. The objectives were to determine the incidence of hospitalization causes and to analyze the demands of discharge care. It was found that 431 newborns stayed in the hospital more than seven days and were released to home with some sort of special needs of health care. The prematurity contributed to 72.4%, and the most important medical diagnoses were respiratory dysfunction, with incidence of 203 cases, followed by neurological dysfunction, with 102 cases. Congenital causes, such as cardiac, neurological and digestive dysfunctions contributed to 31.8% and 45.4% of the cases, respectively. The respiratory, cardiac, neurological and digestive dysfunctions determined the demands of special health care that created requirements to change the way of caring for newborns because discharge therapy was recommended to them.

Keywords: Nursing. Children health. Intensive care. Newborn.

El egreso de la terapia intensiva neonatal de tres instituciones de enseñanza y la demanda de cuidados especiales

Resumen

La caracterización de neonatos egresos de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn) de tres instituciones públicas del Municipio de Rio de Janeiro - Brasil, en el período de 1995-2000, fué

descriptivo el objeto investigado según el método analítico. Con el objetivo de determinar la incidencia de las causas de internamiento y analizar las demandas de cuidados en el postalta, descubrimos que 431 neonatos quedaron mas de siete dias internados y salieron con alguna necesidad especial. La prematuridad corresponde a 72,4%, siendo el problema respiratorio la mayor causa de internamiento, con 203 casos, seguido por el problema imunológico con 102 casos. De las causas congénitas, los problemas cardíacos contribuyeron con 31,8%, y los neurológicos y digestivos totalizaron 45,4%. Las causas respiratorias, cardíacas, neurológicas y digestivas determinaron demandas de cuidados especiales que requieren cambios en las formas de cuidar en virtud de la terapia postalta.

Palabras clave: Enfermería. Salud del Niño. Terapia intensiva. Recién nacido.

Referências

CABRAL, I. E. A aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê: concepções de estudantes e mães no espaço acadêmico de enfermagem 1997. 214p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

CABRAL, I. E.; et al. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança-bebê. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery, 1998. 298p.

CABRAL, I. E.; CUNHA, S. R.; RODRIGUES, E. C. A enfermeira educadora e a aliança de saberes no cuidado a criança egressa da terapia intensiva. Relatório de Pesquisa CNPq. Rio de Janeiro. 2000. 78p. Disponível em <http://www.eean.ufrj/nupesc>.

CABRAL, I. E.; SILVA, J. J.; ZILLMANN, D. O.; MORAES, J. R.; RODRIGUES, E. C. A perda da infância na luta pela sobrevivência: conhecendo o egresso da terapia intensiva pediátrica. Relatório de pesquisa Iniciação Científica. 2001. 55p. (Mimeo)

CUNHA, S. R. A Enfermeira e a família da criança dependente de tecnologia: a intermediação dos saberes. 1997. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1997.

CUNHA, S. R. A.; CABRAL, I. E. As condições de vida da criança dependente de tecnologia. Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. São Paulo, v. 2, n. 1, jul., p. 87-100, 2002.

FERREIRA, A. B. H. F. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLEMING, J. e cols. Impact on the family of children who are technology dependent and cared for in the home. Pediatric Nursing. v. 20, n. 4, July/Aug, 1994.

GORRIE, T. M.; MCKINNEY, E. S.; MURRAY, S. S. Foundations of Maternal Newborn Nursing. Philadelphia: Saunders, 1994.

GRAY, H. B. Managed care for children with special healthcare needs: Michigan's Approach. Pediatric Annals, v. 26, n.11, p. 78-103, nov. 1997.

GRUSKIN, A. B. Children with special healthcare needs: Introduction. Pediatric Annals. v. 26, n.11, p. 104-119, nov. 1997.

KLUG, M. R.. Clarifying roles and expectations in home care. Pediatric Nursing. v.19, n. 4, p. 120-135, jul./aug, 1993.

KAKEHASHI, T. Y. A situação atual da Enfermagem Neonatológica e suas tendências para o futuro. Acta Paulista de Enfermagem v.9 (n. esp.), p. 17-22, 1996.

ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & saúde. 4 ed. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1994.

RODRIGUES, E. C. Conhecer para cuidar. O desafio dos pais de bebê prematuro na educação dialógica intermediada pela enfermeira. 2000. 153p. Dissertação (Mestrando em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

WONG, D. Whaley Enfermagem Pediátrica: Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Sobre os Autores

Ivone Evangelista Cabral

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery.UFRJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança (NUPESC). Pesquisadora CNPq.

Juliana Rezende M. M. de Moraes

Enfermeira. Mestre em enfermagem Bolsista PIBIC/SR2, período 2000-2001. Membro do NUPESC.

Flávia Frago dos Santos

Enfermeira. Bolsista I.C. FAPERJ período 2001-2002. Membro do NUPESC.