

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE**

**CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM  
DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE  
ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**IRACIARA RAMOS CANTERLE**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2015**

**CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM  
DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE ACOLHIMENTO  
MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS**

**IRACIARA RAMOS CANTERLE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Materno-Infantil, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**

**Orientadora: Ft. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Morais Trevisan**  
**Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Hedionéia M<sup>a</sup> Foletto Pivetta**

**Santa Maria, RS, Brasil**  
**2015**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Integrada em  
Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Monografia de Especialização

**CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL  
POR MEIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS**

Elaborada por  
**IRACIARA RAMOS CANTERLE**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar No Sistema Público de  
Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Claudia Morais Trevisan, Dr. (UFSM)  
(Presidente/ Orientador)**

**Roseli Henn, Dr. (UFSM)**

**Claudia Rosane Perico Lavich, Ms. (UFSM)**

**Maria Lúcia Prestes, Esp. (SMSSM)**

**Santa Maria, 04 de março de 2015.**

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Integrada em Gestão  
e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### **CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS**

AUTORA: IRACIARA RAMOS CANTERLE  
ORIENTADORA: Ft. Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. CLÁUDIA MORAIS TREVISAN  
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 04 de março de 2014.

**INTRODUÇÃO:** Trata-se da etapa de intervenção, o qual faz parte do projeto de pesquisa intitulado: "**Identificação da linha de cuidado para recém-nascidos com deficiência egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria - RS**". **OBJETIVO:** Desenvolver o acolhimento e contrarreferência identificando a linha de cuidado da criança com deficiência **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa onde descreveu-se a percepção acerca do acolhimento desenvolvido com os pais de recém-nascidos com deficiência internados em uma unidade terapia intensiva neonatal. Deste modo, salienta-se que o momento da intervenção teve a finalidade de executar o processo de contrarreferência dos usuários recém-nascidos e identificação da linha de cuidado do público-alvo. Participaram deste estudo sete famílias de recém-nascidos com deficiência internados em UTI neonatal, no período de setembro a dezembro de 2014. A coleta de dados deu-se através de um questionário semi-estruturado, por meio de entrevistas realizadas semanalmente durante o período da internação. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Como resultado ressalta-se a importância do acolhimento e realização de contrarreferência, bem como a existência de uma equipe de referência nas unidades neonatais que ofereçam suporte a essas famílias sanando suas dúvidas sempre que necessário, desenvolvendo uma relação de confiança, para que possam compreender por meio de uma comunicação simples, a situação clínica de seus bebês, bem como compreender e participar o planejamento do cuidado de seu filho.

**Palavras-chave:** unidade de terapia intensiva neonatal, acolhimento, família, equipe multiprofissional

# ABSTRACT

Monograph Specialization  
Multidisciplinary Residency Program Integrated in Hospital Management  
and Care in the Public Health System  
Federal University of Santa Maria

## COUNTER-REFERENCE OF DISABLED NEWBORNS ADMITTED IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT THROUGH INTERDISCIPLINARY EMBRACEMENT TO THE FAMILIES

AUTHOR: IRACIARA RAMOS CANTERLE  
SUPERVISOR: Ft. . Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. CLAUDIA MORAIS TREVISAN  
Date and Place of Defense: Santa Maria, march 4, 2015.

**Introduction:** This is the intervention step, part of the research project named: **“Identification of the line of care to disabled newborns egresses from the neonatal intensive care unit of the teaching hospital of Santa Maria - RS”**. **Goal:** Develop user embracement and counter-reference, identifying the line of care of disabled children. **Methodology:** This study has a qualitative approach and describes the perception of the interdisciplinary health team on user embracement developed with the parents of disabled newborns admitted in a neonatal intensive care unit. The interventions step of the study had the goal of performing the counter-reference process of the newborn users as well as the identification of the line of care of the targeted population. Seven families of disabled newborns admitted to NICU from september to december of 2014 participated on this study. The data were collected through a semi-structured questionnaire, answered within interviews made once a week, during the period of admittance. **Results and discussion:** As a result we emphasise the importance of user embracement and counter-reference, as well as the existence of a reference team on neonatal units to offer support to these families, answering their questions whenever they need developing a relationship of trust, so that they can understand, by a simple communication, the clinic situation of their babies and participate on the design of a plan of care for their infants.

**Keywords:** Neonatal Intensive Care Units, User embracement, Family, interdisciplinary Health Team.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Município de origem.....	18
Gráfico 2 – Sexo .....	19
Gráfico 3 – Deficiências .....	19
Gráfico 4 – Renda.....	20

## **LISTA DE APÊNDICES**

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	35
Apêndice B – Formulário de Coleta de Dados para Intervenção.....	38

## **LISTA DE SIGLAS**

**APAE** – Associação dos Pais e Amigos do Excepcionais

**CNS**- Conselho Nacional de Saúde

**EHI** – Encefalopatia Hipóxica Hipóxia

**UTIN** – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

**PNH** – Programa Nacional de Humanização

**PHPN** – Política de Humanização do Parto e Nascimento

**SUS** – Sistema único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>ARTIGO – CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS</b> .....	13
Folha de rosto.....	14
Resumo.....	15
Abstract.....	15
Introdução.....	16
Metodologia.....	17
Resultados e discussão.....	18
Considerações Finais.....	29
Referências bibliográficas.....	31
<b>CONCLUSÃO</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	35
<b>APÊNDICES</b> .....	37

## INTRODUÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada às práticas de atenção e gestão na saúde. A PNH é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Esta estratégia lançada pelo Ministério da Saúde visa operar em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a integralidade e o acolhimento da atenção, buscando maior resolubilidade na resposta às necessidades dos usuários (BRASIL, 2008). Segundo a referida política, entende-se humanização como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Ainda nessa perspectiva podemos citar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que objetiva assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

E dentro desta proposta podemos citar a prática do acolhimento, que no campo da saúde, deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, 2008). Para Oliveira et al (2010), o acolhimento é um vínculo de solidariedade e compromisso entre a equipe de saúde e a população. É uma ocasião onde a aproximação assinala-se efetivando a disponibilidade em ajudar, em uma atitude voluntária, em busca de um diálogo aberto e sincero com o usuário. Segundo o manual do Acolhimento nas práticas de produção de saúde, acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar”, com responsabilidade (BRASIL, 2008).

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe apenas ao ato de receber, mas se constitui em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção (PROCHNOW et. al. 2009). A acolhida não é uma atividade única a ser executada por uma determinada profissão, todos os profissionais que constituem a equipe que atua no serviço de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar aptos para receber as famílias (OLIVEIRA et al. 2010).

O ato de escuta, não é uma tarefa fácil para as pessoas de um modo geral, não somente para a equipe de Enfermagem, pois precisamos ter disponibilidade para essa ação, que por sua vez, faz-nos refletir sobre a nossa forma de pensar e de suspender nossas ideias pré-definidas. (CAMILLO, MIORINO; 2012). Se a função do enfermeiro é o cuidado ao ser humano sendo, portanto, necessário enfatizar a complexidade humana, por meio de uma escuta atenta e sensível, e desse modo focando a compreensão e o respeito ao outro. (CAMILLO; SILVA; NASCIMENTO; 2007).

Segundo Fontana (2010), para humanizar a assistência não basta apenas o investimento tecnológico e em equipamentos. Quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde, a terapêutica é mais eficaz.

A humanização e o acolhimento mostram-se de grande importância uma vez que a gestação é um momento que gera ansiedade e muitas expectativas para a família, que assume um sentimento de responsabilidade onde é aguardada uma criança o mais perfeita possível (FERNANDES, 2004). O contexto da internação da criança com deficiência em UTI neonatal faz com que a família encontre-se em um momento frágil e repleto de dúvidas e inseguranças.

A chegada de um bebê com deficiência causa um colapso que envolve toda a família, alterando de maneira brusca seu modo de funcionamento, sua identidade, e até mesmo sua estrutura. A família se depara com essa nova realidade e se vê despreparada para enfrentar ou lidar com esse novo modo de vida (Barbosa, 2012).

Conforme Censo realizado em 2010, cerca de 45,6 milhões de pessoas se declararam portadoras de alguma deficiência no Brasil, correspondendo a 23,9% da

população brasileira. Conforme Tecklin (2002), dentro da faixa etária pediátrica, inúmeras são as causas de deficiência motora, tais como encefalopatias crônicas não evolutivas, deformidades congênitas, malformações genéticas, traumatismos obstétricos, entre outras.

Segundo Resende & Neri (2005) a deficiência pode ser socialmente definida como o produto do descompasso entre as condições do indivíduo afetado por uma limitação funcional, as suas expectativas quanto à execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, as demandas ambientais nessa direção e a escassez ou a inadequação de condições instrumentais e sociais que permitam-lhe funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a autoestima.

Mediante o conceito elencado acima, faz-se imprescindível atentar para as especificidades dos RNs com deficiência assistidos na UTIN desde o momento inicial de vida, haja vista a implicação que podem repercutir negativamente na vida desses, seja na infância, na adolescência, na vida adulta e na velhice. Implicações que podem resultar na sua exclusão social e na má qualidade de vida.

A abordagem da família dentro da UTI neonatal pode ser feita de diferentes formas e, na maior parte das vezes, esta aproximação deve partir da própria equipe, que deve utilizar de uma comunicação eficaz e acompanhar os pais durante as visitas à UTI neonatal, oferecendo-lhes conforto, respondendo às preocupações. (LUCAS, TANNURE, BARÇANTE et al. 2009). Cabe, portanto a equipe multiprofissional, estar presente e atenta para prestar suporte às famílias de crianças com deficiência, oferecendo apoio e esclarecendo suas dúvidas diante a diagnósticos complexos.

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade de pesquisas que possibilitem uma melhor compreensão a cerca da temática acolhimento e contrarreferência, como forma de contribuir para melhora na organização e planejamento da assistência voltada para o RN internado em UTI e sua família. Para a equipe de saúde este estudo agrega a possibilidade de melhorar ações na atenção à família da criança internada em UTIN, tendo como resultado uma assistência que possibilite suporte integral e com maior qualidade.

Diante do exposto, objetivou-se desenvolver o acolhimento dos familiares e a contra referência do recém-nascido em momento de pré-alta identificando a linha de cuidado voltada à criança com deficiência.

**ARTIGO – CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS.**

## **CONTRARREFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POR MEIO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL ÀS FAMILIAS**

### **COUNTER-REFERENCE OF DISABLED NEWBORNS ADMITTED IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT THROUGH INTERDISCIPLINARY EMBRACEMENT TO THE FAMILIES**

Título condensado: Acolhimento em unidades de terapia intensiva neonatal

Iraciara Ramos Canterle<sup>1</sup>; Ana Paula Santos da Silva<sup>2</sup>; Gisiane dos Santos Lidtke<sup>3</sup>; Lilian Kopp Cuti<sup>4</sup>; Hedionéia M<sup>a</sup> Foletto Pivetta<sup>5</sup>; Cláudia Morais Trevisan<sup>6</sup>

Estudo desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de ensino na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especializanda no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. Nutricionista.

<sup>2</sup> Nutricionista. Especialista em Nutrição Humana. Especializanda no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Fisioterapeuta. Especializanda no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Fonoaudióloga. Especializanda no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Materno-Infantil da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>6</sup> Fisioterapeuta. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia. Centro de Ciências da Saúde da Universidade federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Endereço para correspondência:

Iraciara Ramos Canterle  
R. Venâncio Aires, 538, Apt 309  
B. Centro  
CEP 97010-000, Santa Maria, RS  
E-mail: iraciara.canterle@gmail.com

Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) sob o parecer nº 701.842.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que teve como objetivo descrever a percepção acerca do acolhimento desenvolvido com os pais de recém-nascidos com deficiência internados em uma unidade terapia intensiva neonatal. Participaram deste estudo sete famílias de recém-nascidos com deficiência internados em UTI neonatal, no período de setembro a dezembro de 2014. A coleta de dados deu-se através de um questionário semi-estruturado, por meio de entrevistas realizadas semanalmente durante o período da internação. Como resultado ressalta-se a importância do acolhimento e realização de contrarreferência, bem como a existência de uma equipe de referência nas unidades neonatais que ofereçam suporte a essas famílias sanando suas dúvidas sempre que necessário, desenvolvendo uma relação de confiança, para que possam compreender por meio de uma comunicação simples, a situação clínica de seus bebês, bem como compreender e participar o planejamento do cuidado de seus filhos.

**Palavras-chave:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Acolhimento; Família; Equipe Multiprofissional.

## ABSTRACT

This study has a qualitative approach. The goal was to describe the perception of a multidisciplinary team on user embracement developed with the parents of disabled newborns admitted in a neonatal intensive care unit. Seven disabled newborns' families participated on the study, whose babies were admitted from september to december of 2014. The data were collected through a semi-structured questionnaire, answered within interviews performed once a week, during the time that the newborn stayed on the hospital. As a result we emphasise the importance of user embracement and counter-reference, as well as the existence of a reference team on neonatal units to offer support to these families, answering their questions whenever they need, developing a relationship of trust, so that they can understand, by a simple communication, the clinic situation of their babies and participate on the design of a plan of care for their infants.

**Keywords:** Neonatal Intensive Care Units; User Embracement; Family; Interdisciplinary Health Team.

## INTRODUÇÃO

Em 2003, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada às práticas de atenção e gestão na saúde. A PNH é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo contribuir para a melhoria na qualidade do atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Esta estratégia lançada pelo Ministério da Saúde visa operar em conjunto com o Sistema Único de Saúde (SUS), priorizando a integralidade e o acolhimento da atenção, buscando maior resolubilidade na resposta às necessidades dos usuários (BRASIL, 2008). Segundo a referida política, entende-se humanização como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Ainda nessa perspectiva podemos citar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que objetiva assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Para Oliveira et al (2010), o acolhimento é um vínculo de solidariedade e compromisso entre a equipe de saúde e a população. É uma ocasião onde a aproximação assinala-se efetivando a disponibilidade em ajudar, em uma atitude voluntária, em busca de um diálogo aberto e sincero com o usuário. Segundo o manual do Acolhimento nas práticas de produção de saúde, acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar”, com responsabilidade (BRASIL, 2008).

A acolhida não é uma atividade única a ser executada por uma determinada profissão, todos os profissionais que constituem a equipe que atua no serviço de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar aptos para receber as famílias (OLIVEIRA et al. 2010).

Segundo Fontana (2010), para humanizar a assistência não basta apenas o investimento tecnológico e em equipamentos. Quando a pessoa é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde, a terapêutica é mais eficaz.

A chegada de um bebê com deficiência causa um colapso que envolve toda a família, alterando de maneira brusca seu modo de funcionamento, sua identidade, e até mesmo sua estrutura. A família se depara com essa nova realidade e se vê despreparada para enfrentar ou lidar com esse novo modo de vida (BARBOSA, 2012).

A abordagem da família dentro da UTIN pode ser feita de diferentes formas e, na maior parte das vezes, esta aproximação deve partir da própria equipe, que deve utilizar de uma comunicação eficaz e acompanhar os pais durante as visitas à UTI neonatal, oferecendo-lhes conforto, respondendo às preocupações. (LUCAS, TANNURE, BARÇANTE et al. 2009). Cabe, portanto a equipe multiprofissional, estar presente e atenta para prestar suporte às famílias de crianças com deficiência, oferecendo apoio e esclarecendo suas dúvidas diante a diagnósticos complexos.

## METODOLOGIA

Nesta seção, apresentam-se os métodos utilizados na produção e coleta de dados deste estudo, bem como população e caracterização do cenário de pesquisa. Também serão descritas as precauções tomadas com os aspectos éticos do estudo.

Relata-se a etapa de intervenção, a qual faz parte do projeto de pesquisa intitulado: **“Identificação da linha de cuidado para recém-nascidos com deficiência egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria - RS”**. Nesta se desenvolveu o acolhimento e contrarreferência identificando a linha de cuidado da criança com deficiência. Sendo essas famílias acompanhadas e orientadas pelos Residentes da Fonoaudiologia,

Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. Aplicou-se um formulário, composto por questionamentos pertinentes a aquisição de dados relevantes à identificação das ações realizadas.

Deste modo, salienta-se que o momento da intervenção teve a finalidade de executar o processo de contrarreferência dos usuários recém-nascidos e identificação da linha de cuidado do público-alvo; e contatando aos profissionais da atenção básica responsáveis pelo pré-natal.

Este estudo caracterizou-se por ser do tipo Pesquisa de Campo-Descritiva. Conforme Gerhardt & Silveira (2009, p.37) “A pesquisa de campo caracteriza-se pelas investigações, em que além da pesquisa bibliográfica e/ou documental, se realiza coleta de dados junto a pessoas com o recurso dos diferentes tipos de pesquisa”. A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. Este tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987). Optou-se por essa modalidade por questionar as dúvidas e conhecer a realidade das famílias dos recém-nascidos internados em UTIN, caracterizando-se ainda como um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa. (MINAYO, 2007). A tipologia de pesquisa-intervenção, que conforme cita Rocha e Aguiar (2003) consiste:

Em uma tendência das pesquisas participativas que busca investigar a vida de coletividades na sua diversidade qualitativa assumindo uma intervenção de caráter socioanalítico.

O cenário do estudo foi a UTI Neonatal de um hospital de ensino, localizado na região centro-oeste do Rio Grande do Sul, caracterizado como hospital de alta complexidade, o qual serve de referência para 46 municípios da região. Caracterizando-se como um hospital escola, com ênfase voltada para o desenvolvimento de ensino pesquisa e assistência para a saúde. Sendo, portanto, a única UTI Neonatal pública da região, atuando maior parte do tempo com lotação máxima, totalizando cerca de 350 internações em média durante o ano.

O período de realização do estudo foi de setembro a dezembro de 2014, e a intervenção correu por meio de encontros semanais com sete famílias até o momento de alta hospitalar, orientado por um formulário semiestruturado. Foram

incluídos recém-nascidos com deficiência internados de agosto a dezembro de 2014 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. E como fator de exclusão, o diagnóstico não revelado. Foram realizadas entrevistas com famílias de sete recém-nascidos, internados em UTIN, com algum tipo de deficiência.

A coleta foi realizada mediante confirmação do diagnóstico clínico ou genético comprovando algum tipo de deficiência. Os encontros ocorreram semanalmente até a alta hospitalar.

Os dados coletados foram submetidos à análise temática proposta por Minayo (2008), que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes e subjacentes no discurso. A análise temática subdivide-se operacionalmente em três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2008). Após a análise dos dados emergiu a categoria dúvidas e sentimentos dos familiares.

Por tratar-se de uma pesquisa que envolveu seres humanos, o projeto seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, e aprovado sob número de protocolo: 701.842. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mantendo-se o anonimato. A fim de manter o anonimato dos participantes foram atribuídos códigos alfanuméricos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

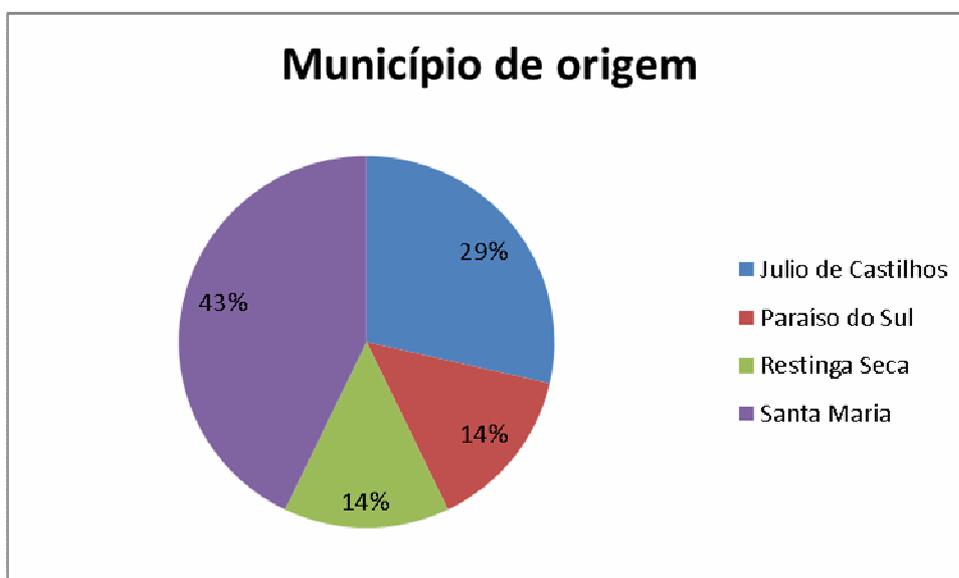
Inicialmente serão apresentados a caracterização das famílias e após a análise qualitativa dos dados estudados quanto ao município de origem, renda, sexo, composição familiar, diagnóstico, inserção em programas sociais, período de internação. Após será realizada a descrição das atividades de contrarreferência desenvolvidas relacionadas a visita programada, instituições contatadas,

profissionais de referencia, principais duvidas e impacto nas famílias em relação ao acolhimento percebido pela equipe.

Caracterização geral do publico estudado:

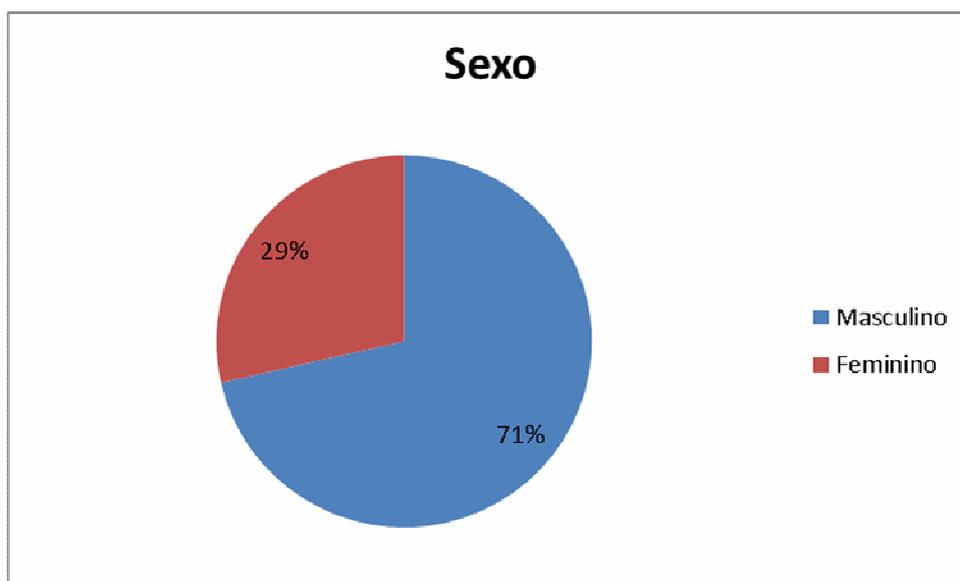
Quanto aos municípios de origem, a amostra teve como resultados, duas famílias provenientes do município de Júlio de Castilhos, uma de Paraíso do Sul, uma de Restinga Seca e três de Santa Maria.

Gráfico 1- Município de origem.



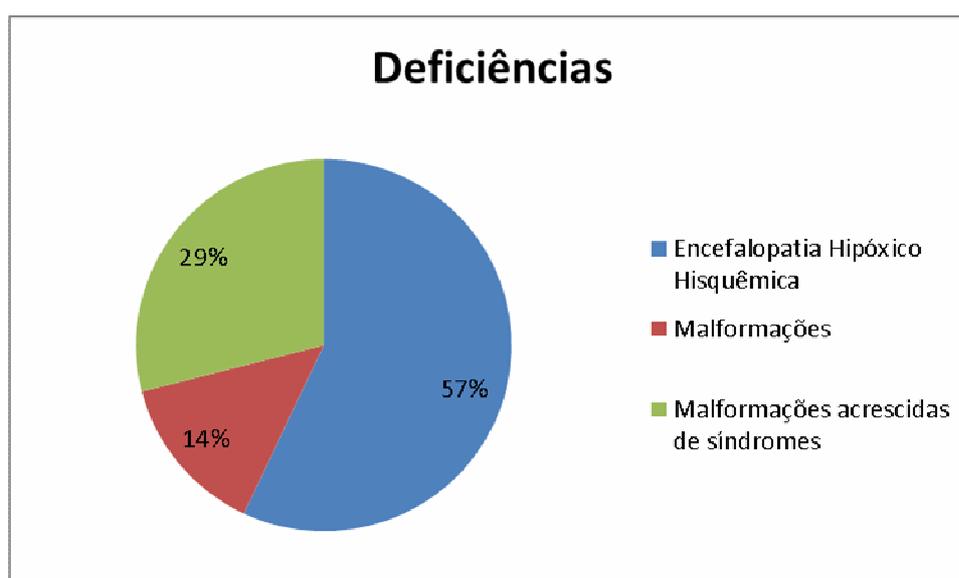
Quanto aos dados referentes ao sexo, houve prevalência do sexo masculino foram cinco recém-nascidos representando 71,42% da amostra, já do sexo feminino foram dois recém-nascidos, com 28,57%.

Gráfico 2- Sexo



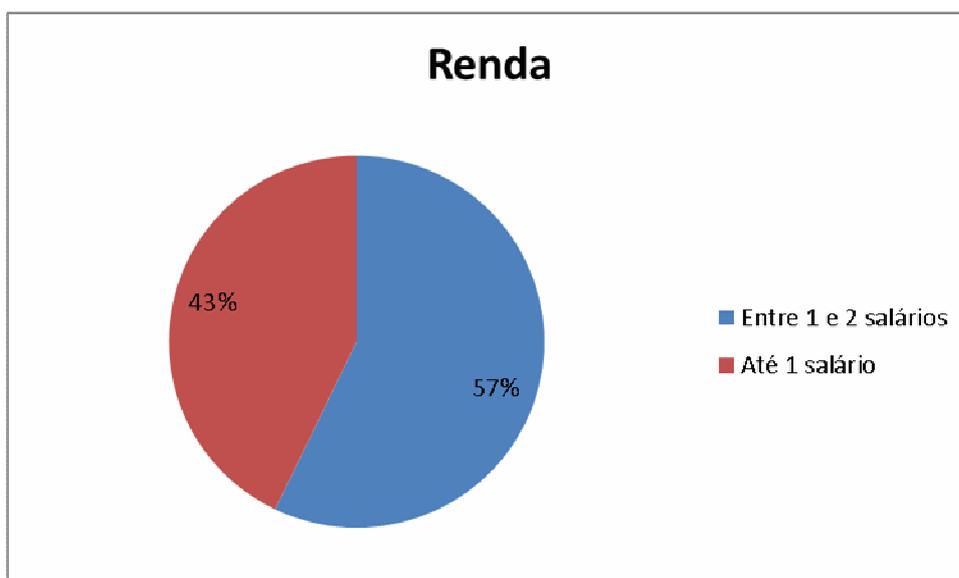
Quanto ao diagnóstico de deficiência, os recém-nascidos possuíam Encefalopatia Hipóxico Isquêmica (EHI) em diferentes graus, variando em 1, 2 e 3; malformações e síndromes acrescidas de malformações.

Gráfico 3- Deficiências.



Os recém-nascidos internados no período estudado, ainda tiveram como sua composição familiar uma média de 4,4 pessoas por família, e não faziam parte de programas assistenciais. Tiveram em média internados por um período de 43,8 dias. No quesito renda familiar 43% das famílias tinham como renda até um salário mínimo e 57% entre um e dois salários.

Gráfico 4- Renda



### **Contrarreferência a partir da caracterização dos sujeitos da pesquisa**

As famílias foram caracterizadas de “A” a “G”, os dados foram obtidos durante a realização do trabalho de intervenção, onde essas famílias foram acolhidas pela equipe multiprofissional durante o período de internação de seus filhos.

A Família A, constituída pelo pai, mãe e recém-nascido de sexo masculino, tendo como município de origem Restinga Seca. Tendo renda familiar até um salário mínimo, não fazendo parte de programas assistenciais. Durante período de internação, família recebeu diagnóstico de Agenesia de corpo caloso, microcefalia e Síndrome de Dandy Walker, necessitando de um período de internação de 40 dias. Realizou-se contato com Estratégia de Saúde da Família de referência solicitando

realização de visita programada com agente de saúde, a qual recebeu o telefonema com grande interesse, informando que o caso seria discutido em reunião de equipe. Também foi contatada a APAE de Restinga Seca, que conta com especialidades como fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia.

Família B, constituída por cinco pessoas, pai, mãe, dois irmãos e recém-nascido do sexo feminino, residindo no município de Júlio de Castilhos, com renda familiar entre um e dois salários. Criança recebeu diagnóstico de EHI I grau I e lesão de plexo braquial direito, permanecendo internada em UTIN, por um período de dez dias. Realizado contato telefônico com PSF de referência, onde efetuou-se agendamento de consultas de puericultura e puerpério, solicitando também a enfermeira responsável pela unidade para a realização de visita domiciliar. Também entrou em contato com APAE Júlio de Castilhos, onde foi feito agendamento para avaliação com equipe de fisioterapia.

Família C, constituída por cinco pessoas, sendo, pai, mãe, dois irmãos e o bebê de sexo feminino, tendo como município de origem a cidade de Júlio de Castilhos, com renda de até dois salários mínimos. Diagnóstico revelado durante internação em UTIN de EHI grau II, permanecendo em UTIN por 27 dias. Realizado contato com unidade de referência, agendado com agente de saúde visita domiciliar e agendamentos de consultas para acompanhamento e puericultura. Contatado APAE Júlio de Castilhos, para agendamento de avaliação pela equipe de fisioterapia.

Família D, formada por cinco pessoas, pai, mãe dois irmãos e bebê do sexo masculino, residem em Santa Maria, com renda familiar de até um salário mínimo. Criança diagnosticada com Síndrome de Down e pé torto congênito bilateral, permanecendo hospitalizada por 33 dias em UTIN. Entrou em contato com unidade básica de saúde, para agendamento de visita domiciliar com agente de saúde. Ao entrarmos em contato com a equipe, fomos informados da vulnerabilidade social que a família se encontrava, uma vez que, com dificuldades de administrar os cuidados de um dos filhos, a mãe teria delegado os cuidados para uma das avós. Diante dos fatos, ficariam atentos para os cuidados desse bebê com maiores especificidades no cuidado. Encaminhado para o Ambulatório de Reabilitação infantil do HUSM, para receber avaliação pela equipe multiprofissional.

Família E, de origem da zona rural do município de Agudo, composta por pai, mãe e bebê, com renda média de um salário mínimo. Recém-nascido permaneceu internado em UTIN por um período de 43 dias, diagnosticado com EHI grau I. Ao questionar a família quanto a unidade de saúde que costuma frequentar, esta relata que não procura postos de saúde e não possui nas proximidades de sua residência. Realizado contato com APAE Agudo e agendado avaliação pela equipe.

Família F, composta por pai, mãe, irmã e bebê do sexo masculino, residem na cidade de Santa Maria, com renda salarial média de um a dois salários mínimos mensais. Recém-nascido diagnosticado com EHI grave, submetido ao protocolo de hipotermia, permanecendo internado por um período de 82 dias. Em contato telefônico realizado com a enfermeira responsável pela unidade, solicitado acompanhamento, porém como não são uma Estratégia de Saúde da Família, não possuem agentes, impossibilitando realização de visitas programadas. Para acompanhamento de fisioterapia e fonoaudiologia, contatado SAF e APAE, além do agendamento para avaliação no Ambulatório de Reabilitação Infantil do HUSM pela equipe multiprofissional.

Família G, constituída por seis pessoas, o bebê de sexo masculino, mãe, pai, dois meninos, e uma menina com Síndrome de Down, residem na cidade de Santa Maria, e contam com uma renda familiar de até um salário mínimo mensal. O recém-nascido, o quarto filho desta família, foi diagnosticado com Malformação Craniofacial – fissura palatina e micrognatia, permanecendo internado em UTIN por cerca de 72 dias. Por pertencer a uma área que possui UBS, a família não conta com agente de saúde para a realização de visitas programadas. Diante do fato, realizou-se apenas agendamento para acompanhamento de puericultura com o médico pediatra da unidade. Família ainda aguardando benefício assistencial para criança com Síndrome de Down.

Durante a internação realizou-se a abordagem das famílias, onde surgiram algumas dúvidas e desabafos acerca do momento que estavam vivenciando naquele período.

### **Categoria: Dúvidas e sentimentos dos familiares**

*“Será que ele (o bebê) vai precisá de fisioterapia?” (Família A).*

Observa-se a partir de discursos como esse que as famílias permanecem com muitas dúvidas durante a internação, e muitas vezes não tendo conhecimento das necessidades e especificidades que uma criança com deficiência pode apresentar durante sua vida. Sendo necessário esclarecimento das necessidades de cuidados de saúde em longo prazo, pois muitas vezes, as famílias acreditam que o atendimento com especialidades será apenas necessário durante a internação. Através de uma abordagem educativa, com suporte emocional e social, a equipe multiprofissional pode favorecer meios para participação e autonomia familiar no enfrentamento da doença e hospitalização (HAYAKAWA et al., 2010). É muito importante que a equipe de saúde esteja presente, orientando e esclarecendo a família, evitando que ocorra negligência no cuidado do recém-nascido, e garantindo que após a alta o acompanhamento seja mantido.

*“Ela (bebê) tem anóxia, estamos bem cientes.” (Família C).*

Refletindo a partir do discurso dessa família, pode-se questionar até que ponto existe realmente a consciência das especificidades que essa criança demandará no futuro. Será mesmo que essa família está consciente da gravidade e das possíveis complicações que poderão surgir? Existe realmente conhecimento acerca das sequelas neurológicas irreversíveis que ficarão evidenciadas durante o crescimento e desenvolvimento da criança? Essa família realmente tem conhecimento que necessitará de uma rede de apoio que ofereça suporte e orientações adequadas para atender as especificidades da sua criança. A abordagem da família de uma criança com deficiência deve ir muito além de apenas um diagnóstico, deve revelar com clareza todas as adversidades que poderá enfrentar, além do caminho que deve trilhar. O acolhimento aos pais representa um

elemento essencial, auxiliando para a superação do momento vivenciado, estes devem ser recebidos e orientados da melhor maneira possível, amenizando os seus medos e ansiedades (SOUSA et al. 2011). A família deve ser esclarecida do percurso que deve percorrer e ter conhecimento da linha de cuidado a qual seu filho faz parte, tendo em vista o cuidado realizado em redes, de forma articulada. Dessa forma possibilitando que o cuidado possa ser executado nos diferentes níveis de atenção, e os serviços de saúde acessados conforme as necessidades de saúde da criança.

*“Na cadeirinha... como colocá no carro?” / Em casa, ... eu posso cortá a unha?” / “Como acalmá, ... como fazê quando tem cólica?” (Família E: mãe)*

A fala acima reflete a insegurança em relação à realização dos cuidados domiciliares da criança prestes a receber alta hospitalar. A rotina de cuidados de UTI dificulta por vezes a participação da família na execução dos cuidados com o recém-nascido, pois a equipe de saúde acaba assumindo em demasia os cuidados do recém-nascido. A equipe de saúde deve estar atenta às dificuldades encontradas pelos pais, empoderando e incentivando para a execução dos cuidados, para que após a alta hospitalar sintam-se seguros para realizar os cuidados com maior segurança. Diálogo, a escuta, a presença, o comprometimento, a valorização da presença dos pais são ingredientes básicos para efetivar o acolhimento. Famílias acolhidas de modo satisfatório, estabelecem aos poucos uma relação de parceria com a equipe e esta passa a perceber os pais como pessoas fundamentais no cuidado em UTIN (COSTA, KLOKS, LOCKS; 2012). A permanência da família é essencial, uma vez que estreita laços, aumentando o vínculo com o bebê, sendo a equipe de saúde mediadora fundamental nesse processo. Nesse sentido a alta programada se mostra muito importante, sobretudo para que a equipe de saúde possa atender as necessidades da família antes que retornem ao seu domicílio.

*“Falaram que o caso dele (bebê) é grave.” / “Não adianta agora olhá pra trás.”  
“Fiquei bem revoltada, ela (a profissional) disse pra eu ir pra lá (cita hospital) pra*

*fazer cesárea.”/ “Eu fui pra lá (cita hospital) porque era mais perto, tinha medo de não chega a tempo aqui (HUSM).” (Família F).*

Durante a internação as famílias enfrentam diversos sentimentos diante das situações vividas, uma vez que a UTI Neonatal é um ambiente estigmatizado e que gera tensão entre os pais, podemos observar famílias vivenciando momentos de angústia, revolta, tristeza, medo, frustração. Durante todo período gestacional são geradas expectativas por parte dos pais acerca do recém-nascido, porém o nascimento de um bebê com deficiência e internado em UTI Neonatal, gera a quebra da imagem do bebê idealizado no imaginário da família gerando sentimentos inesperados aos pais, que repentinamente se deparam com um universo novo, ao qual precisam se adaptar para receber essa criança que necessita de cuidados diferenciados. Ao nascer, o bebê apresenta características diferentes daquelas imaginadas no período gestacional, havendo necessidade da mãe perceber e aceitar as peculiaridades de um bebê que agora é real (FERRARI, PICCINI, LOPES, 2007).

A revolta e a impotência diante do diagnóstico é bastante comum, a equipe de saúde tem o papel de acolher essas famílias que estão vivendo a experiência de momentos difíceis, completamente diferente do que essas famílias esperavam para a chegada de seu bebê. Conversar com os familiares, ouvir suas angústias e preocupações, faz com que os mesmos se sintam realmente acolhidos e seguros quanto ao atendimento prestado ao seu filho e a eles, como extensão que são de uma mesma família (HAYAKAWA et al., 2010).

*“No início foi difícil, eu chorei, mas Deus quis assim né?” (Família G).*

As famílias podem buscar diferentes maneiras para superar as angústias geradas pela internação do recém-nascido com deficiência, uma delas é a busca pela religiosidade, e tendo a fé como fonte de consolo. Conforme Veras et al. (2010), a religiosidade vem sendo destacada como uma das formas mais utilizadas pela população para expressar e elaborar a integração das dimensões racional, emocional, sensitiva e intuitiva. A equipe multiprofissional a família deve respeitar

crenças e aspectos culturais de cada família, que utiliza desta forma para superar a situação a qual está vivendo. Ainda conforme Boff, (2006), a espiritualidade é definida como uma das fontes primordiais de esperança, desempenhando um papel fundamental de sustentação do homem ao ajudar a superar e compreender o processo da doença e da morte. Cabe a equipe de saúde perceber, que as necessidades da família podem ir além das esferas social e psicológica, ganhando contornos religiosos.

Ainda no que diz respeito ao impacto através do acolhimento pela equipe multiprofissional durante as abordagens às famílias de recém-nascido com deficiência internados em UTI Neonatal durante o processo de acolhimento, observou-se a partir das vivências da equipe de residentes multiprofissionais, que a partir do estabelecimento do vínculo com as famílias, estas se mostravam mais receptivas, e revelavam-se também mais a vontade para o esclarecimento de dúvidas a respeito do quadro clínico de seu bebê, bem como o planejamento do cuidado seria feito após alta hospitalar. Como já foi citado, muitas vezes as famílias mostravam-se confusas com relação a forma com que o cuidado de seu bebê seria realizado.

A abordagem da equipe multiprofissional no acolhimento das famílias de crianças com deficiência assume papel fundamental no cuidado centrado na família, uma vez que através de sua abordagem, assumem posição de referência. Quase a totalidade dos pais não tinha conhecimento de quais locais da rede para acessar o atendimento, como as APAES.

A contrarreferência foi realizada pela equipe multiprofissional, por meio de contato telefônico para agendamento de avaliações e encaminhamento desses recém-nascidos para a rede de apoio à criança com deficiência de seus respectivos municípios. Uma das dificuldades encontradas é que nem todas as famílias tinham em seu território uma Estratégia de Saúde da Família para realização de contato durante a alta hospitalar e realização de agendamento de visitas programadas para acompanhamento e posterior suporte na esfera da atenção básica de saúde.

Observou-se também que as famílias muitas vezes, não utilizam os serviços da atenção básica, ou fazem uso apenas para a realização de vacinação, sobretudo pelo deslocamento até as unidades com crianças com algum tipo de deficiência se

tornar difícil, ainda vale destacar que nem todas as famílias pertencem a áreas que possuem agentes de saúde. Conforme Silva et al. (2012), repensar a infraestrutura do cuidado é imprescindível, em termos de recursos humanos, principalmente fornecendo condições para o exercício profissional adequado e subsidiando um cuidado seguro, ético e de qualidade

Diante disso, observamos que a rede de atenção a saúde da criança com deficiência ainda é frágil, cabe as equipes de saúde, sobretudo as equipes multiprofissionais, não pouparem esforços para que essas crianças com tantas especificidades fiquem desamparadas, sem receber a devida atenção que é preconizada pelas políticas públicas de saúde estabelecidas em nosso país.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se a partir da intervenção, efetivada por meio do acolhimento e contrarreferência durante a alta, a importância de se mostrarem disponíveis nos serviços equipes multiprofissionais que trabalhem de forma integrada, tornando-se referência para as famílias. Durante a internação do recém-nascido com deficiência, a equipe de saúde, precisa atentar para a inserção da família nos cuidados, contribuindo para o estabelecimento de vínculo, incentivando os laços entre o bebê e a família, bem como suporte adequado aos pais para o momento da alta hospitalar, onde estes devem estar seguros e aptos para desempenhar os cuidados domiciliares.

O acolhimento e a realização da contrarreferência são estratégias de grande relevância para a atenção a saúde da criança com deficiência e sua família, uma vez que sua prática por parte das equipes de saúde irá repercutir em um cuidado resolutivo e mais humanizado. A realização de ações que preconizam a continuidade do cuidado contribui para uma melhor qualidade de vida da criança com deficiência e para sua família.

A realização do cuidado humanizado centrado na família em UTI Neonatal, ainda é um desafio, ainda são encontradas muitas dificuldades. Frente a isso, torna-se cada vez mais urgente a qualificação profissional na prestação do cuidado

humanizado, bem como constituição de equipes adequadas conforme preconiza o Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, et al. **Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2<sup>a</sup> ed. – Brasília, 2008.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação.** Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

COSTA, R; KLOCK, P; LOCKS, M.O.H. **Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

FERRARI, A.G; PICCINI, C.A; LOPES, R.R. **O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos.** Psicol Estud. 2007; 12(2):305-13.

FONTANA, R.T. **Humanização no processo de trabalho em Enfermagem: uma reflexão.** Rev Rene. 2010.

GERHARDT, T. E; SIVEIRA D. T. [ORG] **Métodos de Pesquisa.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. p.37.2009

HAYAKAWA et al. **Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2010.

LUCAS, T.A.M.P.C.; TANNURE, M.C.; BARÇANTE, T.A. et al. **A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal.** Rev enferm UFPE on line. 2009.

MINAYO, M.C.S.A. **O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 407p.

OLIVEIRA et al. **Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2010.

ROCHA, M, L; AGUIAR, K, F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises.** Psicol. cienc. prof., Brasília, 2003.

SILVA et al. **Discurso do Enfermeiro sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva.** Esc Anna Nery (impr.)2012 out - dez; 16 (4):719- 727.

SOUSA et al. **Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI Neonatal.** R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):100-10.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS et al. **A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, abr./jun,2010.

## CONCLUSÃO

A intervenção, efetivada por meio do acolhimento e contrarreferência durante a alta, a importância de se mostrarem disponíveis nos serviços equipes multiprofissionais que trabalhem de forma integrada, tornando-se referência para as famílias. Durante a internação do recém-nascido com deficiência, a equipe de saúde, precisa atentar para a inserção da família nos cuidados, contribuindo para o estabelecimento de vínculo, incentivando os laços entre o bebê e a família, bem como suporte adequado aos pais para o momento da alta hospitalar, onde estes devem estar seguros e aptos para desempenhar os cuidados domiciliares.

A demonstração de disponibilidade para responder às dúvidas sempre que for necessário, e dessa forma construir uma relação que inspire confiança, também é muito importante que exista uma comunicação simples, para que possa haver o entendimento de forma clara por parte da família acerca da situação clínica do bebê.

Frente a este estudo, destaca-se a importância dos profissionais de saúde estar atentos às especificidades dos familiares, na prática assistencial, havendo, portanto, a necessidade cada vez mais crescente de comprometer os profissionais de saúde em seu papel tanto de educador quanto de cuidador.

O acolhimento e a realização da contrarreferência são estratégias de grande relevância para a atenção a saúde da criança com deficiência e sua família, uma vez que sua prática por parte das equipes de saúde irá repercutir em um cuidado resolutivo e mais humanizado. A realização de ações que preconizam a continuidade do cuidado contribui para uma melhor qualidade de vida da criança com deficiência e para sua família.

É necessário, que nas unidades de terapia intensiva, sobretudo, nas unidades neonatais, que seja preconizada a humanização da assistência, voltada para a integralidade do cuidado do recém-nascido com deficiência e sua família. Sendo fundamental que a equipe multiprofissional que atua em UTI, favoreça um ambiente potencialmente acolhedor, e dessa maneira possibilitando a redução do estresse que vivem essas famílias durante o período de internação, e a partir dessa prática promovendo o estreitamento do vínculo afetivo com mais facilidade.

Espera-se que estudos como este, inspirem a prática diária do trabalho de UTI Neonatal, contribuindo para que os profissionais envolvidos nos cuidados do recém-nascido, tenham um olhar mais atencioso, não só para o bebê, mas também para sua família, uma vez que enfrenta uma situação tão delicada e inesperada, cabendo portanto a equipe de saúde, oferecer o suporte necessário.

A realização do cuidado humanizado centrado na família em UTI Neonatal, ainda é um desafio, ainda são encontradas muitas dificuldades. Frente a isso, torna-se cada vez mais urgente a qualificação profissional na prestação do cuidado humanizado, bem como constituição de equipes adequadas conforme preconiza o Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, et al. **Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2<sup>a</sup> ed. – Brasília, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília, 2004.

BRASIL, **Portaria n.º 569/GM Em 1 de junho de 2000.** Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação.** Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

CAMILLO, S. O.; MAIORINO, F. T. **A importância da escuta no cuidado de enfermagem.** *Cogitare Enfermagem*, v. 17, n. 3, set. 2012.

CAMILLO, S.O.; SILVA, A.L.; NASCIMENTO, A.J. **Percepções do graduando de enfermagem sobre a dimensão humana no seu aprendizado.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007.

COSTA, R; KLOCK, P; LOCKS, M.O.H. **Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012.

FRATINI, J.R.G; SAUPE, R; MASSAROLI, A. **Referencia e contra-referência: contribuição para integralidade em saúde.** *Ciência Cuid Saúde*. p.66 e 67. 2008.

FERNANDES et.al. **Entrevistando as famílias de recém-nascidos mal-formados como proposta de avaliação e de intervenção de enfermagem.** *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 26, no. 1, p. 159-165, 2004.

FERRARI, A.G; PICCINI, C.A; LOPES, R.R. **O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos.** *Psicol Estud*. 2007; 12(2):305-13.

FONTANA, R.T. **Humanização no processo de trabalho em Enfermagem: uma reflexão.** *Rev Rene*. 2010.

GERHARDT, T. E; SIVEIRA D. T. [ORG] **Métodos de Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. p.37.2009

HAYAKAWA et al. **Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Rev Bras Enferm, Brasília, 2010.

LUCAS, T.A.M.P.C.; TANNURE, M.C.; BARÇANTE, T.A. et al. **A importância do acolhimento à família em unidade de terapia intensiva neonatal**. Rev enferm UFPE on line. 2009.

MINAYO, M.C.S.A. **O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 407p.

OLIVEIRA et al. **Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem**. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2010.

PROCHNOW et al. **Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados**. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre, 2009.

RESENDE, M. C.; NERI, A. L. **Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física**. Estudos de Psicologia, I Campinas, 2005.

ROCHA, M, L; AGUIAR, K, F. **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. Psicol. cienc. prof., Brasília, 2003.

SILVA et al. **Discurso do Enfermeiro sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva**. Esc Anna Nery (impr.)2012 out - dez; 16 (4):719- 727.

SOUSA et al. **Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI Neonatal**. R. pesq.: cuid. fundam. online 2011. dez. (Ed.Supl.):100-10.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002, p. 479.

VERAS et al. **A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 2, p. 325-332, abr./jun,2010.

## APÊNDICES

## **Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Universidade Federal de Santa Maria

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar  
no Sistema Público de Saúde

### **Título do Projeto: IDENTIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO PARA RECÉM-NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA EGRESSOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - RS**

O objetivo deste estudo é possibilitar a assistência integral aos recém-nascidos com deficiência que recebem alta hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM).

Estamos motivados a realizar esta pesquisa para podermos melhorar o tratamento realizado pelos profissionais da saúde (equipe multiprofissional), buscando o desenvolvimento adequado das crianças.

O grupo formado por vários profissionais da saúde (equipe multiprofissional) realizará contatos entre os locais que formam a rede de cuidado a criança com deficiência. Quando necessário também serão feitos os contatos para as crianças que não são da área urbana de Santa Maria junto as Secretarias de Assistência Social e Saúde.

Os benefícios para as crianças e seus cuidadores serão as orientações da equipe multiprofissional, a busca por um melhor encaminhamento das necessidades da criança e o acesso a serviços, programas e benefícios.

Os procedimentos utilizados apresentam risco e/ou desconforto considerado mínimo aos participantes, como cansaço devido ao número de perguntas que serão realizados aos responsáveis e/ou aos sentimentos que podem aparecer neste momento. No entanto, qualquer tipo de problema ou desconforto deve ser comunicado imediatamente aos pesquisadores quando a entrevista será interrompida.

A participação neste estudo não terá nenhum custo nem para você e nem para sua criança, e vocês não receberão nenhuma vantagem financeira. O Sr. (a) será explicado(a) sobre o estudo em qualquer momento que desejar e estará livre para participar ou recusar-se.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa não acarretará qualquer prejuízo ou modificação na forma em que a criança e você são atendidos.

Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados e participantes, que poderão obter informações sobre a pesquisa a qualquer momento que julgarem necessário.

Os resultados da pesquisa estarão à disposição de todos os participantes quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 05 anos, e após esse tempo serão adequadamente destruídos. Além disso, os participantes não serão identificados em nenhuma publicação resultante do estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_,

abaixo assinado, concordo com a participação da criança, pela qual sou responsável. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus possíveis desconfortos e riscos, os benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Local \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ Carteira \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ ou  
CPF \_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura \_\_\_\_\_

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Pesquisador responsável: FT. Profª Drª Claudia Morais Trevisan.  
Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Fisioterapia e Reabilitação.  
Telefone para contato: 55-32208234

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br).  
Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep).

## APÊNDICE B

### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PARA INTERVENÇÃO

RECÉM-NASCIDO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: \_\_\_\_\_

RENDA FAMILIAR: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PERÍODO DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_

VISITA PROGRAMADA COM A UBS: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÕES CONTATADAS: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÕES CONTRA REFERENCIADAS: \_\_\_\_\_

PROFISSÕES DE REFERÊNCIA NAS RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES: \_\_\_\_\_

PROGRAMAS SOCIAIS DE INSERÇÃO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE ENCONTROS REALIZADOS: \_\_\_\_\_

DÚVIDAS E/OU PERGUNTAS REALIZADAS PELA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

IMPACTO OBSERVADO NA FAMÍLIA A PARTIR DA INTERVENÇÃO DO PROJETO: \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES DOS PESQUISADORES: \_\_\_\_\_