

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**A ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL:
PERCEPÇÕES MATERNAS**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Fabiane Luz de Carvalho

**Santa Maria, RS, Brasil
2013**

**A ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÕES
MATERNAS**

Fabiane Luz de Carvalho

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, 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, Ênfase Mãe-Bebê**

Orientadora: Ma. Lizandra Flores Pimenta

Santa Maria, RS, Brasil

2013

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**A ALTA DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: PERCEPÇÕES MATERNAS.**

Elaborado por
Fabiane Luz De Carvalho

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de
Saúde, ênfase em Mãe-Bebe.**

Comissão Examinadora:


**LIZANDRA FLORES
PIMENTA**


**MELISSA MEDEIROS
BRAZ**


**ROSERI DE FREITAS
CALIXTO**

Santa Maria, 07 de fevereiro de 2013.

A ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: PERCEPÇÕES MATEERNAS*

DISCHARGE OF A NEWBORN OF A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT: MATERNAL PERCEPTIONS

Fabiane Luz de Carvalho; Chariani Gugelmin. Basso dos Santos; Gabriela de Almeida Jurach; Lizandra Flores Pimenta; Luana Cristina Berwig; Terezinha Heck Weiller

Resumo

O objetivo deste estudo foi conhecer a vivência dos pais no processo de alta dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e analisar como ocorreu a inserção destes recém-nascidos na Atenção Básica sob a perspectiva da continuidade do cuidado. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, realizada com recém-nascidos que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no período de março de 2011 a fevereiro de 2012. A coleta de dados foi realizada por meio de análise de prontuários dos recém-nascidos e entrevista semi-estruturada. Foram entrevistadas 45 mães. A análise temática dos dados revelou três categorias: O dia da alta, com as subcategorias: Recebendo a alta do recém-nascido, Avaliação do atendimento e Orientações para o cuidado no domicílio; Acesso a atenção básica segundo a percepção das mães e Continuidade do cuidado. Os resultados revelaram sentimento de alegria e alívio com a alta do filho, reconhecimento pelo serviço prestado na unidade e a importância da comunicação entre os diferentes serviços para a promoção da continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Alta hospitalar; Acesso aos Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

* Este artigo será enviado para apreciação e possível publicação na Revista Baiana de Saúde Pública, tendo sido formatado conforme as diretrizes para os autores desta revista (ANEXO A).

Abstract

This research aimed to understand some parents' experience on the process of newborns discharge from Neonatal Intensive Care Unit, as well as to analyze the circumstances of these newborns inclusion in the Basic Care from the perspective of the care progression. Therefore, the present study is qualitative and was carried out considering newborns who were admitted to the Neonatal Intensive Care Unit from March 2011 to February 2012. The data was collected through an analysis of the newborns' medical records and semi-structured interviews with 45 mothers. Considering the thematic analysis, three categories were identified: The discharge day – and its subcategories: The newborn discharge moment, Evaluation of care and Guidance to home care –, Access to basic care according to mothers' sense and Prevalence of tertiary health care related to primary care. Hence, the findings revealed parents' happiness and relief because of their children's discharge, the acknowledgment on the Unit supply and the importance of communication among the several departments to keep and support the health care.

Key words: Intensive Care Units, Neonatal; Patient Discharge; Health Services Accessibility; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência neonatal experimentou na última década, um significativo desenvolvimento tecnológico correspondendo, de certa forma, a uma tendência mundial.¹ A alta tecnologia aliada aos conhecimentos técnicos tem contribuído para a sobrevivência dos neonatos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal).²

Em um estudo realizado no Brasil, evidenciaram-se taxas de sobrevivência próximas a 30% em prematuros nascidos com idade gestacional de 25-27 semanas, acima de 50% entre 28 e 30 semanas e acima de 70% para os nascidos com idade gestacional maior que 31 semanas.¹

A internação em unidade de tratamento intensivo neonatal com poucas horas de vida desperta nos pais sentimentos de medo, angústia, ansiedade, impotência diante do risco de vida do filho. O tratamento de um prematuro pode ser demorado, permanecendo meses na unidade de tratamento intensivo sob cuidados de vários profissionais que devem estar qualificados para assistir a esses seres tão pequenos e complexos.²

A UTI Neonatal é um dos setores de maior especialização do cuidado aos recém-nascidos dentro das instituições de saúde. Nesse espaço restrito há concentração de diferentes profissionais, diferentes tecnologias e diferentes saberes. A assistência oferecida aos neonatos está orientada para o diagnóstico e a terapêutica na busca da recuperação biológica dos prematuros ou da cura da doença.³

Entretanto, persiste a dificuldade na implementação de ações que garantam a continuidade da assistência ao recém-nascido após a alta da UTI Neonatal, resultando em sua fragmentação e comprometendo sua integralidade.⁴

Existe a possibilidade de garantir a integralidade considerando o momento da alta de cada paciente como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele usuário específico.⁵

Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer a vivência dos pais no processo de alta do recém-nascido da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e analisar como ocorreu a inserção deste sujeito na Atenção Básica sob a perspectiva da continuidade e da integralidade do cuidado.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é resultado do projeto de pesquisa e de intervenção intitulado “Alta de recém-nascidos maiores de 1500 gramas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Identificação da Linha de Cuidado”, que analisou o processo de alta dos recém-nascidos (RN’s) maiores de 1500 gramas que estiveram internados, no período de março de 2011 a fevereiro de 2012, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM). Este é um hospital público federal, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência à comunidade, em nível terciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital é referência em alta complexidade, responsável pelo atendimento a gestação de risco e o único hospital público da região que possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

A coleta de dados foi realizada em três momentos, sendo que no primeiro momento foi realizada, através de um formulário (APÊNDICE A), a busca nos prontuários de informações para caracterizar o perfil da amostra e identificar qual a procedência dos usuários, ou seja, Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) das suas coberturas.

Nesta primeira etapa, foi constatado que no período supracitado ocorreram 316 internações e destas, 186 foram excluídas por serem de RN’s menores de 1500 gramas, 6 por motivo de óbito e 51 por não residirem no município de Santa Maria, restando então uma amostra de 73 usuários.

Na segunda etapa deste estudo, foi realizado o mapeamento dos usuários por região, no município de Santa Maria, a fim de facilitar a aplicação do instrumento do estudo.

O terceiro momento desta pesquisa consistiu na visita domiciliar aos responsáveis pelos usuários, agendada após mapeamento dos endereços. As visitas foram precedidas de contato telefônico a fim de informar o seu objetivo. Nesta etapa foram excluídos 27 RN’s devido desatualização do contato telefônico, endereço incorreto ou recusa em participar da pesquisa, restando 46 sujeitos. A visita domiciliar objetivou a realização de uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), instrumento construído pelas pesquisadoras, que investigou as seguintes questões: o dia da alta do recém-nascido da UTI neonatal; as orientações recebidas pelos familiares neste dia e suas implicações na continuidade do cuidado, bem como a avaliação do acesso à Atenção Básica.

As entrevistas foram precedidas de esclarecimentos quanto aos aspectos éticos e legais e teve início somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), em duas vias de igual teor, permanecendo uma com o responsável do recém-nascido e outra com a pesquisadora. Todas foram gravadas e posteriormente transcritas e organizadas em temas que foram emergindo dos dados. Para preservar a identidade dos sujeitos foi utilizada codificação, sendo numerados sucessivamente.

Este estudo é de natureza qualitativa, entretanto alguns aspectos quantitativos compõem a análise dos dados, tais como: sexo dos sujeitos, tempo de internação, idade da mãe, grau de escolaridade e profissão. As entrevistas foram analisadas a partir do agrupamento em temáticas, segundo Minayo.⁶ A análise proposta por esta autora compreende três etapas, quais sejam: Pré-análise, Exploração do Material e de Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, sob o parecer número 6637012.0.0000.5346 (ANEXO B) atendendo às prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da exclusão dos recém-nascidos menores de 1500 gramas, por serem encaminhados e acompanhados no Ambulatório de Segmento de RN do HUSM, dos recém-nascidos que foram a óbito ainda no período da internação e dos que não residiam no município de Santa Maria-RS, chegou-se a um total de 73 usuários, destes, participaram da pesquisa 46. Os demais foram excluídos por não terem sido encontrados via contato telefônico (números incorretos), nem no endereço informado ou por não aceitarem participar da pesquisa.

Com relação às principais características dos recém-nascidos, a média da idade gestacional foi de 35 semanas, o escore médio de Apgar de 8,74 pontos no 5º minuto, quanto ao sexo, 60% eram do sexo masculino e a média do tempo de internação foi de 13,82 dias. Quanto a consulta de puericultura, 6,82% das mães referiram nunca terem levado seu filho a consulta na Atenção Básica com clínico geral ou pediatra, por considerarem desnecessário uma vez que o RN não apresenta nenhuma queixa ou sintomatologia. Quanto às reinternações, 40% dos recém-nascidos precisaram ser reinternados, os principais motivos listados foram: bronquite, pneumonia, diarreia e desidratação. (**Tabela 1**).

Tabela 1. Perfil dos recém-nascidos

VARIÁVEIS	
Média da idade gestacional do nascimento	35 semanas
Média do Apgar no 5º minuto	8,74 pontos
Distribuição relativa do sexo	
Masculino	60,87%
Feminino	39,13%
Distribuição relativa das reinternações	40%

As entrevistadas deste estudo foram 100% mães e em relação ao valor absoluto, foram 45, pois uma das mães teve gestação gemelar com ambos os filhos internados na UTI Neonatal.

Quanto a algumas características, a média de idade materna foi de 25, 91 anos, variando de 16 a 39 anos, em relação ao nível de escolaridade, 51,10% com ensino fundamental completo ou incompleto, 35,55% possuíam ensino médio completo e 11,11% possuíam nível superior. A taxa de fecundidade (média) foi de 2,76 filhos, entretanto observa-se que quanto menor o grau de instrução maior foi o número de gestações. Entre as mulheres que não concluíram o ensino médio (51,10%) a

média de filhos foi de 2,83, enquanto que esta foi de 1,95 entre as que haviam cursado, no mínimo, ensino médio completo. Quanto à ocupação, 55,56% eram do lar, 11,11% trabalhavam no comércio; 6,67% eram empregadas domésticas, 6,67% diaristas e 19,98% exerciam outra profissão, tais como: estudante, cabeleireira, papelreira e servente de obras (**Tabela 2**).

Tabela 2. Perfil das mães

VARIÁVEIS	
Média de idade	25,91 anos
Distribuição relativa do nível de escolaridade	
Ensino Fundamental	51,10%
Ensino Médio Completo	35,55%
Ensino Superior	11,11%
Média do número de filhos	2,76 filhos

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil⁷ sugere alguns critérios para a identificação de RN's de risco, entendendo que RN de risco é aquele exposto a situações com probabilidade de evolução desfavorável e podem estar presentes no nascimento e ao longo da vida da criança, tais como: RN pré-termo, mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo), baixo nível socioeconômico, entre outros. Sendo que a escolaridade materna é outro fator de risco importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica.

Corroborando com o exposto acima, os neonatos pré-termos e de baixo peso ao nascer caracterizam-se com maior vulnerabilidade a diversas morbidades, bem como a reinternações hospitalares, comprometimentos no crescimento e desenvolvimento infantil e a maiores taxas de mortalidade infantil.⁸

Nessa perspectiva, configura-se a necessidade de acompanhamento destas crianças de risco especialmente durante o primeiro ano de vida, para garantir a continuidade dos cuidados neonatais, bem como reduzir a prevalência de morbidades, de mortalidades e de internações e reinternações hospitalares. E ainda, uma atenção além da questão clínica, sendo imprescindível um suporte social uma vez que uma parcela destas famílias encontram-se em risco de vulnerabilidade social.⁹

A partir da leitura e interpretação do conteúdo das entrevistas transcritas, juntamente com as observações realizadas durante as mesmas, foi realizada a análise dos discursos dos sujeitos de

acordo com o referencial teórico pertinente. Na fase de exploração do material surgiram três categorias e suas respectivas subcategorias, que são: Categoria 1 – **O dia da alta**, que tem como subcategorias “Recebendo a alta do recém-nascido”, “Avaliação do atendimento” e “Orientações para o cuidado no domicílio”; Categoria 2 – **Acesso à Atenção Básica** e Categoria 3 – **Continuidade do cuidado**.

O dia da alta

A percepção das mães sobre o dia da alta hospitalar denota experiências positivas decorrendo na análise dessa categoria, do qual emergiram três subcategorias, sejam elas: recebendo a alta do recém-nascido, avaliação do atendimento e orientações para o cuidado no domicílio.

Recebendo a alta do recém-nascido

Os sentimentos positivos foram expressos pela felicidade ao trazer o filho para casa que foi narrado através de uma comparação com o momento doloroso que foi deixá-lo internado, sob cuidados intensivos conforme a fala a seguir:

“Foi difícil pra mim ter dado alta e ela ter ficado lá [...]O dia da alta foi um dia de vitória, de vitória (choro) porque eu achei que eu ia perder a minha filha. Foi só vitória e alegria né gurias, ter iniciado a vida de novo.” E13

Pode se identificar, tanto na fala acima citada quanto na seguinte, que a alta desperta sentimentos positivos de alegria, alívio, vitória e renascimento.

“[...] no dia que ela saiu foi muito feliz né, eu e meu marido a gente se abraçou e eu chorei, eu arrumei ela, coloquei um lacinho pra trazer ela embora.” E15

Destaca-se que, para essas mães, a “festa social do nascimento”, reconhecimento social da maternidade é adiado para o dia da alta hospitalar do recém-nascido.¹⁰ Fato também revelado nesta fala:

“Os irmãos estavam tudo esperando ele, tudo alegre, tudo faceiro. Fizemos uma festinha na chegada dele, foi muito lindo, tiramos foto.”E6

Os pais e familiares estão conseguindo se refazer do luto inicialmente estabelecido e começam a concretizar a presença do bebê em casa.¹¹

A internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva é quase sempre um momento difícil para a família, que pode vivenciar sentimentos de incerteza quanto à questão clínica e à sobrevivência de seu familiar, sentimentos que envolvem as suas próprias perspectivas de vida.^{12,13}

A mesma comparação também é colocada nesta fala:

“Foi bom trazer ele pra casa, porque a maioria das mães já ganha o bebê e já vem junto com a mãe né, e eu tive que ficar sem ele (choro), é ruim, eu não quero que ninguém passe pelo que eu passei (choro).” E8

Para as mães existe uma sobreposição de perdas, como a perda do filho idealizado e a impossibilidade de estar com o filho em casa, ou seja, o berço vazio.¹⁰ E este contexto desencadeia sentimentos de tristeza nos pais, especialmente nas mães, devido a todo o vínculo do binômio mãe-bebê estabelecido durante o período gestacional.^{10,12,14}

Apesar do nascimento do filho, momento que o mesmo deixa de ser o filho imaginário e passa a ser o filho real, as mães sentem falta do abraço, do beijo e das carícias no colo, e estas ausências acabam por causar o sintoma de ansiedade, conforme relato da entrevistada:

“O dia da alta dele foi muito feliz pra mim, porque eu estava numa ansiedade de ter ele nos meus braços [...] eu chorei que ele estava dando alta.” E6

O nascimento de um bebê prematuro ou em situação de emergência configura-se em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível e ansiogênica.¹⁵ Estudos mostram que os níveis de ansiedade tendem a diminuir significativamente após a alta hospitalar do recém-nascido.^{15, 16}

Outro fator que pode desencadear ansiedade é o não planejamento do dia da alta conforme alguns depoimentos.

“[...] foi muito feliz, eu não imaginava que ele ia ter alta.” E7

“[...] foi uma surpresa pra mim, não esperava que ele fosse ter alta logo [...] eu ia ir pra casa pegar roupa pra ele, mas as gurias me emprestaram do hospital mesmo.” E11

O planejamento de alta deve ser o foco da assistência desde a hora da admissão do recém-nascido ao hospital. Envolve a formulação de um programa pela equipe de saúde, o paciente, a família e os órgãos externos apropriados para ir ao encontro das necessidades físicas e psicossociais do paciente após a alta, exigindo uma colaboração rigorosa da equipe de saúde.^{17, 18}

Em estudo sobre o preparo da alta na visão da família foi diagnosticado que as altas foram informadas com 24 horas de antecedência, entretanto não houve decisão conjunta da equipe quanto a alta hospitalar.¹¹

Avaliação do atendimento

Nesta subcategoria foi significativo para as mães o cuidado dispensado ao seu bebê e a elas durante a internação. As mães sentem-se mais seguras quando percebem que seu filho recebe atenção e carinho, sendo um conforto para os momentos em que sua presença não é possível conforme fala das entrevistadas.

“Eu também fui bem tratada.” E1

“Eu via as enfermeiras cuidando deles com muito amor e carinho.” E23

“Sempre que a gente perguntou, chamou o médico ele foi bem atencioso com a gente.” E2

Percebe-se que a família do RN internado na UTI encontra-se em situação de vulnerabilidade e fragilidade, fazendo-se necessário a acolhida neste momento crítico.

Os profissionais que atuam na assistência neonatal devem ter em mente que o usuário não é apenas o recém-nascido, mas também sua mãe e toda sua família. Por isso, o foco do cuidado deve ser centrado também na família e não ficar limitado ao bebê.¹⁹ É importante mostrar aos pais que há espaço para a escuta e que suas questões são levadas a sério.²⁰

Neste contexto, é importante conhecer a família para entender quando a mãe está ausente, que existe uma situação familiar que a impossibilita da permanência constante junto ao filho, como mostra a fala a seguir:

“[...] toda vez que eu chegava lá ela tava bem cuidada, sempre tinha alguém junto com ela [...] dando carinho, porque eu não podia estar todo o tempo lá, porque tinha a A.” E9

Estudos mostram que a maioria dos pais procura visitar seu filho internado quase que diariamente, entretanto enfrentam alguns obstáculos, tais como: não ter com quem deixar outros filhos, que também precisam de sua atenção e cuidado.^{14, 21, 22}

Por outro lado, algumas mães expressam certo descontentamento quanto à revelação do quadro clínico.

“É um atendimento de qualidade excepcional. A única é que eu não sabia o quadro do nenê, na verdade eles não me disseram que ele tava com uma septicemia.” E7

“[...] eles deveriam ser mais aberto, explicar o que aconteceu, o que houve, o porquê de tudo.” E18

A mesma queixa foi encontrada em estudo que avaliou a percepção dos pais na internação do filho em UTI Neonatal, onde alguns depoimentos questionam posturas assumidas pelos médicos.²² Estudo sugere, como estratégia de apoio aos pais, que as informações aos pais sejam sempre dadas de maneira clara, oportuna e sensível; devendo ser repetidas quantas vezes forem necessárias, para que os pais compreendam exatamente o problema da criança e o tratamento.²⁰

Desde 1990 é garantido através do Estatuto da Criança e do Adolescente na Lei nº 8.069 a liberdade dos pais ou responsável, estar junto ao RN em tempo integral.²³ O hospital público que prestou assistência aos neonatos desta pesquisa vem respeitando a presente lei, como mencionado na fala abaixo:

“[...] A liberdade dos pais de estar ali vendo os bebês, isso ai eu gostei bastante.” E20

O Brasil destaca-se por sua vasta e avançada legislação em prol da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, entretanto falta avançar na questão da publicidade desses direitos, principalmente entre a população em vulnerabilidade social, para que reconheçam como direito e não como ‘favor’. Os direitos de cidadania transmutam-se em ajuda e favor, e tendem a inscrever fortemente nos indivíduos o sentimento de gratidão.²⁴

Orientações para o cuidado no domicílio

Observa-se a partir desta fala que a orientação dos profissionais de saúde é importante para estimular o contato e dar segurança para o início dos cuidados.

“[...] as mães que não sabem nada aprendem tudo lá – como dar banho, como trocar até no pegar a criança, porque tu não sabe nem como tu vai pegar no colo, tão pequenininho. Mas tu aprende, a orientação lá serviu e eu coloquei em prática muita coisa que eu aprendi lá.” E8

A aparente fragilidade física, tendo em vista o tamanho e as necessidades típicas do bebê pré-termo, pode em si ser assustadora, contribuindo em parte, para a recorrência de situações nas quais os genitores não conseguem tocar no recém-nascido; soma-se a isso, receio dos pais de ‘provocar mais danos a um bebê tão frágil’.²⁵

Alguns autores afirmam que as mães que desenvolvem os cuidados básicos com o prematuro durante a hospitalização e participam da tomada de decisão (empoderamento) no tratamento do filho, estarão mais seguras de sua habilidade em cuidar do bebê no domicílio.^{26, 27}

Esta preocupação é pertinente, pois recém-nascidos de risco são mais vulneráveis a infecções respiratórias, entre outras.

“Só que a gente fica assim né, quando ele fica doentinho a gente já fica com medo, ele é prematuro né, ai cada vez que ele fica gripado o pai dele já fica preocupado com ele, medo que aconteça alguma coisa.” E6

Apesar de a alta hospitalar ser um dos momentos mais desejados pela família de crianças prematuras, existe a ansiedade e insegurança acerca do cuidar em domicílio, sem a presença da equipe de saúde.¹⁷

Sendo assim, neste momento, torna-se importante o estabelecimento de redes de apoio familiar e social, que são fundamentais para essas mães. Em algumas circunstâncias os ambulatórios de seguimento de recém-nascidos prematuros e egressos de UTIN representam importantes fontes de apoio e orientações para as mães e famílias de recém-nascidos prematuros.²⁸

Acesso a Atenção Básica segundo a percepção das mães

Para a apresentação deste tema e a discussão do mesmo será utilizado o conceito de acesso sob a ótica de Fekete que identifica quatro dimensões da acessibilidade: Dimensão geográfica, Dimensão organizacional, Dimensão sociocultural e Dimensão econômica.²⁹

Na dimensão organizacional foi apontado pelas mães a porta de entrada como um dos principais obstáculos, representada na seguintes falas:

“A dificuldade é a consulta né, ou tu amanhece pra conseguir ou não consegue nada.” E4

“É precário tu conseguir uma consulta pelo SUS.” E7

“Pediatra aqui é uma vez na semana e tem que agendar um mês, dois meses antes.” E17

A dimensão organizacional refere-se a obstáculos originados no modo de organização do serviço tais como na entrada - demora na obtenção da consulta, tipo de marcação e horário.²⁹ Este achado coincide com o exposto em estudo sobre avaliação do acesso na Atenção Primária em Saúde (APS).³⁰

Outro fator de dimensão organizacional citado é a demanda reprimida na Atenção Básica destacado na fala a seguir:

“[...] tu chega com a criança ali com febre, quase passando mal e ele não atende, manda a gente ir para o PA, aí a gente chega no PA mandam a gente pra o postinho.” E17

A peregrinação de mães com seus RN's em busca de assistência não é infrequente, entretanto todo RN com intercorrências deve ter prioridade no atendimento; deve ser acolhido, avaliado e assistido em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procurar assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso. A vigilância dos óbitos infantis no País tem apontado que muitas vezes o RN passou pelo serviço de saúde durante a doença que levou à morte e não obteve a resposta apropriada e em tempo oportuno. Acolher o RN e responder de forma qualificada é um compromisso de todo profissional e serviço de saúde para a prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis.⁸

Existem situações não programadas (demanda espontânea) que podem ser acolhidas na atenção básica. É fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos.³¹

Ainda dentro da dimensão organizacional a pós-entrada foi relatada por uma entrevistada como um problema de tempo de espera para o atendimento, como exposto na seguinte fala:

“Coisa ruim é a demora né, sempre tem, mas o que a gente vai fazer né [...] a gente tá preparada, porque sai agora de casa (início da tarde) e antes das cinco a gente não volta.”

E5

Este mesmo obstáculo, tempo de espera para a consulta, foi encontrado em seu estudo sobre o acesso na Atenção Primária de Saúde.³⁰

Na dimensão sociocultural as mães narraram a qualidade do atendimento a partir de uma comparação com o serviço prestado no ambiente hospitalar.

“No posto eu já não gostei muito, ele não olhava muito, lá no hospital quando faz eles olham tudo direitinho, pede exame e aqui ele nunca pediu exame, nunca fez exame.” E6

A dimensão sociocultural refere-se a perspectivas da população: percepção do indivíduo sobre a gravidade de sua doença, medo do diagnóstico e das intervenções, crenças e hábitos, vergonha; e do sistema de saúde: formação dos profissionais; falta de preparo das equipes frente à diversidade de usuários.²⁹ Na busca por contemplar os quesitos acima os responsáveis pelas crianças optam pelo serviço de nível terciário por julgaram de melhor qualidade devido: a experiência prévia pessoal, satisfação com o atendimento, agilidade do atendimento, persistência/agravamento da doença e disponibilidade de pediatra.³²

Ainda dentro da dimensão sociocultural uma entrevistada retrata o interesse em saber o quadro clínico da criança. Aprecia receber explicações sobre a saúde do seu filho, bem como orientações que venham a promover o desenvolvimento do mesmo, mostrando-se satisfeita com o atendimento.

“[...] as estagiárias, as pediatras conversam, explicam bem sabe. Eu gostei, ela explicou tudo, explicou que eu tinha que dar alimentação pra ela, tudo, aí eu gostei.” E12

É importante a promoção de vínculo entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, estreitando as relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando o cuidado e o reconhecimento de risco.⁸

Na fala abaixo, a mãe relata o não envolvimento de outros profissionais por parte da equipe da Atenção Básica, o que poderia favorecer o estabelecimento de vínculos entre usuário e serviço de saúde.

“A gente não tem muito contato com o pessoal, só direto com o médico, tira ficha e é direto com o médico depois.” E2

Em um estudo em cidades do nordeste sobre o acesso à Atenção Básica, os usuários também se mostram descontentes com a acolhida, ou com a falta desta prática, na unidade.³³ Constatando que o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo, como forma de inclusão do usuário.³⁴

Continuidade do cuidado

Infere-se da observação das falas que o hospital de nível terciário não se encontra adequadamente organizado como agente atuante na conexão com os pontos da rede de cuidado, especificamente com a Atenção Básica, conforme as seguintes falas:

“A orientação que me foi passada foi que eu deveria procurar uma Unidade de Saúde mais próxima de casa.” E7

“Diziam que eu tinha que levar ela no postinho.” E12

“Que tinha que ir no posto, que era pra consultar uma vez no mês.” E11

Segundo a Política Nacional de Humanização, o Sistema de Referência e Contra-referência, é apontando como um modo de organização dos serviços configurados em redes, sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos pactuados, para assegurar a atenção integral aos usuários. Prevê a viabilização de encaminhamentos resolutivos reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.³⁵

O hospital contribuiria para a rede da integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência/transferência por conhecer a necessidade de um cuidado continuado, colocando em questionamento a idéia do senso comum de que a alta complexidade está “no topo”, lá onde fica o hospital.⁵

É fundamental a interlocução entre os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, acordos para o funcionamento dos serviços; só assim será possível uma atenção integral que garanta a continuidade da assistência, otimizando recursos e provendo atenção resolutiva com potencial de redução da mortalidade por causas evitáveis e sequelas que podem comprometer a vida

das crianças e suas famílias. A definição do fluxo para assistência dessa população é fundamental para orientar a prestação de serviços na rede de saúde.³²

Corroborando com esta afirmativa uma entrevistada, sugere:

“Na minha opinião, eles (o hospital) poderiam marcar uma consulta, não precisaria tu ir lá pegar ficha pra marcar pra depois voltar de novo.” E18

Confirmando, tem-se retratada a importância da alta da UTI Neonatal acompanhada por uma transferência para a Atenção Básica, colaborando assim para a promoção da continuidade do cuidado, sem entraves na porta de entrada:

“Foi bom porque já estava marcada né, não teve que ficar esperando nada (a consulta foi marcada no dia da alta da UTI através de contato de profissional da uti n com a atenção básica)”. E15

É fundamental existirem serviços que sejam articulados de maneira complementar, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral e continuada.³²

A rede de assistência ao RN deve ser compreender: captação após a alta hospitalar - após o nascimento ou internação, com agendamento de atendimento na Atenção Básica; identificação do RN de risco, notificação da alta, agendamento de consulta na atenção básica, bem como continuidade do cuidado/captação do RN pela atenção básica de saúde que deve ser realizada após atendimento do RN em serviços de urgência ou após alta hospitalar, por meio de agendamento por telefone, pelo envio de cópia/listagem da DNV, por meio de visita domiciliar e outros, para não haver descontinuidade da assistência.⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que, para os pais, o momento da alta do seu filho da UTI Neonatal é de sentimentos positivos, de felicidade, alegria por estarem levando seu filho para casa; isto pode ser percebido inclusive pelas expressões faciais e corporais das mães quando questionadas quanto ao dia da alta hospitalar do RN, bem como pelos relatos de agradecimento ao serviço prestado pela equipe da Unidade.

Entretanto algumas mães saem da UTI Neonatal sem reconhecer as necessidades clínicas e sem compreensão da importância do acompanhamento desde RN; neste sentido torna-se importante a implantação de ações de educação permanente para a equipe, que incluam temáticas de cuidado centrado na família, apego e vínculo entre pais-filho e família, acolhimento, questões clínicas, tendo em vista o preparo dos pais e da família para a continuidade dos cuidados após a alta, valorizando o contexto social em que desta, respeitando as singularidades, em busca da continuidade da atenção.

Evidenciou-se a importância da estruturação do cuidado em redes assistenciais, possibilitando o intercâmbio entre pessoas e instituições e favorecendo a continuidade do cuidado e prestando apoio a família que agora tem sob seus cuidados um recém-nascido que aspira maiores atenções.

REFERÊNCIAS

1. Prigenzi MLH, Trindade CEP, Rugolo LMSS, Silveira LVA. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2010; 8(1):93-10.
2. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saude Mater Infant [Recife]*. 2006;6(1):47-57.
3. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
4. Oliveira SRd, Sena RRd. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. *Rev Min Enferm*. 2010;14(1):103-09.
5. Cecílio LCdO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RAd. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2003. p. 197-210.
6. Minayo MSdS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11 ed. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2008.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil*. Brasília, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

9. Moraes AC, Quirino MD, Camargo, CL. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2012 jul/set; 14(3): 654-62. Extraído de: [<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a23.htm>], acesso em [03 de janeiro de 2013].
10. Marson AP. “Narcisismo materno: quando meu bebe não vai para casa...” *Rev SBPH* [Internet]. 2008;11(1). Extraído de: [<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf>], acesso em [03 de janeiro de 2013].
11. Souza JcD, Silva LMSd, Guimarães TA. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria (São Paulo)* 2008;30(4):217-227.
12. Sales AC, Alves NB, Vrecchi MR, Fernandes J. Concepções das mães sobre os filhos prematuros em UTI. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(1):20-4.
13. Fraga ITG, Pedro ENR. Sentimentos das mães de recém--nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. *Rev Gauch Enferm.* 2004;25:89-97.
14. Mittag BF, Wall ML Pais com filhos internados em UTI neonatal – sentimentos e percepções. *Fam. Saúde Desenv.* [Curitiba]. 2004;6(2):134-45. Extraído de : [<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewPDFInterstitial/8068/5686>], acesso em [04 de janeiro de 2013].
15. Padovani, FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarted G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):251-4.
16. Zanardo V, Freato F. Home oxygen therapy in infants with bronchopulmonary dysplasia: assessment of parental anxiety. *Early Hum Dev.* 2001;65(1):39-46.
17. Viera CS, Mello DFd. O seguimento da saúde da criança pré- termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem* [Florianópolis]. 2009;18(1):74-82.

18. Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Esc Anna Nery Ver Enferm.* 2009;13(4): 886-91.
19. Carvalho RMA, Patrício ZM. A importância do cuidado presença ao recém-nascido de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e a família. *Texto e Contexto Enferm* 2000;9(2): 577-89.
20. Baldiniv SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. Extraído de [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=223], acesso em [15 de janeiro de 2013].
21. Siqueira LdS, Sigaud CHdS, Rezende MA. Fatores que apoiam e não apoiam a permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2002;36(3): 270-5.
22. Lamy ZC, Gomes R, Carvalho Md. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. *J. Ped.*, 1997;73(5): 293-8.
23. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê /UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância ; [ilustrações de Ziraldo]. São Paulo: Globo, 2011.
24. Maciel CAB. Desigualdade e a indiferença com a pobreza. *Ter Ocup Univ [São Paulo]*. 2008;19(1):1-11.
25. Braga NA et al. Maternagem ampliada – a transgeracionalidade em UTI neonatal. *Ped Mod.* 2001; 37(7): 312-7.
26. Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Affonso Editores; 2001.
27. Wiggins JB. A família na unidade de terapia intensiva neonatal. In: Avery, G. *Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido*. 3 ed. Rio de Janeiro (RJ):Meds; 1999. p. 69-78.
28. Anjos LSd, Lemos DdM, Antunes LA, Andrade JMO, Nascimento WDM, Caldeira AP. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidado após a alta. *Rev Bras Enferm [Brasília]*. 2012;65(4):517-7.

29. Fekete MC Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. s.l.s.n, 1996. Extraído de [www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf], acesso em [28 de dezembro de 2013].
30. Azevedo ALMd, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação de acesso na Estratégia Saúde da Família. Interface – Comunic Saúde Educação. 2010.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
32. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AACA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto socorro. J Pediatría. 2005;81(3):251-8.
33. Souza ECFd, Vilar RLAd, Rocha NdSPD, Uchoa AdC, Rocha PdM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública [Rio de Janeiro]. 2008; 24 Sup 1:S100-S110.
34. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2010;14(34):593-606.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

ANEXO A – Diretrizes para os autores da Revista Baiana de Saúde Pública

A Revista Baiana de Saúde Pública (RBSP), publicação oficial da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de periodicidade trimestral, publica contribuições sobre aspectos relacionados aos problemas de saúde da população e à organização dos serviços e sistemas de saúde e áreas correlatas. São aceitas para publicação as contribuições escritas preferencialmente em português, de acordo com as normas da RBSP, obedecendo a ordem de aprovação pelos editores. Os trabalhos são avaliados por pares, especialistas nas áreas relacionadas aos temas referidos.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RBSP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto como às ilustrações e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente. Os artigos publicados serão de propriedade da revista, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista. Devem ainda referenciar artigos sobre a temática abordados nesta Revista.

CATEGORIAS ACEITAS:

- 1 Artigos Temáticos: revisão crítica ou resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre um assunto em pauta, definido pelo Conselho Editorial (10 a 20 laudas).
- 2 Artigos originais de temas livres:
 - 2.1 Apresentando resultados finais de pesquisas científicas (10 a 20 laudas);
 - 2.2 Ensaio com análise crítica sobre um tema específico (5 a 8 laudas);
 - 2.3 Revisão crítica de literatura sobre tema específico (8 a 15 laudas).
- 3 Comunicações: informes de pesquisas em andamento, programas e relatórios técnicos (5 a 8 laudas).
- 4 Teses e dissertações: resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado/livre docência defendidas e aprovadas em universidades brasileiras (texto em português no máximo 2 laudas, e versões em inglês e espanhol). Os resumos devem ser encaminhados com o título oficial da tese, dia e local da defesa, nome do orientador e local disponível para consulta.
- 5 Resenha de livros: livros publicados sobre temas de interesse, solicitados pelos editores (1 a 4 laudas).
- 6 Relato de experiências: apresentando experiências inovadoras (8 a 10 laudas).
- 7 Carta ao editor: comentários sobre material publicado (2 laudas).
- 8 Documentos: de órgãos oficiais sobre temas relevantes (8 a 10 laudas).

EDITORIAL

De responsabilidade dos editores, pode também ser redigido por um convidado, mediante solicitação do editor geral (1 a 3 laudas).

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. INSTRUÇÕES GERAIS PARA ENVIO

Os trabalhos a serem apreciados pelos editores e revisores seguirão a ordem de recebimento e deverão obedecer aos seguintes critérios de apresentação:

- a) Todas as submissões devem ser enviadas por meio do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista – SEER. Preenchimento obrigatório dos metadados, sem os quais o artigo não seguirá para avaliação;
- b) as páginas do texto devem ser formatadas em espaço 1,5, com margens de 2 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12, página padrão A4, numeradas no canto superior direito;
- c) os desenhos ou fotografias digitalizadas serão encaminhados em arquivos separados.

ARTIGOS

Folha de rosto: informar o título (com versão em inglês e espanhol), nome(s) do(s) autor(es), principal vinculação institucional de cada autor, órgão(s) financiador(es) e endereço postal e eletrônico de um dos autores para correspondência.

Segunda folha: iniciar com o título do trabalho, sem referência a autoria, e acrescentar um resumo de no máximo 200 palavras, com versão em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Trabalhos em espanhol ou inglês devem também apresentar resumo em português. Palavras-chave (3 a 5) extraídas do vocabulário DECS (Descritores em Ciências da Saúde/<http://decs.bvs.br>) para os resumos em português e do MESH (Medical Subject Headings/ www.nlm.nih.gov/mesh) para os resumos em inglês.

Terceira folha: título do trabalho sem referência à autoria e início do texto com parágrafos alinhados nas margens direita e esquerda (justificados), observando a sequência: introdução – conter justificativa e citar os objetivos no último parágrafo; material e métodos; resultados, discussão, conclusão ou considerações finais (opcional) e referências. Digitar em página independente os agradecimentos, quando necessários, e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

RESUMOS

Os resumos devem ser apresentados nas versões português, inglês e espanhol. Devem expor sinteticamente o tema, os objetivos, a metodologia, os principais resultados e as conclusões. Não incluir referências ou informação pessoal.

TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Obrigatoriamente, os arquivos das ilustrações (quadros, gráficos, fluxogramas, fotografias, organogramas etc.) e tabelas devem encaminhados em arquivo independentes; suas páginas não devem ser numeradas. Estes arquivos devem ser compatíveis com processador de texto “Word for Windows” (formatos: PICT, TIFF, GIF, BMP).

O número de ilustrações e tabelas deve ser o menor possível. As ilustrações coloridas somente serão publicadas se a fonte de financiamento for especificada pelo autor.

Na seção resultados, as ilustrações e tabelas devem ser numeradas com algarismos arábicos, por ordem de aparecimento no texto, e seu tipo e número destacados em negrito (e.g. “[...] na Tabela 2 as medidas [...]).

No corpo das tabelas, não utilizar linhas verticais nem horizontais; os quadros devem ser fechados.

Os títulos das ilustrações e tabelas devem ser objetivos, situar o leitor sobre o conteúdo e informar a abrangência geográfica e temporal dos dados, segundo Normas de Apresentação Tabular do IBGE (e.g.: Gráfico 2. Número de casos de AIDS por região geográfica – Brasil – 1986-1997).

Ilustrações e tabelas reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição após o título.

ÉTICA EM PESQUISA

Trabalho que resulte de pesquisa envolvendo seres humanos ou outros animais deve vir acompanhado de cópia escaneada de documento que ateste sua aprovação prévia por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), além da referência na seção Material e Métodos.

REFERÊNCIAS

Preferencialmente, qualquer tipo de trabalho encaminhado (exceto artigo de revisão) deverá listar até 30 fontes.

As referências no corpo do texto deverão ser numeradas em sobrescrito, consecutivamente, na ordem em que forem mencionadas a primeira vez no texto.

As notas explicativas são permitidas, desde que em pequeno número, e devem ser ordenadas por letras minúsculas em sobrescrito.

As referências devem aparecer no final do trabalho, listadas pela ordem de citação, alinhadas apenas à esquerda da página, seguindo as regras propostas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos/ Vancouver), disponíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.abec-editores.com.br>.

Quando os autores forem mais de seis, indicar apenas os seis primeiros, acrescentando a expressão et al. Exemplos:

a) LIVRO

Acha PN, Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. 2ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

b) CAPÍTULO DE LIVRO

Almeida JP, Rodriguez TM, Arellano JLP. Exantemas infecciosos infantiles. In: Arellano JLP, Blasco AC, Sánchez MC, García JEL, Rodríguez FM, Álvarez AM, editores. Guía de autoformación en enfermedades infecciosas. Madrid: Panamericana; 1996. p. 1155-68.

c) ARTIGO

Azevêdo ES, Fortuna CMM, Silva KMC, Sousa MGF, Machado MA, Lima AMVMD, et al. Spread and diversity of human populations in Bahia, Brazil. Human Biology. 1982;54:329-41.

d) TESE E DISSERTAÇÃO

Britto APCR. Infecção pelo HTLV-I/II no estado da Bahia [Dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1997.

e) RESUMO PUBLICADO EM ANAIS DE CONGRESSO

Santos-Neto L, Muniz-Junqueira I, Tosta CE. Infecção por *Plasmodium vivax* não apresenta disfunção endotelial e aumento de fator de necrose tumoral- α (FNT- α) e interleucina-1 β (IL-1 β). In: Anais do 30º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Salvador, Bahia; 1994. p. 272.

f) DOCUMENTOS EXTRAÍDOS DE ENDEREÇO DA INTERNET

Autores ou sigla e/ou nome da instituição principal. Título do documento ou artigo. Extraído de [endereço eletrônico], acesso em [data]. Exemplo: Comissão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia. Regimento Interno da Coreme. Extraído de [http://www.hupes.ufba.br/coreme], acesso em [20 de setembro de 2001].

Não incluir nas Referências material não-publicado ou informação pessoal. Nestes casos, assinalar no texto: (i) Antunes Filho FF, Costa SD: dados não-publicados; ou (ii) Silva JA: comunicação pessoal, 1997. Todavia, se o trabalho citado foi aceito para publicação, incluí-lo entre as referências, citando os registros de identificação necessários (autores, título do trabalho ou livro e periódico ou editora), seguido da expressão latina *In press* e o ano. Quando o trabalho encaminhado para publicação tiver a forma de relato de investigação epidemiológica, relato de fato histórico, comunicação, resumo de trabalho final de curso de pós-graduação, relatórios técnicos, resenha bibliográfica e carta ao editor, o(s) autor(es) deve(m) utilizar linguagem objetiva e concisa, com informações introdutórias curtas e precisas, delimitando o problema ou a questão objeto da investigação. Seguir as orientações para referências, ilustrações e tabelas.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License que permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional, capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PROJETO DE PESQUISA

Título: ALTA DE RECÉM-NASCIDOS MAIORES DE 1500g DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: IDENTIFICAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06637012.0.0000.5346

Pesquisador: Lizandra Flores Pimenta

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 109.679

Data da Relatoria: 17/09/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto se intitula "Alta de recém-nascidos maiores de 1500g da unidade de terapia intensiva neonatal: identificação da linha de cuidado" e se constitui num projeto de trabalho de conclusão de curso do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar em Sistema Público de Saúde. O trabalho será executado junto ao HUSM e diz tratar-se "de um estudo transversal". Afirma-se, ainda, que a amostra será constituída pelos neonatos que estiveram internados na UTI Neonatal do HUSM no período de 1º de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012. São apresentados critérios de inclusão e de exclusão dos envolvidos.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o que está dito do projeto, p. 8, o objetivo geral do trabalho é "verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos nascidos com peso superior a 1500g, que estiveram internados na UTIN do HUSM no período de 1º de março de 2011 a 29 de fevereiro de 2012, a fim de propor um formulário de alta e um fluxograma de referência."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

a avaliação dos riscos e benefícios apresentados parece adequada para o projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode-se destacar como ponto importante do trabalho a intenção de elaborar um formulário de alta hospitalar e um fluxograma de linha de cuidado. Esses instrumentos podem qualificar o atendimento aos usuários do HUSM.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados na versão apresentada

Recomendações:

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: 5532-2093 **Fax:** 5532-2080 **E-mail:** comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovar o projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 27 de Setembro de 2012

Assinado por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 7º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: 5532-2093 **Fax:** 5532-2080 **E-mail:** comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados nos Prontuários

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____		SAME: _____	
Sexo: ()F ()M	Data de Nascimento: __/__/__	Telefone: _____	
Endereço: _____			

DADOS MATERNOS

Mãe: _____		Idade: _____	
Parto: ()Cesáreo ()Vaginal		Nº de Gesta _____	Para _____ Aborto _____
Pré-natal: ()S ()N	Nº de consultas: _____	Local: _____	
Intercorrências na gestação: ()N ()S, Quais: _____			
Uso de drogas: ()N ()S Quais? _____			

DADOS DO RECÉM-NASCIDO

Peso ao nascer: _____		Estatura ao nascer: _____		IG por Capurro: _____	
Apgar: ()1ºmin ()5ºmin		()AIG ()PIG ()GIG			
Intercorrências ao nascimento: ()N ()S, Quais: _____					
História diagnóstica durante a gestação: _____					
Uso de Surfactante: ()N ()S		Tempo de internação UTIN: _____			
Tempo em VM: _____		Tempo em Oxigenioterapia: _____			
Início da nutrição enteral (dias de vida): _____			Tempo de uso de NPT: _____		
Início da nutrição oral (dias de vida): _____					

DADOS DA ALTA HOSPITALAR

Data da alta: __/__/__		Peso na alta: _____		Estatura na alta: _____		IG por Capurro: _____	
Via de alimentação: ()Via oral: ()SM ()Mamadeira ()Via alternativa: _____							
Tipo de alimentação: ()Leite Materno ()Misto ()Fórmula Infantil: _____ Outros: _____							
Unidade de referência para a qual foi encaminhada: _____							
Encaminhamentos na alta hospitalar: _____							

Observações: _____

APÊNDICE B – Entrevista Semiestruturada

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança:	
Mãe:	Profissão:
Escolaridade mãe: .	
Cuidador principal:	
Quantas pessoas residem na casa:	Quais:
Telefones:	

GESTAÇÃO

Pré-natal: ()S ()N	Número de Consultas:	Local:
Houve ameaça de aborto: ()S ()N	Necessidade de repouso: ()S ()N	
Medicamentos durante gravidez: ()S ()N	Quais:	
Trabalho de parto foi induzido: ()S ()N	Tipo de parto: ()Vaginal ()Cesárea	
Teve indicação de cesárea: ()S ()N	Motivo:	
Gestação planejada: ()S ()N Se NAO , usava algum método contraceptivo?Qual:		
Usa algum método contraceptivo atualmente: ()S ()N Qual:		

DADOS ATUAIS DA CRIANÇA

Idade atual:	IG:	IGC:
Depois de quanto tempo após a alta realizou a 1ª consulta da criança:		
Local:	Quantas consultas:	Qual profissional:
Teste do pezinho: ()Normal ()Alterado ()Não realizou		
TAN: ()Presente ()Ausente unilateral ()Ausente bilateral ()Não realizou		
Imunizações: ()Em dia ()Atrasada/Qual:		
Dificuldade respiratória: ()Asma ()Bronquite ()Rinite ()Sinusite ()Bronquiolite ()Sibilância ()Roncos		
Geralmente respira: ()Nariz ()Boca		
Chupeta: ()S ()N	Tipo: ()Ortodôntica ()Comum	Material: ()Silicone ()Látex
Crises convulsivas: ()S ()N	Quando:	Faz uso de medicamento:
Usa alguma medicação: ()S ()N Quais:		
Usa andador: ()S ()N Desde qual idade:		

ALTA HOSPITALAR

Foi referenciada (encaminhada) para alguma UBS? ()N ()S Qual?		
Tem acompanhamento com agente comunitário de saúde? Quem? Qual a frequência?		
Faz acompanhamento com pediatra? ()S ()N	Local:	Frequência:
Foi encaminhada para outros profissionais? ()S ()N		
Especialidade	Local	Frequência

REINTERNAÇÕES

Idade da criança	Local	Tempo	Motivo

AMAMENTAÇÃO

É a primeira vez que você amamenta: ()S ()N	
Teve ou está tendo alguma dificuldade para amamentar: ()S ()N Qual? Utilizou algum recurso?	
Durante a gestação teve alguma preocupação relacionada à amamentação? ()S ()N Qual: _____	

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR (Adaptado)

CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES
A criança ontem recebeu leite do peito? () Sim (pule para a pergunta 3) () Não
Se não, até que idade seu filho mamou no peito? () Nunca _____ meses OU ____ dias
Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos)
() <1 mês ou nunca () até 1 mês () até 2 meses () até 3 meses () até 4 meses () até 5 meses () ainda está em aleitamento materno exclusivo
A criança ontem recebeu: (ler as alternativas para o entrevistado – pode marcar mais de uma alternativa)
() Leite do peito () Chá/Água () Leite de vaca () Fórmula Infantil () Suco de fruta () Fruta () Papa Salgada () Outros

CRIANÇAS COM IDADE ENTRE 6 MESES E MENOS DE 2 ANOS
A criança ontem recebeu leite do peito? () Sim (pule para a pergunta 3) () Não
Se não, até que idade seu filho mamou no peito? () Nunca _____ meses OU ____ dias
Até que idade seu filho ficou em aleitamento materno exclusivo? (ler para o entrevistado: aleitamento exclusivo é só leite do peito, sem chá, água, leites, outras bebidas ou alimentos)
() <1 mês ou nunca () até 1 mês () até 2 meses () até 3 meses () até 4 meses () até 5 meses () ainda está em aleitamento materno exclusivo
Ontem, quantas preparações (copos/mamadeiras) de leite a criança tomou? (qualquer tipo de leite animal: pó/fluido) Qual a proporção?
() Não tomou () Até 2 (copos/mamadeiras) () Mais que 2 (copos/mamadeiras)
Acrescenta algum ingrediente no leite/fórmula (açúcar, mucilon etc.): () S () N Qual: _____
Ontem, a criança comeu verduras/legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará e inhame)? () Sim () Não
Ontem, a criança comeu fruta? () Sim () Não
Ontem, a criança comeu carne (boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)? () Sim () Não
Ontem, a criança comeu feijão? () Sim () Não
Ontem, a criança comeu assistindo televisão? () Sim () Não
Ontem, a criança comeu comida de panela (comida da casa, comida da família) no jantar? () Sim () Não
A criança recebeu mel/melado/açúcar/rapadura antes de 6 meses de idade, consumido com outros alimentos ou utilizado para adoçar líquidos e preparações? () Sim () Não
A criança recebeu papa salgada/comida de panela (comida da casa, comida da família) antes de 6 meses de idade? () Sim () Não
Você oferece água para a criança: () S () N Quantidade: _____ Vezes/dia: _____
A criança tomou suco industrializado ou refresco em pó (de saquinho) no último mês? () Sim () Não
A criança tomou refrigerante no último mês? () Sim () Não
A criança tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha ontem? () Sim () Não

ALIMENTAÇÃO

Com que idade a criança começou comer:
Onde a criança realiza as principais refeições:
Qual a consistência atual da alimentação: () líquidificada () papa - amassada com o garfo () picada em pedaços () mesma consistência da alimentação da família
Dificuldade de deglutição: () S () N Tipo de alimento: () líquido () pastoso () semi-sólido () sólido
Alterações observadas logo após a alimentação: () tosse () engasgo () sufocamento () cianose () cansaço () sono () choro () recusa () regurgitação nasal () lágrimas () espirros () ruídos respiratórios () medo () náusea () ansiedade () voz ou choro molhado () voz ou choro abafado () alterações no ritmo respiratório () reflexo de mordida () irritabilidade

Apresenta ou apresentou DRGE: ()S ()N Tratamento medicamentoso: ()S ()N Qual idade: _____ Qual medicamento: _____
Mamadeira leite: ()N () S, tipo: ()Comum ()Ortodôntica / Material: ()Silicone ()Látex Luz do Furo: () Normal () Aumentado Desde que idade? _____
Mamadeira suco e água: ()N () S, tipo: ()Comum ()Ortodôntica / Material: ()Silicone ()Látex Luz do Furo: () Normal () Aumentado Desde que idade? _____
Copo: () N () especificar: _____ Desde que idade? _____
Colher usada: _____ Tamanho: _____ Material: _____ Desde que idade? _____

Critério de Classificação Econômica Brasil

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4a. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	42 – 46	0,9%
A2	35 – 41	4,1%
B1	29 – 34	8,9%
B2	23 – 28	15,7%
C1	18 – 22	20,7%
C2	14 – 17	21,8%
D	8 – 13	25,4%
E	0 – 7	2,6%

RESPOSTAS GRAVADAS

<p>Conte como foi o dia da alta. O que aconteceu neste dia? Que orientações você recebeu? Foram adequadas as suas necessidades? Teve alguma orientação específica sobre amamentação? Qual? Gostaria de deixar alguma sugestões para UTI Neonatal? Teve ou está tendo alguma dificuldade para amamentar: ()S ()N Qual? Utiliza algum recurso?</p>
--

Entrevistador: ()Fabiane Luz de Carvalho ()Gabriela de Almeida Jurach ()Luana Cristina Berwig
Informante: ()mãe ()pai ()avó ()avô ()Outro

Santa Maria, ____/____2012.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) _____,

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “Alta de recém-nascidos maiores de 1500g da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Identificação da linha de cuidado”. O estudo pretende verificar como ocorreu o processo de alta dos neonatos nascidos com peso superior a 1500g, que estiveram internados na UTI Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria. A sua participação poderá contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento à criança, não havendo qualquer risco envolvido.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre a mãe e a criança, como foi sua assistência desde o pré-natal até a alta hospitalar da UTI Neonatal, além de consultar algumas informações em seu prontuário e em sua carteira de pré-natal. As respostas serão anotadas em um formulário e algumas delas necessitarão serem gravadas. Esta entrevista terá uma duração em torno de 30 minutos.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação com o serviço de saúde.

É importante lhe informar que não haverá nenhuma forma de reembolso financeiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto. Este documento será feito em duas vias iguais, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa. O conteúdo das entrevistas realizadas será guardado pelo período de 5 (cinco) anos, em arquivo digital, depositado no computador pessoal da pesquisadora responsável pelo projeto, instalado na sala anexa, ao lado do Auditório do CCS, do prédio 26B, da unidade universitária do Centro de Ciências da saúde, situado na Av. Roraima n. 1000, Faixa de Camobi, Km 09 - Campus Universitário, CEP: 97105-900, Santa Maria - RS

Declaração dos responsáveis

- Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

- Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.
- Tive tempo suficiente para fazer perguntas e essas me foram respondidas de forma completa e detalhada. Além disso, posso, a qualquer momento, solicitar novos esclarecimentos.
- Li e compreendi este termo, havendo recebido uma cópia do mesmo.
- Estou ciente de que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o projeto, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/assistência/tratamento neste Serviço.
- Tenho conhecimento de que todos os dados pessoais serão mantidos em total confidencialidade, ou seja, em nenhuma hipótese serão citados nomes, na divulgação de resultados deste estudo.

Assim sendo,

eu _____, RG
 nº _____, abaixo assinado, responsável
 por _____, declaro que,
 após a leitura e esclarecimento deste documento, concordo na participação nesta pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento e coação.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM, Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Os telefones de contato para quaisquer esclarecimentos são (55) 91429743 , com a responsável pelo projeto.

 Responsável pela criança

 Pesquisador

Observação: O Termo de Consentimento Informado, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa ou do seu representante legal e outra com o(s) pesquisador(es) responsável(eis).

Santa Maria, ____/____/____

 Enfª. Lizandra Flores Pimenta - CI- 3046400473

COREn/RS nº. 57215