

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Dara Luiza Zambiasi

**ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

Santa Cruz do Sul  
2019

Dara Luiza Zambiasi

**ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Enfermagem da Universidade de Santa  
Cruz do Sul como requisito para obtenção de título  
em Bacharel em Enfermagem.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Ingre Paz

Santa Cruz do Sul

2019

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**Prof. Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Prof. Dra. Ana Zoé Schilling**

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Santa Cruz do Sul, julho de 2019

ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA

DARA LUIZA ZAMBIASI

Este artigo foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora.

Foi aprovada em sua versão final, em \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

\_\_\_\_\_  
Ingre Paz  
Prof. Enf<sup>a</sup>. Ms. Orientadora

\_\_\_\_\_  
Prof. Enf<sup>a</sup> Ms. Daiana Klein Weber Carissimi  
Professora examinadora - UNISC

\_\_\_\_\_  
Prof. Enf<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Aline Fernanda Fischborn  
Professora examinadora - UNISC

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, e pela saúde para chegar aqui. Depois, aos meus pais Valquíria e Flávio os principais responsáveis para que tudo pudesse acontecer, não mediram esforços para me ajudar, me dar apoio e incentivo para que enfrentasse todos os desafios durante a minha caminhada. Minha família, cito aqui meu vô Hélio, e Sérgio (em memória), vó Cecília e Tereza, dinda Rose e primo Andrei, e todos os meus familiares por estarem sempre presentes em cada passo que dei para que o meu sonho pudesse se tornar realidade. Também, a uma pessoa muito especial, meu namorado Guilherme, por estar comigo em todos os momentos, me dando força, acreditando em mim, dizendo que tudo daria certo, obrigada por ser tanto.

A todos os meus amigos, que foram essenciais nessa caminhada, em especial minha amiga Natália, que esteve junto comigo nesses 5 anos, em todos os momentos, felizes e tristes, comemorando comigo minhas conquistas e dividindo as angústias e os medos.

A todos os professores e enfermeiros que fizeram parte da minha construção. Em especial minha orientadora Ingre Paz, por toda paciência, atenção, carinho, apoio e ensinamentos durante todo o período de construção deste trabalho, e, também sob minha supervisão de estágio.

As equipes UCI e UTIN do Hospital Santa Cruz onde foram coletados os dados para que esse trabalho pudesse se concretizar, pelo conhecimento compartilhado, carinho e atenção, em especial a enfermeira Adriana Pradebon, pela força, incentivo e por todos os ensinamentos.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnósticos das crianças na alta hospitalar e classificação nas categorias de cuidados das CRIANES .....	12
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CSHCN	Children With Special Health Care Needs
OMS	Organização Mundial da Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
IG	Idade Gestacional
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

# **ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE, CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

**Dara Luiza Zambiasi<sup>1</sup>**

**Ingre Paz<sup>2</sup>**

## **RESUMO**

**Objetivo:** analisar o discurso das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde no preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar. **Método:** pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa desenvolvida entre abril e maio de 2019 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com oito familiares/responsáveis legais de crianças classificadas como CRIANES internadas em processo de alta hospitalar. Os dados foram produzidos a partir da aplicação de um questionário semiestruturado, e analisados seguindo o método análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Foram elencadas três categorias temáticas: representações do cuidado com as CRIANES, a vivência das famílias no ambiente hospitalar e a alta hospitalar e suas diversas dimensões. **Conclusão:** é imprescindível os profissionais de saúde estarem capacitados para prestar assistência as CRIANES durante a internação, capacitando as famílias para a alta hospitalar e os cuidados no domicílio.

**Descritores:** Enfermagem Neonatal; Alta do Paciente; Neonatologia; Saúde da Criança; Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal;

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul – Brasil. Contato: (51) 9 9862-8936. daralzambiasi@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul – Rio Grande do Sul, Brasil.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>10</b>
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
<b>Temática 1 - Representações do cuidado com crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES).....</b>	<b>13</b>
<b>Temática 2 – A vivência das famílias dentro do ambiente hospitalar .....</b>	<b>14</b>
<b>Temática 3 – A alta hospitalar e suas diversas dimensões.....</b>	<b>15</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>24</b>
<b>A. Projeto de monografia .....</b>	<b>24</b>
<b>B. Normas para Publicação em Revista Científica .....</b>	<b>58</b>
<b>C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>78</b>



## Introdução

Os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde nos últimos anos contribuíram para o aumento da sobrevivência de crianças clinicamente frágeis, que enfrentaram ou enfrentam situações como a prematuridade, malformações congênitas, doenças crônicas, traumas, asfixia perinatal, entre outros, porém, houve um aumento na complexidade de cuidados que essas crianças demandam em virtude da sua necessidade especial de saúde<sup>(1)</sup>.

As crianças que necessitam de assistência diferenciada, de modo temporário ou permanente, de cuidado tecnológico ou medicamentoso, recebem a denominação de Children with Special Health Care Needs (CSHCN) nos Estados Unidos e, surgiu no ano de 1998, no Maternal and Health Children Bureau. Já no Brasil, estas, são chamadas de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) que, em 1999, a partir da tese de doutorado da Enfermeira Ivone Evangelista Cabral denominada “Aliança de saberes do cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de mães e estudantes de enfermagem” foi implantado e traduzido a definição das CRIANES<sup>(2)</sup>. Esse público exige uma pluralidade de diagnóstico, dependência de cuidados, multiprofissionalismo e rede de atenção à saúde<sup>(3)</sup>.

Embora, existam muitas políticas que abordam os direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, no que diz respeito ao grupo das CRIANES, não existem políticas de saúde específicas para esse público<sup>(2)</sup>.

Com o avanço da tecnologia na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica a partir da revolução industrial muitos privilégios começaram a surgir para a sociedade, diminuindo a morbimortalidade infantil. No ano de 2000, no Brasil, a cada mil crianças nascidas, 29,7 não chegavam a completar o primeiro ano de vida<sup>(4)</sup>. Em 2015, a taxa de mortalidade neonatal passou para 8,9/1000 nascidos vivos. Essa taxa é relativamente alta quando comparadas com os países desenvolvidos como Canadá (3,9/1000 nascidos vivos) e Estados Unidos (3,6/1000 nascidos vivos)<sup>(5)</sup>.

Nas estatísticas oficiais do Brasil, esse grupo de crianças é mantido de maneira invisível. Porém, um estudo realizado em dois serviços de terapia intensiva no Rio de Janeiro mostrou que 6,3% das crianças que receberam alta no período do estudo possuía alguma necessidade terapêutica pós-hospitalar, sendo consideradas CRIANES, e destas, 74,2% necessitaram terapia a longo prazo<sup>(6)</sup>.

O nascimento prematuro ainda se configura como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cada ano cerca de 15 milhões de bebês nasçam pré-termo, sendo assim, mais de um em cada dez nascimentos. E mais de um milhão deles morrem a cada ano devido às complicações no parto<sup>(7)</sup>.

O nascimento de um filho prematuro e a internação em uma Unidade Neonatal se configura como uma fase difícil para a família, uma vez que esse ambiente além de ser altamente tecnológico acaba de certa forma separando os bebês de seus pais. Sendo assim, o momento da alta hospitalar se configura como um dos mais esperados e que gera mais expectativas na família, por outro lado, a insegurança e o medo de levar a criança para casa e ter que desenvolver estratégias para os cuidados no domicílio se fazem presentes<sup>(8)</sup>.

O aumento de doenças crônicas na infância tem relação com a alta taxa de sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, egressos de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). A enfermagem encara um desafio no cuidado a essas crianças como também para suas famílias nos diferentes cenários da assistência à saúde. Cuidar de CRIANES, vai muito além de dominar técnicas, envolve interação, aconselhamento, vínculo, e sobretudo apoio ao principal cuidador<sup>(3)</sup>.

Portanto, este estudo justifica-se pelo aumento da presença de CRIANES nos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, e por necessitarem de cuidados diferenciados, precisam de profissionais capacitados para realizá-lo, inclusive o profissional enfermeiro que deve assumir papel de educador. Entretanto, sabe-se que a partir do momento que essa criança vai para casa, quem assume o papel de cuidador é a família. Entendendo sobre a complexidade das atividades desenvolvidas no processo de cuidado de uma CRIANE, no qual os familiares têm de enfrentar no seu cotidiano, sem formação específica para isso, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos em relação a essas crianças.

Diante do exposto, esta pesquisa tem como questão norteadora: Como as famílias de crianças com necessidades especiais de saúde vivenciam o preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar?

Sendo assim o estudo objetiva analisar o discurso das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde no preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar.

## **Método**

Este estudo baseou-se nos princípios da pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa desenvolvida no período de abril a maio de 2019 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital ensino do Vale do Rio Pardo no centro do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Sendo participantes da pesquisa familiares/responsáveis legais de crianças classificadas como criança com necessidade especial de saúde (CRIANE) internadas em processo de alta hospitalar. A população total do estudo foi constituída por oito familiares/responsável legais, estes, foram abordados no momento da alta hospitalar da criança.

Foram critérios de inclusão os familiares/responsáveis que acompanharam o processo desde a internação até a alta da criança na UTIN, que tivessem idade superior a 18 anos e os que aceitarem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão foram os familiares/responsáveis que não acompanharam o processo internação-alta da criança, os que possuíam idade inferior a 18 anos e os que se recusarem a participar do estudo.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos atenderam a Resolução 466/2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer número: 3.094.043 e CAAE: 03917118.4.0000.5343.

Após a aprovação da pesquisa, foram realizadas as entrevistas, com perguntas abertas e fechadas. Os dados foram produzidos a partir da aplicação de um questionário semiestruturado. Previamente, cada participante assinou o TCLE em duas vias. E a partir disso os dados foram computados e analisados. As variáveis analisadas foram: dados de identificação, sociodemográficos, da internação e alta do recém-nascido (peso, idade gestacional ao nascer, sexo, raça, apgar, zona de habitação, motivo da internação, tempo de internação, diagnóstico na alta). Para caracterizar as CRIANES foi utilizado uma tabela contendo descrição das seis categorias, construído pela autora. Em relação aos dados da família foram analisados: dados de identificação, sociodemográficos, econômicos (grau de parentesco, escolaridade, cidade, profissão, classificação econômica conforme ABEP, membros que residem na mesma casa). E, aspectos sobre a preparação para a alta hospitalar; vínculo afetivo da família com a criança; vínculo com os profissionais e família e medos e inseguranças da família.

Os dados coletados através da entrevista foram organizados e a análise seguiu três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação, seguindo o método de análise de conteúdo de Bardin<sup>(9)</sup>. Com o objetivo de preservar a identidade dos familiares entrevistados, optou-se por denominá-las utilizando-se a inicial “M”, referente à mãe, e “P” referente à pai, seguida por um número em correspondência à sequência de inclusão dos mesmos na pesquisa (M1, M2, P1... P7).

## **Resultados**

Participaram da pesquisa oito familiares de CRIANES internadas numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Sendo os participantes sete mães e um pai, a média de escolaridade foi ensino médio completo, cinco residiam na cidade a qual o filho estava internado e três residiam em outras, sendo a zona de habitação com predomínio da área urbana. A média dos membros que habitavam a

mesma casa que a criança foi de três membros, a classificação econômica conforme a ABEP variou de C1 a B2 e apenas três familiares possuía um emprego fixo.

Com relação às crianças da pesquisa, sete eram do sexo masculino e uma do sexo feminino, a idade gestacional (IG) de nascimento variou entre 26 a 40 semanas e o peso ao nascer de 915g a 3830g. As internações na UTIN tiveram como motivo principal a prematuridade extrema seguida de aspiração de mecônio, anoxia neonatal, agenesia renal e volvo de sigmóide.

A raça branca teve predomínio em todas as crianças, a média do índice de apgar no primeiro minuto foi de cinco e no quinto minuto nota sete. O tempo de hospitalização das crianças variaram de 11 a 124 dias.

Na tabela 1 foram organizados os diagnósticos das crianças na alta hospitalar e a sua classificação nas categorias de cuidados das CRIANES, coletados a partir da entrevista.

**Tabela 1** – Diagnósticos das crianças na alta hospitalar e classificação nas categorias de cuidados das CRIANES. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2019. (N=8)

	Diagnóstico na alta hospitalar	Classificação nas categorias de cuidados das CRIANES
Criane 1	Uso domiciliar de oxigênio	Cuidados habituais modificados
Criane 2	Tetralogia de Fallot	Cuidados de desenvolvimento
Criane 3	Regurgitação de válvula tricúspide	Cuidados de desenvolvimento
Criane 4	Anomalia de arco costal	Cuidados de desenvolvimento
Criane 5	Agenesia renal	Cuidados de desenvolvimento
Criane 6	Hidrocefalia	Cuidados de desenvolvimento

Criane 7	Volvo sigmoide	Cuidados de desenvolvimento
Criane 8	Epilepsia	Cuidados de desenvolvimento

Fonte: elaborado pela autora

Após a transcrição dos dados, análise e interpretação dos mesmos, foram criadas três categorias temáticas: A primeira relacionada às representações do cuidado com as CRIANES, na segunda categoria, a vivência das famílias no ambiente hospitalar, já na terceira categoria, a alta hospitalar e suas diversas dimensões.

### **Temática 1 - Representações do cuidado com crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES)**

O momento da gestação se configura como uma fase de muitas mudanças na vida da mulher e de todo o contexto social e familiar que a envolve, afinal representa a formação de uma nova vida. Além disso, para a mulher representa uma época de profundas alterações físicas e psicológicas. Assim é necessário que a família esteja bem estruturada psicologicamente para enfrentar os possíveis eventos inesperados, que possam acontecer nesse período, um exemplo disso é o nascimento do filho prematuro seguido da internação em uma UTI Neonatal, um ambiente desconhecido e bastante temido pelos pais, muitos desses bebês que internam em UTI serão crianças que necessitarão de cuidados especiais.

Neste contexto, o estudo em questão buscou indagar os familiares sobre a sua reação perante o diagnóstico do filho associado à uma necessidade especial e como resultado a maioria relatou como sendo um momento bastante difícil cercado de medo e tristeza do inesperado e do desconhecido, como é possível verificar nas narrativas abaixo:

*Para mim foi um grande susto quando o médico me contou que ele só tinha um rim, eu nunca imaginei que isso fosse acontecer, não esperava, porque na gestação foi tudo bem, eu fiz tudo certo, eu não entendia. Fiquei sem reação, foi um susto seguido de muito medo e insegurança (M4).*

*Olha eu recebi o diagnóstico dele com muito medo e insegurança, medo do que vinha pela frente, porque no fundo eu sabia que um problema cardíaco é coisa séria, mas não queria acreditar (P1).*

O nascimento do filho representa uma fase de sonhos, expectativas e o planejamento de uma criança, que nem sempre corresponde ao bebê real, este pode acontecer por diversos motivos e isso faz com que um misto de sentimentos tomem conta da mulher, sentimentos estes que foram evidenciados no estudo, como consequência de ter um filho com necessidades especiais de saúde.

Exemplo disso foi o relato de frustração de algumas mães que tinham a idealização do parto e do bebê, sendo “interrompidos” pela internação do seu filho na UTIN:

*Foi muito triste e difícil, eu senti como se o tudo o que eu tinha planejado e idealizado estava correndo muito perigo. E a gente sempre sonha em ter os filhos no hospital ficar uns dias e levar pra casa né? Mas quando isso acontece de forma diferente, os sentimentos ruins tomam conta da gente no primeiro momento (M2).*

*Foi um choque, eu não esperava passar por tudo isso, a gente pensa quando está grávida que vai dar tudo certo e que nada de ruim vai acontecer, e depois acontece isso, a gente fica sem chão, é como se tudo o que a gente planejasse fosse estragado em minutos, foi um momento que eu não quero lembrar muito, pois foi muito difícil (M7).*

Com o avanço da tecnologia muitas conquistas foram possíveis no âmbito da medicina, entre tantos, a sobrevivência de crianças que necessitam de cuidados especiais de saúde, em destaque, as CRIANES, essas que são cada vez mais emergente nos serviços de saúde, exigindo profissionais qualificados para realizar os cuidados que elas demandam. A família que se configura como os principais cuidadores precisam estar preparados para cuidar dessa criança, que necessita de um olhar diferenciado. Nesse sentido, quando questionados sobre o significado de cuidar de uma CRIANE, os familiares entrevistados descreveram como um desafio a ser vencido, principalmente no que envolve o manejo com os cuidados contínuos e complexos a criança vai exigir, tanto tecnológico, medicamentoso, ou os da rotina de vida diária.

*Apesar de termos profissional de saúde na família, é um desafio né? Se ele ficar ruim, saber o que fazer e tal, aprender a lidar com o oxigênio. É tudo diferente, a gente vai ter que aprender (M1).*

*Eu planejei esse cuidado desde que ele internou, eu li muitas coisas de como estar preparado para alguma intercorrência, para estar preparado na alta dele, sei que vai ser diferente, sabendo que ele é especial mais ainda. É um desafio realmente (M5).*

*Representa cuidado dobrado, atenção redobrada, eu quero que ele tenha uma vida normal, mas para isso sei que vou ter que ter muito cuidado com tudo, principalmente nos primeiros anos de vida dele. (M7).*

## **Temática 2 – A vivência das famílias dentro do ambiente hospitalar**

A internação do filho na UTIN é um momento bastante difícil para a família, cercado de dúvidas, medos, angústias, mas por outro lado um momento de muitas descobertas. Essas que são indispensáveis na vivência dos pais dentro de um ambiente de UTI, eles precisam ser inseridos nos cuidados do filho desde cedo, tanto para entender o porquê de todos os cuidados quanto para se sentir aptos na hora de levar o filho para casa. Muitas vezes a dúvida e a insegurança para realizar os procedimentos tomam conta dos pais, quando questionados sobre qual procedimento que a equipe realizou que mais lhes deixou receoso para fazer, a maioria trouxe em destaque procedimentos que envolvem certa complexidade como aspiração de vias aéreas e cuidados com drenos.

*Em primeiro momento foi aspiração, porque ele ficava muito vermelho e tossia muito, mas depois eles me ensinaram a fazer (M1).*

*Aspiração. Aquilo me assustava muito, nunca pensei que ia conseguir fazer, mas aos poucos fui acostumando e aprendendo. (M5)*

*Acho que foi quando ele colocou o dreno, saber lidar com aquilo ali pra mim foi muito estranho (M4).*

Em virtude da necessidade especial essas crianças demandam de cuidados além do esperado para a faixa etária e se tornam totalmente dependentes do cuidador, dessa forma é necessário que os familiares, especialmente os pais sejam capacitados para tal, desde a internação até a alta do hospital, acompanhando de perto esse processo e sempre que possível sejam ensinados a realizar alguns cuidados.

Evidenciou-se nesse estudo que todos os familiares realizaram cuidados mais precisamente no que diz respeito a aspiração de vias aéreas, banho e troca de fraldas durante o período de internação:

*Só aspirei, dei banho e troquei fraldas nesse tempo que ele permaneceu aqui (M5).*

As necessidades de aprendizado dos familiares na realização do cuidado são eminentes durante a internação, o que mobiliza o enfermeiro e sua equipe desempenhar papéis de educadores. Os profissionais, em especial o enfermeiro, vem se destacando no processo de ensino-aprendizagem, pois está apto para escutar, colaborar, supervisionar e demonstrar aos pais que eles são capazes de realizar os cuidados que os filhos demandam. Neste estudo seis dos oito participantes destacaram o enfermeiro. como sendo o profissional que mais ajudou a prepará-los para o momento da alta hospitalar. E somente dois destacaram o profissional médico.

*Sem dúvidas destacaria a enfermeira, além de ensinar ela me encorajou para ver que eu era capaz de levar ele pra casa e cuidar dele tão bem quanto ele foi cuidado aqui (M7).*

### **Temática 3 – A alta hospitalar e suas diversas dimensões**

Quando ocorre o tão esperado momento da alta hospitalar os familiares assumem o papel de principal cuidador em casa e por consequência disso eles precisam se adaptar com um cuidado diferenciado para a manutenção da vida dessas crianças, sem formação específica para tal. Entendendo sobre a complexidade das atividades desenvolvidas no processo de cuidar de uma CRIANE, a maioria dos pais destaca, que o principal desafio a ser vencido a partir desse momento são os cuidados complexos que as crianças vão exigir e a manutenção de dispositivos como oxigênio, bolsa de colostomia, e medicações.

*Eu acho que é o cuidado complexo que ele vai exigir, tem a questão também que eu não consegui o oxigênio móvel, então para sair com ele tenho que chamar ambulância. Aprender a lidar com o oxigênio também (M1).*

*Sem dúvidas todos os cuidados que eles vão exigir em casa agora, tenho que estar sempre de olho, levar eles direto pra revisão, os cuidados são complexos e até tudo isso entrar na rotina vai ser um desafio bem grande (M3).*

*Para mim é acostumar com a rotinas de cuidados dele, é bem complicado tudo, as medicações, os especialistas (M5).*

A ida da criança para casa se configura como uma vitória e significado de aproximação, traz junto também o sentimento de responsabilização dos pais e do desejo de garantir o melhor cuidado possível a criança. No relato dos familiares entrevistados percebe-se, que muitos descrevem a sensação de levar o filho para casa como alívio, felicidade, dever cumprido e realização.

*É um alívio, uma realização muito grande depois de tudo o que passei com ele aqui dentro (M1).*

*É um alívio muito grande, não tem como descrever, alegria, tudo de bom. É um sonho realizado, muitas orações atendidas (M3).*

*Alegria, felicidade. É uma realização pra mim, eu esperei muito por esse momento, não tem como descrever (M7).*

Quando um filho nasce traz consigo uma mudança enorme em todo o contexto de uma família, porque a partir de agora um ser pequeno e indefeso faz parte de suas vidas e é totalmente dependente dos seus cuidados. Quando se trata de uma CRIANE, a dependência se torna ainda mais marcante, além dos cuidados complexos que elas demandam, também necessitam de atenção e carinho. Dessa forma quando indagados sobre as mudanças depois do nascimento da criança, todos os pais entrevistados destacaram as mudanças na rotina de vida da família, relacionamentos conjugais e também mudança pessoal.

*Me tornei mais madura, a minha rotina mudou, eu estava sempre trabalhando não tinha tempo pra nada, e depois eu vinha pro hospital todo dia, o meu tempo ficou dedicado a ele (M5)*

*Tudo, as nossas rotinas, o nosso relacionamento, a nossa família se uniu mais depois que ele nasceu (P1)*

*Tudo, essa rotina de vir pro hospital todo dia durante tantos meses, foi bem difícil, mas mudou pra melhor, ele é a minha vida (M1)*



## Discussão

O momento de “ser mãe” é especial, peculiar e esperado por muitas mulheres, com isso o processo de gestação resulta em importantes mudanças no papel social da mulher. Porém, ao vivenciar a possibilidade de ter um filho internado em uma UTIN, a mãe vê a possibilidade de ter ou não o seu bebê. Em função do processo de ameaça à saúde do filho esse fato causa uma sensação de impotência e contribui muito para o desequilíbrio emocional, fazendo que as mães se sintam infelizes e até mesmo culpadas procurando respostas para a situação<sup>(8)</sup>.

Na UTIN é preciso não somente cuidar da criança, mas também prestar assistência a sua família, visto que, o bem-estar de ambos estão intimamente ligados. Para isso é indispensável a comunicação efetiva com estes, sempre deixando-os cientes do quadro clínico, diagnósticos, e de todos os cuidados que os bebês demandam<sup>(10)</sup>. Essa comunicação deve ser vista também como uma forma de aproximação com a família, fazendo com que aconteça momentos em que eles possam expressar os seus sentimentos e dúvidas, para que seja trabalhado assim o processo de aceitação da condição de saúde do seu filho.

O estudo evidenciou que o momento da revelação do diagnóstico se configurou como um momento bastante difícil, de mudanças significativas em todo o contexto familiar, mas foram estas que fizeram com que a família se unisse em prol da criança. Outro estudo obteve o mesmo resultado descrevendo também que as famílias passam por um momento difícil e sentimentos dos mais diversos se fazem presentes na hora da revelação do diagnóstico e da condição da criança como: negação, medo, desespero, preocupação, mágoa, tristeza. Passando por momentos de adaptação aos cuidados especiais que estas crianças vão demandar e também reorganização da suas rotinas<sup>(11)</sup>.

Em um estudo realizado no extremo Sul do Brasil, com 15 familiares revelou que perante a necessidade de cuidados complexos do filho ocorreram mudanças que desestruturaram as famílias, entre elas, a separação dos pais, levando ao fim relações afetivas e sociais importantes nesse momento. A instabilidade na condição de saúde da criança, gerou conflitos e modificações abruptas e imprevistas no cotidiano familiar<sup>(12)</sup>.

A gestação é uma fase de muitas mudanças na vida de uma mulher, mas também na vida de toda a família, nesse, são construídos inúmeros sonhos e planos. A análise dos dados permitiu perceber que houve uma certa “decepção” no momento que receberam a notícia que o filho possuía alguma necessidade especial, e que teria que internar em uma UTIN. Outra pesquisa traz que quando uma criança nasce, é depositado nela uma série de expectativas que habitam o imaginário de suas famílias, estas, que foram planejadas durante toda a gestação. Dessa forma, o nascimento de uma criança com alguma necessidade especial de saúde, gera um sentimento de impotência nos pais, que apostam na mesma inúmeras esperanças em relação ao seu futuro, crescimento e desenvolvimento<sup>(1)</sup>.

Durante duas décadas as CRIANES eram classificadas em cinco grupos: cuidados de desenvolvimento (crianças que necessitam de reabilitação psicomotora), tecnológicos (crianças que dependem de algum tipo de tecnologia), medicamentoso (fármaco-dependentes), habituais modificados (crianças que precisam de auxílio nas tarefas do dia a dia) e mistos (crianças que apresentam todos os cuidados associados)<sup>(13)</sup>. Porém, com o aumento da tecnologia associada ao cuidado em saúde, e visto que muitas CRIANES dependem da mesma, a complexidade desse cuidado tem aumentado cada vez mais, precisando de muito preparo e capacitação, sendo assim, a divisão de categorias mudou.

Atualmente as CRIANES são classificadas em seis categorias. De desenvolvimento: que inclui crianças com disfunção neuromotora muscular, que apresentem limitações funcionais e incapacitantes. Cuidados tecnológicos, que representa as que estão em uso de dispositivos como gastrostomia, traqueostomia, colostomia etc. Cuidados medicamentosos, onde estão as que fazem uso contínuos de medicamentos como cardiotônicos, anticonvulsivantes etc. Cuidados habituais modificados, que caracterizam as crianças que precisam de tecnologias nos seus cuidados cotidianos e nas atividades da vida diária para que possam se locomover, alimentar-se, no uso do banheiro etc. Cuidados mistos, que se define quando há uma combinação de uma ou mais demandas, eliminando a tecnológica. E cuidados clinicamente complexos, que é caracterizado por uma combinação de todas as anteriores incluindo o manejo de tecnologias de suporte de vida<sup>(14)</sup>. Nessa pesquisa sete crianças demandam cuidados de desenvolvimento, e uma cuidados habituais modificados.

Desde o momento da internação é importante que os pais participem do cuidado do filho e conheçam todos os profissionais inseridos. Os autores destacam em seus estudos que é imprescindível para os familiares entender o prognóstico do seu filho, quem são os profissionais que estão lhe prestando assistência, qual o tratamento que está sendo feito, e sempre ter um profissional a disposição para sanar suas dúvidas e anseios. Em virtude da complexidade de uma UTIN, a equipe de enfermagem permanece mais tempo ao lado do bebê, isso possibilita aproximação dos laços com a família e a oportunidade de ofertar informações<sup>(10)</sup>.

O momento da alta hospitalar se configura como um momento muito esperado pelas famílias, nessa pesquisa todos os entrevistados descreveram o momento da alta como alívio e felicidade, relatando estarem preparados para levar seu filho para casa. Um estudo realizado no ano de 2014, com 12 familiares de crianças egressas de uma UTIN diverge do atual, e traz que a alta hospitalar significou medo e insegurança perante o novo, porém, ressaltou que a mudança de ambiente pode resultar em “reaprender a cuidar” sendo o período que antecede a alta hospitalar, de suma importância para que os familiares sejam preparados para realizar o cuidado no domicílio. É preciso que as famílias sejam entendidas e acolhidas em toda a sua singularidade, pois cada uma pode vivenciar de um modo esse processo de transição da criança para casa<sup>(15)</sup>.

Outros autores também destacam a importância da preparação em todos os momentos que se estendem desde a internação até a alta, e traz enfatizado que as famílias das CRIANES necessitam de profissionais que estejam preparados para orientá-las, e que levem em consideração todas as suas particularidades e sentimentos. Destaca-se como estratégia importante a educação em saúde, tendo como principal objetivo o conhecimento dos familiares cuidadores e suas demandas de aprendizagem para cuidar de uma CRIANE. A situação da criança pode trazer sensação de competência, capacidade e confiança nos pais, buscando a adaptação à nova realidade, neste contexto, há famílias que conseguem passar pelo desafio, porém, outras apresentam um pouco mais de dificuldade<sup>(16)</sup>.

A mulher como principal cuidadora é uma prática que se permeia por muitos anos. No atual estudo, dos oito entrevistados sete eram mães, o que vem ao encontro de outros estudos. A figura da mulher está socio culturalmente como a provedora dos cuidados aos seus membros da família, dessa forma faz-se necessário que essas mães adquiram conhecimentos científicos para realizar cuidados complexos no domicílio. Esse conhecimento científico pode ser transmitido através do profissional de enfermagem, iniciando o processo de empoderamento dessa mãe<sup>(17)</sup>. A prática social da alta hospitalar é marcada pela capacitação principalmente das mães, e não de suas famílias. Há uma crença de que esse preparo torna as mães preparadas e autônomas para a manutenção de cuidados em casa<sup>(6)</sup>.

A maioria dos entrevistados destacou o enfermeiro como sendo o profissional que mais atuou no processo de preparação para a alta hospitalar. Outros estudos realizados também salientam o profissional enfermeiro como agente educador, tendo entre suas atribuições orientar os familiares quanto aos cuidados para que se sintam capacitados para manejar a tecnologia seja ela de dispositivos, medicamentosa, entre outros que são incorporados à rotina de cuidados do seu filho, além disso, contribui para a resolução de momentos de estresse. O ensino centrado na demonstração se mostrou de grande importância neste processo, principalmente no que se refere ao ensino do cuidado procedimental, centrado na demonstração de técnicas, como aspiração de vias aéreas, indo de encontro com os achados no estudo em questão<sup>(14-18)</sup>.

O profissional de enfermagem deve acompanhar cada passo de construção da autonomia da família. Coisas que para a equipe são atividades corriqueiras, para a família é algo totalmente desconhecido, por isso, o detalhamento de cada orientação e o acompanhamento dos procedimentos no recém-nascido podem transferir habilidade e segurança para a família. Nesta perspectiva, o primeiro banho costuma gerar muita expectativa, deixando a mãe apreensiva e insegura a todas as reações do bebê no momento do procedimento, e à aparente fragilidade que o mesmo apresenta, contribui para essa insegurança. Assim, as orientações devem ser repetidas várias vezes até que sejam assimiladas e colocadas em prática<sup>(8)</sup>.

Para que os cuidados sejam realizados de forma correta em casa, é prejudicial a não oferta de mediações de saberes e práticas por parte dos profissionais para a família. O enfermeiro tem papel importante nesse processo, dando orientações e suporte para realizarem as ações de cuidados que são essenciais ao suprimento das necessidades que essas crianças demandam<sup>(19)</sup>.

O estudo teve como limitações o longo período de internação das crianças e a pouca demanda no processo de alta hospitalar, o que dificultou a realização da pesquisa com mais famílias. Desta forma, sugere-se que novos estudos com a finalidade de revelar novas realidades e cenários aconteçam. Tendo como contribuições, a revelação da importância de as instituições terem profissionais preparados para cuidar de CRIANES e suas famílias no processo de alta hospitalar, deixando-os seguros para realizar os cuidados em casa, visto que esse público é cada vez mais presente nos serviços de saúde, e demandam cuidados de caráter contínuo e complexos.

## **Conclusão**

Este estudo evidenciou as principais dúvidas e desafios de familiares de CRIANES no momento da alta hospitalar de uma UTIN, e de que forma eles foram preparados para levar o seu filho para casa e desenvolver todos os cuidados que essas crianças demandam fora do ambiente hospitalar.

Foi possível verificar que o momento de revelação do diagnóstico da criança para a família seguido da internação em uma UTIN, foi recebido com medo e insegurança, e que muitas famílias buscavam algum motivo para a necessidade especial que o filho idealizado durante todo o período da gestação e até antes dela desenvolveu, dificultando o processo de aceitação e em muitos casos gerando sentimentos como culpa e frustração.

Uma CRIANE é uma criança que demanda de cuidados complexos e que muitas vezes permeiam pelo resto de suas vidas, os familiares destacaram que esses cuidados, representam um grande desafio a ser vencido e que requer muita preparação desde o momento do nascimento do filho. O momento da alta hospitalar se configurou como um momento muito esperado para todos os entrevistados, que resultou em sentimentos de alívio e realização. Durante a internação eles tiveram a oportunidade de realizar cuidados no seu filho principalmente no que se refere a aspiração de vias aéreas e banho.

O enfermeiro obteve destaque como sendo o profissional mais atuante no processo de preparação da família para alta hospitalar, deixando os pais seguros através de estratégias de educação em saúde como demonstração, aconselhamento, escuta e apoio. Estando devidamente preparado e capacitado para atuar como articulador de toda a equipe de saúde, atuando de maneira resolutiva nos obstáculos e problemas que os familiares de CRIANES enfrentam.

Sendo assim, ressalta-se a necessidade da efetivação de políticas públicas de saúde, assim como, a implantação de um modelo de atenção voltado para as CRIANES, a capacitação dos profissionais para atender as demandas e as necessidades de saúde e de doença desse grupo. Também, a importância da articulação da rede de atenção a saúde, com o objetivo de minimizar a sobrecarga da família.

## Referências

- 1 PEREIRA, P. Fernanda. Recém-nascidos com deficiência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a percepção dos pais sobre a alta hospitalar. 2014. Trabalho final de Conclusão. (Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2014.
- 2 SILVEIRA, Andressa. “O cuidado no cotidiano de adolescentes com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem” 2017. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde) -Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2017.
- 3 CRUZ, T. Caroline; ZAMBERLAN, C. Kellen; SILVEIRA, Andressa; BUBOLTZ, L. Fernanda; SILVA, H. Júlia; NEVES, T. Eliane. “Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem”. Rev. Min. Enfermagem REME, 2017.
- 4 ZAMBERLAN, Kellen Cervo. Cotidiano de cuidado da equipe de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde hospitalizadas e suas famílias. 2014. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2014.
- 5 SANTIAGO, D. Adrielle; OLIVEIRA D. N. Maria; OLIVEIRA, L. Lívia; JUNIOR, P. P. Elzo. “Morbimortalidade Neonatal em Unidade de Terapia Intensiva”. Tempus, acta de saúde colet. Brasília. Vol 11. N. 1. 2017.
- 6 GOÉS, B. G. Fernanda; CABRAL, E. Ivone. “A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões”. Rev. Enferm. UERJ. Vol. 25. N. 1, 2017.
- 7 ALCÂNTRA, L. Kamille; BRITO, S. M. L. Larissa; COSTA, S. V. Deiziane; FAÇANHA, M. P. Ana; XIMENES, B. Lorena; DODT, M. C. Regina. “Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido: revisão integrativa.” Rev. Enferm UFPE, Vol. 11. N. 2. Pág. 645-655, 2017.
- 8 VERONEZ, Marly; BORGHESAN, B. A. Nataly; CORRÊA, M. A. Darci; HLGARASHL, H. Ieda. “Vivências de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diário de campo.” Rev. Gaúcha Enferm. Vol. 38. N. 2, 2017.
- 9 BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2016. 279 p.
- 10 LIMA, F. Vanessa; MAZZA, A. Vanessa. “Necessidades de informações das famílias sobre saúde/doença dos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal” Texto e Contexto Enferagem. Vol. 28, 2019.
- 11 REIS, N. M. Kamilla; ALVES, V. Gabriela; BARBOSA, A. Thaís; LOMBA, O. Gabriela; BRAGA, P. Patricia. “A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde”. Ciencia y Enfermeria. Vol 13 N.1 . 2017.
- 12 GOMES, C. Giovana; MOTA, S. Marina; MOREIRA, J. A. Moara; JUNG, C. Bianca; XAVIER, M. Daiani; SILVA, D. Camila. “(Des)preparo do familiar para o cuidado à criança com condição crônica”. Rev. Enferm UFPI. Vol. 6. N. 1. Pág. 47-53, 2017.
- 13 BARROS, S. B Ana. “Dúvida dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde quanto os cuidados domiciliares”. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura) Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

- 14 GOÉS, B. G. Fernanda; CABRAL, E. Ivone. “Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde” Rev. Bras. Enferm. Vol. 70. N. 1. Pág. 163-171, 2017.
- 15 NISHIMOTO, J. L. Corina; DUARTE, D. Elysângela. “A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal” Rev. Texto Contexto Enferm. Vol. 32. N. 2. Pág. 318-327, 2014.
- 16 INÁCIO, R. Ana Luiza; PEIXOTO, L. G. Ana Paula. “A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa”. Rev. Aten. Saúde. São Caetano do Sul. Vol. 15. N. 53. Pág. 87-94, 2017.
- 17 SANTOS, D. Nicole; THIENGO, A. Maria; MORAES, M. M. R. Juliana; PACHECO, A. T. Sandra; SILVA, F. Liliane. “O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar”. Rev. Enferm UERJ. Vol. 22 N. 1. Pág 65-70, 2014.
- 18 VIANA, S. Izabella; SILVA, F. Liliane; CURSINO, G. Emília; CONCEIÇÃO, S. Daniele; GOES, B. G. Fernanda; MORAES, M. M. R. Juliana. “Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde” Texto Contexto Enferm. Vol 23. N. 3. 2018.
- 19 TAVARES, S. Tatiana; SENA, R. Roseni; DUARTE, D. Elysângela. “Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas” Rev. Rene. Vol. 17 N. 5. Pág. 659-667, 2016.

**ANEXOS**

**ANEXO A – Projeto de Monografia**

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Dara Luiza Zambiasi

**ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

Santa Cruz do Sul

2018



Dara Luiza Zambiasi

**ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

Projeto de pesquisa elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Ingre Paz

Santa Cruz do Sul

2018

**LISTA DE ABREVIACÕES**

AIDPI	Atenção às Doenças Prevalentes na Infância
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CSHCN	Children With Special Health Care Needs
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IG	Idade Gestacional
IHAC	Hospital Amigo da Criança
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PROASP	Programa de Assistência Integral à Saúde Perinatal
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>28</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3 Justificativa.....</b>	<b>30</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>32</b>
<b>3.1 Delineamento da pesquisa.....</b>	<b>32</b>
<b>3.2 Local da pesquisa .....</b>	<b>33</b>
<b>3.3 Integrantes da pesquisa.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Delineamento da coleta de dados.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 Procedimentos éticos e técnicos .....</b>	<b>34</b>
<b>3.6 Divulgação dos dados .....</b>	<b>35</b>
<b>3.7 Análise dos dados .....</b>	<b>35</b>
<b>4 FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>36</b>
<b>4.1 Assistência Integral à Saúde da Criança .....</b>	<b>36</b>
<b>4.2 Contextualizando as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES)</b> <b>.....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e os cuidados de</b> <b>Enfermagem no ambiente hospitalar .....</b>	<b>41</b>
<b>4.4 Alta hospitalar das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e as</b> <b>repercussões para a família .....</b>	<b>43</b>
<b>5 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA .....</b>	<b>46</b>
<b>6 CRONOGRAMA .....</b>	<b>47</b>
<b>7 ORÇAMENTO .....</b>	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>51</b>
<b>A. Questionário .....</b>	<b>51</b>
<b>B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>57</b>
<b>A. Protocolo de aceite da instituição .....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos na área da saúde nos últimos anos contribuíram para o aumento da sobrevivência de crianças clinicamente frágeis, que enfrentaram ou enfrentam situações como a prematuridade, malformações congênitas, doenças crônicas, traumas, asfixia perinatal, entre outros, porém, houve um aumento na complexidade de cuidados que essas crianças demandam em virtude da sua necessidade especial de saúde (PEREIRA, 2014).

As crianças que necessitam de assistência diferenciada, de modo temporário ou permanente, de cuidado tecnológico ou medicamentoso, recebem a denominação de Children with Special Health Care Needs (CSHCN) nos Estados Unidos e, surgiu no ano de 1998, no Maternal and Health Children Bureau. (MCPHERSON et al., 1998 apud SILVEIRA, 2017). Já no Brasil, estas, são chamadas de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) que, em 1999, a partir da tese de doutorado da Enfermeira Ivone Evangelista Cabral denominada “Aliança de saberes do cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de mães e estudantes de enfermagem” foi implantado e traduzido a definição das CRIANES. (CABRAL, 1999 apud SILVEIRA, 2017). Esse público exige uma pluralidade de diagnóstico, dependência de cuidados, multiprofissionalismo e rede de atenção à saúde, o que vai muito além do que outras crianças demandam (CRUZ et al., 2017).

Embora, exista muitas políticas que abordam os direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, no que diz respeito ao grupo das CRIANES, não existe políticas de saúde específicas para esse público (SILVEIRA et al., 2017).

Com o avanço da tecnologia na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica a partir da revolução industrial muitos privilégios começaram a surgir para a sociedade, diminuindo a morbimortalidade infantil. No ano de 2000, no Brasil, a cada mil crianças nascidas, 29,7 não chegavam a completar o primeiro ano de vida. Porém, dados do Censo 2010 mostraram uma queda significativa de 47%, sendo assim, 15,6/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2012 apud ZAMBERLAN, 2014).

Nas estatísticas oficiais do Brasil, esse grupo de crianças é mantido de maneira invisível. Porém, um estudo realizado em dois serviços de terapia intensiva no Rio de Janeiro mostrou que 6,3% das crianças que receberam alta no período do estudo possuía alguma necessidade terapêutica pós-hospitalar, sendo consideradas CRIANES, e destas, 74,2% necessitaram terapia a longo prazo (GOÉS; CABRAL, 2017).

Entretanto o nascimento prematuro ainda se configura como um problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a cada ano cerca de 15 milhões de bebês nasçam

pré-termo, sendo assim, mais de um em cada dez nascimentos. E mais de um milhão deles morrem a cada ano devido às complicações no parto (ALCANTRA et al., 2017).

O nascimento de um filho prematuro e a internação em uma Unidade Neonatal se configura como uma fase difícil para a família, uma vez que esse ambiente além de ser altamente tecnológico acaba de certa forma separando os bebês de seus pais. Sendo assim, o momento da alta hospitalar se configura como um dos mais esperados e que gera mais expectativas na família, por outro lado, a insegurança e o medo de levar a criança para casa e ter que desenvolver os cuidados no domicílio se fazem presentes (VERONEZ et al., 2017).

O aumento de doenças crônicas na infância tem relação com a alta taxa de sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, egressos de unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). A enfermagem encara um desafio no cuidado a essas crianças como também para suas famílias nos diferentes cenários da assistência à saúde. Cuidar de CRIANES, vai muito além de dominar técnicas, envolve interação, aconselhamento, vínculo, e sobretudo apoio ao principal cuidador (CRUZ et al., 2017).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar o discurso das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde no preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as características neonatais de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Identificar as características das famílias de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal;
- Compreender como foi vivenciado pela família o momento da alta hospitalar;
- Verificar junto a família qual o foi o profissional que mais se sobressaiu no processo de preparação da família para a alta hospitalar da criança;
- Questionar sobre os desafios que a família identifica como sendo os principais a serem vencidos a partir do momento da alta;

### 2.3 Justificativa

Este estudo justifica-se pelo aumento da presença de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) nos serviços de saúde, e por necessitarem de cuidados diferenciados, precisam de profissionais capacitados para realiza-los. Entretanto, sabe-se que o a partir do momento que essa criança vai para casa, quem assume o papel de cuidador é a família. Entendendo, sobre a complexidade das atividades desenvolvidas no processo de cuidado de uma CRIANE, no qual os familiares têm de enfrentar no seu cotidiano, sem formação específica para isso, faz-se necessário aprofundar os conhecimentos em relação a essas crianças.

Compreender a rotina de cuidados com essas crianças e as dificuldades apresentadas pela família, é importante, perante todos os avanços na saúde da criança e do adolescente, que resultaram na diminuição da mortalidade infantil, e na sobrevida de CRIANES. Esses dados se assemelham com a literatura internacional estudada a partir da década de 90, e nacionalmente a partir de 1999 com Cabral (McPHERSON et al., 1998; NEWACHEK, 1998 apud SILVEIRA, 2017).

Com o progresso da tecnologia na área neonatal e pediátrica muitos avanços foram conquistados, o que culminou, na sobrevida de CRIANES que demandam de cuidados complexos e específicos, de maneira temporária ou permanente (PEREIRA, 2014).

Visto que essas crianças não são contempladas de modo específico nas políticas públicas do Brasil, e represente um grupo pouco presente nos dados epidemiológicos, faz-se necessário aprofundar estudos na área, para gerar dados acerca da complexidade que significa cuidar de uma CRIANE, e tudo o que isso representa para a família (SILVEIRA et al., 2017).

A alta hospitalar de crianças com demandas de cuidados clinicamente complexos para casa precisa que o enfermeiro assuma um papel importante na preparação de famílias para o cuidado domiciliar, desse modo, políticas de cuidado institucionais voltadas para a alta dessas crianças passaram a ser recomendadas em estudos que abordaram a transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar (GOÉS; CABRAL, 2017).

A ida da criança para casa reflete no medo e insegurança. Por esse motivo, é de suma importância que antes da alta hospitalar, os familiares sejam preparados para realizar o cuidado em casa. É preciso que as famílias sejam entendidas e acolhidas em toda a sua singularidade, pois cada uma pode vivenciar de um modo esse processo de transição (NISHIMOTO; DUARTE, 2014).

Saber mediar cuidados específicos demandado pelas CRIANES, é indispensável para qualquer profissional da saúde, inclusive o profissional enfermeiro, seja no nível primário, secundário ou terciário de atenção à saúde. Quando o enfermeiro sabe cuidar de uma CRIANE, conseqüentemente, sabe assumir um papel de educador, e repassar este conhecimento a família, que após a transição para casa, assume o principal papel de cuidador, sem formação específica para tal. Diante do exposto, questiona-se: ***Como as famílias de crianças com necessidades especiais de saúde vivenciam o preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar?***

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento da pesquisa**

A pesquisa será qualitativa, de abordagem exploratória descritiva, desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário da cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

A palavra qualitativa traz o sentido de ênfase sobre a qualidade das entidades e sobre os processos e significados que não podem ser medidos em números, volume, intensidade ou frequência. Através da pesquisa qualitativa os pesquisadores podem trazer à tona a natureza da realidade, desse modo, é capaz de captar o ponto de vista do indivíduo. É importante ressaltar também que esse método não busca respostas precisas ou testar hipóteses. Sendo assim, ela reproduz conhecimento através das experiências humanas, estas, que são imprescindíveis para entender o contexto de determinada situação e permite ao pesquisador revelar entendimentos e significados que estão penetrados nas vivências das pessoas. A pesquisa qualitativa faz uso de materiais empíricos como: história de vida, entrevista, experiências pessoais, entre outros. O enfermeiro ao desenvolver uma pesquisa qualitativa tem foco de aprofundar a compreensão, dimensão e significado do fenômeno estudado (LACERDA; COSTERNARO, 2016).

O estudo tem natureza exploratória porque tem objetivo de desenvolver, explicar e modificar ideias e conceitos para a elaboração de abordagens posteriores. Sendo assim esse tipo de abordagem é recomendada quando o foco da pesquisa é pouco explorado, elas proporcionam uma visão geral, de um determinado fato. Conta com algumas finalidades: viabiliza informações sobre o assunto, facilita a delimitação do tema de pesquisa, orienta a fixação dos objetivos e a construção de hipóteses ou descobrir um novo foco para o assunto (LACERDA; COSTERNARO, 2016).

A pesquisa com abordagem descritiva busca descrever as características de uma população, um fenômeno ou uma experiência. Um dos seus diferenciais é a utilização de instrumento de coleta de dados, como o questionário, por exemplo. A mesma, tem objetivo de observar os fatos, analisando-os, registrando-os, classificando-os e interpretando-os, neste ponto, o pesquisador não interfere (LACERDA; COSTERNARO, 2016).

#### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa será realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de hospital universitário na cidade de Santa Cruz do Sul, referência em gestantes de alto risco na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, que inclui os municípios de Candelária, Gramado Xavier, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz. Trata-se de uma instituição



filantrópica, sem fins lucrativos, fundada em 22 de maio 1908 e conta com 232 leitos e 975 funcionários (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2018)

A UTI Neonatal/Pediátrica do Hospital conta com oito leitos próprios para atendimentos de recém-nascidos de 0 a 28 dias e crianças de 29 dias a 12 anos. Ela foi criada com contribuições da comunidade, atualmente, considerada uma das mais modernas do estado. É composta por plantão médico e de enfermagem 24 horas. Na unidade, existem diversos programas e projetos que são desenvolvidos como: Método Mãe – Canguru, A hora do conforto e Grupo Aconchego. Também, conta com um blog chamado “Pequenos Valentes do HSC”, que tem como objetivo contar histórias dos bebês que estiveram internados por algum período na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal do Hospital (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2018).

### 3.3 Integrantes da pesquisa

Os sujeitos do estudo serão familiares/responsáveis legais de crianças classificadas como criança com necessidade especial de saúde (CRIANE) internadas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em processo de alta hospitalar.

**Crítérios de Inclusão:** serão considerados os familiares/responsáveis que tenha acompanhado o processo desde a internação até a alta da criança na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e os que aceitem participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Crítérios de Exclusão:** familiares/responsáveis que não acompanharam o processo de internação-alta da criança e os que se recusarem a participar do estudo.

### 3.4 Delineamento da coleta dos dados

Neste estudo será utilizado a entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas. Os dados serão produzidos a partir da aplicação de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A). As variáveis analisadas serão: dados de identificação, sociodemográficos e da internação e alta do recém-nascido (peso, idade gestacional ao nascer, sexo, raça, apgar, zona de habitação, motivo da internação, tempo de internação, diagnóstico na alta). Para caracterizar as CRIANES será utilizado uma tabela contendo descrição das seis categorias. Dados da família: dados de identificação, sociodemográficos, econômicos (grau de parentesco, escolaridade, cidade, profissão, classificação econômica conforme ABEP, membros que residem na mesma casa). Aspectos sobre a preparação para a alta hospitalar; vínculo afetivo da família com a criança; vínculo profissionais e família; medos e inseguranças da família.

A utilização de entrevistas é bastante usada com instrumento de coleta de dados nas pesquisas na área da saúde, ela permite, entender o que as pessoas sentem ou imaginam os eventos com relação

ao processo de saúde e doença, e os significados que atribuem às experiências de vida e de doença. É caracterizada como um processo de obtenção de informação que permite a interação entre o pesquisador e o entrevistado. As respostas recebidas podem ser de forma aberta, para que depois sejam categorizadas, e/ou fechadas, com respostas de escolhas simples, múltiplas ou em série. A população do estudo geralmente é selecionada pela afinidade do tema em estudo (LACERDA; COSTERNARO, 2016).

Quanto ao tipo de entrevistas, são classificadas em: estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. O estudo em questão irá fazer uso da entrevista semiestruturada, que para Lacerda e Costenaro (2016, p. 425) é:

O pesquisador determina previamente as perguntas que serão realizadas. As perguntas são do tipo abertas e fechadas, permitindo a possibilidade de o pesquisador aprofundar as respostas obtidas às questões da pesquisa durante a entrevistas, sem, contudo, perder o foco do estudo. Exige uma escuta cuidadosa do pesquisador para o aprofundamento e alcance dos objetivos da pesquisa.

A aplicação do questionário será realizada em local e horário pré-determinados com os integrantes da pesquisa, a coleta de dados terá um prazo de dois meses, de 01 de abril a 01 de maio de 2019. Após esclarecimento sobre o tema da pesquisa e sobre as questões, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será realizado o questionário.

### **3.5 Procedimentos éticos e técnicos**

A pesquisa seguirá as normas estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa que enfatiza os aspectos envolvendo seres humanos, sendo que estes serão os sujeitos do estudo. Primeiramente será enviado um protocolo de aceite para a Secretaria de Ensino e Pesquisa do Hospital, para obtenção da autorização deste estudo monográfico (ANEXO A). Após o presente projeto será submetido para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC), em consideração à ética aplicada na pesquisa em saúde.

Os sujeitos terão liberdade de participar ou não da pesquisa, inclusive, de desistirem a qualquer momento. Os mesmos serão informados dos objetivos do estudo, assim como sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). A assinatura deste se fará em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito da pesquisa.

### **3.6 Divulgação dos dados**

A divulgação dos dados será feita por meio de Artigo Científico, e os resultados da presente pesquisa serão divulgados ao término do semestre letivo de 2019/1, por meio da defesa do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC). A partir de então, serão realizadas as correções consideradas

necessárias pelos professores da banca de avaliação e, posteriormente, será encaminhado para a publicação em revista científica da área.

### **3.7 Análise dos dados**

Após o término da coleta de dados, os mesmos serão organizados e a análise seguirá o método Análise de Conteúdo de Bardin (2016), que traz que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análises das comunicações que faz uso de métodos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens recebidas. A análise de conteúdo pretende ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados obtidos, e, conta com três fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação.

A pré-análise é a fase de organização, e tem foco de sistematizar as ideias iniciais. A exploração do material é a segunda fase, e tem objetivo de através dos dados objetivos, organizar as categorias que serão exploradas. Por fim, a terceira fase é tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde ocorre a condensação e destaque das informações para análise, e resultando em uma análise crítica e reflexiva (BARDIN, 2016).

## **4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **4.1 Assistência Integral à Saúde da Criança;**

As crianças durante muito tempo foram tratadas da mesma forma como os adultos, sem considerar os seus aspectos de desenvolvimento infantil. A infância não era considerada como um ciclo vital que possui suas singularidades, nem pela família, nem pelo Estado. O reconhecimento da criança enquanto um ser biopsicossocial, como também, os seus direitos como cidadão foram se construindo ao longo da história, caminhando junto com avanços na assistência à saúde a esse público, o qual teve transformações e até hoje está em constante construção (ARAÚJO et al., 2014).

A história da pediatria iniciou em 1802 quando foi criado o primeiro hospital pediátrico em Paris, e em 1850 nos Estados Unidos. Dessa forma foi necessário capacitar profissionais para que estes estivessem aptos para atender esse público, adaptando-se as suas especificidades (ROCHA, 1995 apud ZAMBERLAN, 2014).

Entre os anos de 1930 e 1940, os programas que objetivavam a proteção à maternidade, infância e adolescência tiveram início, todos submetidos a proposta do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram colocadas em práticas ações educativas e de vigilância, envolvendo a mulher em todo o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, as ações à saúde da criança tinham caráter curativo e individualizado. Nesse período o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desenvolviam as ações em conjunto, somente em 1953 que o desmembramento ocorreu, sendo assim, o DNCr ficou em responsabilidade do Ministério da Saúde. Entre as ações desenvolvidas pode se destacar o fim do DNCr em 1969, e a criação, no ano de 1970 da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (ARAÚJO et al., 2014).

Na década de 1970, surgiu no Brasil o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que teve como objetivo redução da morbimortalidade infantil e materna, tendo ações de caráter preventivo, centralizadas, que desconsideravam a diversidade regional existente no país (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1980, com a visão de mudar a assistência à saúde da criança no país e atingir um cuidado integral, com a necessidade de acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), que focava em resolver todos os problemas relacionados à saúde materno-infantil (ARAÚJO et al., 2014). Em 1984 foi criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança (PAISC), as ações eram destinadas a prestação de assistência integral à saúde da criança pelos serviços, contemplando seu processo de desenvolvimento e crescimento para além da existência de uma patologia (BRASIL 1984, apud ZAMBERLAN, 2014).

No ano de 1990, com a Lei nº 8069 de 13 de julho, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) oficializou crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, o que resultou em serviços de atendimento à essa população no país. Foi-lhes garantido sobre tudo o direito à vida e à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, cultura, esporte, lazer, à profissionalização e à proteção no trabalho (TAVARES; DUARTE; SENA, 2017).

No ano seguinte em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) cujo principal foco era a atenção perinatal, cuidados fornecidos a mãe-feto e ao recém-nascido, regionalizar a assistência, prover a melhoria da qualidade do parto, instituindo o alojamento conjunto e incentivando o aleitamento materno. Mais tarde, em 1995 o Ministério da Saúde lançou a iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), sendo um dos objetivos do programa assegurar o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto aos Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS, estimular a autonomia mãe e bebê, principalmente no que se refere ao parto humanizado (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1996 devido a numerosa diversidade regional existente no país, foi adotado principalmente pelas regiões norte e nordeste, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Surgiu com o objetivo de unir a saúde da criança e a atenção primária e a avaliação dos principais desencadeadores que afetavam a saúde infantil. Já no fim da década de 1990 foi estruturado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, teve foco de melhorar a assistência pré-natal e o parto (ARAÚJO et al., 2014).

Em virtude dos altos índices de nascimentos prematuros, e de baixo peso, o Ministério da Saúde, lançou no ano de 2000 através da Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso, o Método Canguru. Essa estratégia permitiu maior contato pele a pele do bebê e a mãe, visando a maior participação da família no cuidado, obtendo melhores resultados na recuperação da criança. Ainda no ano de 2000, foi implantado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, tendo como objetivo o acesso por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência ao pré-natal, parto, puerpério e neonatal (ARAÚJO et al., 2014).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tinha como diretrizes ações que visavam fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e o desenvolvimento, o combate aos distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância. Já no ano de 2011, foi implantada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha, que visa através de uma rede de cuidados garantir qualidade assistencial à mulher,

segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento de crianças (ARAÚJO et al., 2014).

Em 1º de abril de 2014 o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 483, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. A portaria conta com 13 princípios norteadores, e objetiva a promoção da saúde integral das pessoas com doenças crônicas, em todos os níveis de atenção, execução de ações de proteção e promoção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, etc (BRASIL, 2014).

Embora, exista muitas políticas que abordam os direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, no que diz respeito ao grupo das CRIANES, não existe políticas de saúde específicas para esse público. Sendo assim, considera-se as políticas voltadas para as condições crônicas, visto que, crianças e adolescentes com doenças crônicas pertencem ao grupo das CRIANES. (SILVEIRA et al., 2017).

Atualmente, no ano de 2015 foi instituído pela portaria nº 1.130, de 5 de agosto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A política tem como objetivo promover a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais desde a gestação até os nove anos de idade, com atenção especial à primeira infância e às populações que estão mais vulneráveis, visando a diminuição da morbimortalidade e um ambiente que favoreça à vida com condições dignas de existência e desenvolvimento. A PNAISC conta com sete eixos estratégicos que visam orientar e qualificar as ações de saúde em todo o território nacional, levando em conta os determinantes e condicionantes sociais para garantir o direito à vida e à saúde, objetivando a efetivação das medidas que permitem o nascimento e o desenvolvimento na infância, e a redução das vulnerabilidades e riscos para adoecimentos e outros agravos, prevenção de doenças crônicas na vida adulta, e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

A mortalidade infantil (MI) é vista como um dos melhores indicadores que refletem as condições de saúde de uma população, como também, o nível de desenvolvimento socioeconômico. Este, pode fornecer resultados sobre a qualidade que está sendo oferecida no pré-natal à gestante e ao recém-nascido. A queda significativa da mortalidade infantil no Brasil é resultado de ações e programas que foram implantados pelo governo federal, exemplo disso, o aumento da cobertura de pré-natal, acesso aos serviços de saúde, melhora nas condições de vida, entre outros. Mundialmente, a MI caiu mais da metade nos últimos 25 anos (NASCIMENTO et al., 2016).

Analisando os índices de mortalidade infantil no Brasil, desde 1990, foi possível perceber que antes do prazo o país já atingiu uma das metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, sendo assim, em 2011, apresentou um índice de mortalidade infantil de 16/1000 nascidos vivos, e até 2015, reduziu dois terços (ARAÚJO et al., 2014).

#### **4.2 Contextualizando as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES)**

No cenário da assistência à saúde da criança, muitas modificações foram acontecendo ao longo dos anos, a diminuição da morbimortalidade infantil modificou a situação de saúde. Contudo, há um aumento cada vez mais acentuado de crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES). Essas crianças são sobreviventes do que até então se acreditava como um problema fatal, porém estas convivem com algum tipo de condição especial (ZAMBERLAN, 2014).

A denominação Children With Special Health Care Needs (CSHCN) teve origem nos Estados Unidos no ano de 1998, no Maternal and Health Children Bureau. Esse público é caracterizado por crianças e adolescentes entre 0 a 17 anos, que possuem maior risco de desenvolverem uma doença crônica, uma condição física de desenvolvimento, comportamental ou emocional (MCPHERSON et al., 1998 apud SILVEIRA, 2017). No Brasil em 1999, a partir da tese de doutorado da Enfermeira Ivone Evangelista Cabral denominada “Aliança de saberes do cuidado e estimulação da criança-bebê: concepções de mães e estudantes de enfermagem” foi exposto o conceito de necessidade especial de saúde, onde ela fez a tradução livre para o português como crianças com necessidades especiais de saúde (CRIANES) (CABRAL, 1999 apud SILVEIRA, 2017).

Criança com necessidade especial de saúde é uma definição usada para caracterizar crianças que apresentam condições crônicas, físicas, de desenvolvimento, comportamental ou emocional, que, conseqüentemente, necessitam maior utilização dos serviços de saúde e assistência de diversos profissionais de saúde, incluindo, os profissionais de enfermagem (GOÉS; CABRAL, 2017).

Nacionalmente as crianças com necessidades especiais são chamadas de CRIANES, na literatura internacional são denominadas como Children with Special Health Care Needs (CSHCN). As CRIANES apresentam condições de saúde especiais e que demandam cuidados complexos e contínuos, sejam eles, de modo temporário ou permanente. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que, pelo mundo todo, existem pelo menos 150 milhões de crianças que possuem algum tipo de deficiência, que se caracteriza por qualquer perda ou anormalidade estrutural, funcional ou psíquica, física ou anatômica. A necessidade especial de saúde, não se relaciona apenas a uma condição individual da criança, mas também a todo o ambiente social que a cerca, portanto, cuidar de uma CRIANE exige muito conhecimento dos profissionais de saúde, assim como das famílias que precisam exercer esse cuidado no domicílio (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

Anteriormente as CRIANES eram classificadas em cinco grupos: cuidados de desenvolvimento (crianças que necessitam de reabilitação psicomotora), tecnológicos (crianças que dependem de algum tipo de tecnologia), medicamentoso (fármaco-dependentes), habituais modificados (crianças que precisam de auxílio nas tarefas do dia a dia) e mistos (crianças que apresentam todos os cuidados associados) (SILVEIRA et al., 2013 apud BAROOS, 2016). Porém, com o aumento da tecnologia associada ao cuidado em saúde, e visto que muitas CRIANES dependem da mesma, a complexidade desse cuidado tem aumentado cada vez mais, precisando de muito preparo e capacitação, sendo assim, a divisão de categorias mudou.

Atualmente as CRIANES são classificadas em seis categorias. De desenvolvimento: que inclui crianças com disfunção neuromotora muscular, que apresentem limitações funcionais e incapacitantes. Cuidados tecnológicos, que representa as que estão em uso de dispositivos como gastrostomia, traqueostomia, colostomia, etc. Cuidados medicamentosos, onde estão as que fazem uso contínuos de medicamentos como cardiotônicos, anticonvulsivantes, etc. Cuidados habituais modificados, que caracterizam as crianças que precisam de tecnologias nos seus cuidados cotidianos e nas atividades da vida diária para que possam se locomover, alimentar-se, no uso do banheiro, etc. Cuidados mistos, que se define quando há uma combinação de uma ou mais demandas, eliminando a tecnológica. E cuidados clinicamente complexos, que é caracterizado por uma combinação de todas as anteriores incluindo o manejo de tecnologias de suporte de vida (ESTEVEVES et al., 2016 apud GOÉS; CABRAL, 2017).

Outro estudo realizado por Silveira no ano de 2017, intitulado *“O cuidado no cotidiano de adolescentes com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem”*, é similar ao anterior onde cita que as CRIANES são classificadas em seis grupos: demandas de desenvolvimento que são aquelas que precisam de reabilitação psicomotora e social. Tecnológicas que são as que necessitam de algum tipo de tecnologia como bolsa de colostomia, traqueostomia, etc. Medicamentosos que caracteriza as que são farmacodependentes. Habituais modificados define as crianças que necessitam de modificações ou adaptações de tarefas do dia a dia. Mistos que são as que apresentam mais de um tipo de necessidade de cuidado associado. E cuidados clinicamente complexos que é quando há uma combinação de todas as categorias anteriores.

No estudo realizado por Goés e Cabral (2017), a origem da necessidade especial, surgiu com relação entre as condições de gestação, parto e nascimento. A maioria das crianças do estudo, apresentaram a necessidade especial através das causas perinatais congênicas e adquiridas, e uma pequena parcela na fase pré-escolar, aos dois anos.



Nas estatísticas oficiais do Brasil, esse grupo de crianças é mantido de maneira invisível. Porém, um estudo com 1.355 crianças na faixa etária de 29 dias a 12 anos internadas em dois serviços de terapia intensiva no Rio de Janeiro mostrou que 6,3% das crianças que receberam alta no período do estudo possuía alguma necessidade terapêutica pós-hospitalar, sendo consideradas CRIANES, e destas, 74,2% necessitaram terapia a longo prazo (GOÉS; CABRAL, 2017).

Em realidade nacional, apesar das CRIANES se fazerem cada vez mais presentes no cotidiano dos serviços de saúde, provocando assim, uma mudança no perfil epidemiológico do país, elas não estão contempladas de modo específico nas políticas de saúde de redes de atenção (ZAMBERLAN, 2014).

Mesmo que o Estatuto da Criança e do Adolescente garanta os direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, no que se refere a políticas para as CRIANES, não existe nenhuma política de saúde voltada especificamente para esse público (SILVEIRA, 2017).

As CRIANES apresentam condições especiais de saúde que demandam vários cuidados, sendo assim, elas exigem preparo e conhecimento dos profissionais de saúde. Portanto é necessário que os profissionais de enfermagem desenvolvam habilidades para prestar uma assistência integral a esse público e para a suas famílias, sempre priorizando o vínculo profissional-criança-família, pois este é imprescindível e resulta na qualidade do cuidado (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

Dependendo da gravidade da criança, os cuidados podem se estender pelo resto da vida, e muitas vezes com o passar dos anos estes podem se tornar cada vez mais difíceis, excessivos e até mesmo intermináveis. A medida que a criança cresce, a situação de saúde se agrava, pois, a necessidade especial vai ficando mais evidente (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

### **4.3 Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e os cuidados de Enfermagem no ambiente hospitalar**

No ambiente do hospital os cuidados e os procedimentos são realizados por profissionais de saúde devidamente habilitados. Neste contexto, destaca-se os profissionais da Enfermagem, cuja essência é o cuidado ao ser humano de modo integral e holístico, bem como papel de educador e articulador de saberes. As famílias necessitam de cuidado multiprofissional capaz de contribuir no processo de empoderamento para cuidar da criança (NASCIMENTO et al., 2016).

O campo de atuação da Enfermagem, tem como objetivo compensar as limitações ocasionadas pela doença, e suplementá-las. Importante também, a compreensão de tudo o que se torna vital para manter e estimular a vida de uma pessoa, e maneiras de adaptações para tal. O profissional de

Enfermagem tem um papel fundamental na capacitação dos familiares cuidadores para realizar procedimentos complexos, incomuns aos seus cotidianos, como aspiração de vias aéreas superiores e de traqueostomia, alimentação por gastrostomia, entre outros, estimulando confiança nas famílias das CRIANES para desenvolver esse cuidado inovador, atuando como facilitador na negociação de saberes e práticas, para que os familiares se sintam seguros para atender as diversas demandas de cuidados que essas crianças exigem no domicílio (GOÉS; CABRAL, 2017).

As CRIANES necessitam de maneiras para melhorar a sua qualidade de vida, o processo saúde-doença, pois este se relaciona com a desconstrução do olhar biomédico da avaliação em saúde. O objetivo da atenção não deve estar focado nas limitações, pois essas crianças precisam ser percebidas em toda a sua integralidade. Desse modo, ela precisa de atenção, carinho, respeito, para que se faça possível desenvolver um cuidado baseado nas suas necessidades especiais (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

Segundo Barros (2016, p. 25):

O enfermeiro, ao realizar práticas educativas fortalece o vínculo entre ele e o cliente e torna as ações de saúde mais fidedignas, mais próximas da realidade. Para tanto, no caso dos familiares de CRIANES responsáveis pelo cuidado domiciliar, antes do planejamento de ações educativas os profissionais devem ouvir as necessidades familiares, para assim traçar estratégias mais próximas a realidade vivida pelos participantes.

Um estudo feito por Tavares et al., (2016) mostrou o quanto é prejudicial a não oferta de mediações de saberes e práticas por parte dos profissionais para a família, para que a alta hospitalar da criança reflita em boas práticas de cuidado no domicílio. Também, ressalta a importância da atuação do enfermeiro na preparação desta família, dando orientações e suporte para realizarem as ações de cuidados que são essenciais ao suprimento das necessidades que essas crianças demandam.

Quando a família não consegue entender o que está acontecendo com o seu filho a sensação de impotência pode provocar o distanciamento da criança. Por esse motivo, é necessário que o profissional enfermeiro além de dominar técnicas, tenha a sensibilidade de se colocar no lugar dos pais, habilidade de lidar com as palavras para estabelecer uma comunicação efetiva, de modo que a família compreenda a situação que a criança se encontra, suas necessidades e possibilidades, também, é importante que eles conheçam a rotina e as normas da unidade, na revelação de notícias ruins, e principalmente, como a sua presença pode ajudar na recuperação da criança (VERONEZ et al., 2017).

Destaca-se que os familiares das CRIANES precisam dar continuidade do cuidado no domicílio e para que isso se dê de forma correta os mesmos precisam estar preparados. A equipe de enfermagem precisa mediar os saberes necessários para o cuidado dessas crianças, e isto é um grande desafio, pois a realidade é que esse público é invisível nas taxas oficiais e nas políticas públicas específicas (SILVEIRA; NEVES, 2011).

O conhecimento dos familiares não deve ser desconsiderado de forma alguma pelos profissionais, mas sim, construído, aperfeiçoado juntamente com o saber científico de toda a equipe, objetivando melhorar a qualidade de vidas dessas CRIANES. Sendo assim, o profissional deve se portar de maneira compreensiva e numa linguagem coerente, com cada cultura (BARROS, 2016).

O profissional de enfermagem deve acompanhar cada passo de construção da autonomia da família. Coisas que para a equipe são atividades corriqueiras, para a família é algo totalmente desconhecido, por isso, o detalhamento de cada orientação e o acompanhamento dos procedimentos no recém-nascido podem transferir habilidade e segurança para a família. Nesta perspectiva, o primeiro banho costuma gerar muita expectativa, deixando a mãe apreensiva e insegura a todas as reações do bebê no momento do procedimento, e à aparente fragilidade que o mesmo apresenta, contribui para essa insegurança. Assim, as orientações devem ser repetidas várias vezes até que sejam assimiladas e colocadas em prática. (VERONEZ et al., 2017).

Ainda, segundo SIVEIRA; NEVES (2011, p. 255):

Sabe-se que o enfermeiro, em sua prática profissional competente, deve ser capaz de desenvolver ações educativas adequadas às reais necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais, que permitam a transformação consciente da realidade. Assim, no cuidado à criança sempre é possível encontrar espaços para a educação em saúde, considerando que a mesma, deve permear em todas as práticas do cuidado infantil e envolver familiares nesse processo.

O processo de participação do profissional fortalece a segurança da família, por isso, é indicado que primeiramente seja demonstrado e orientado, depois, auxiliando o cuidador para realizar, e por fim, somente supervisionando, sempre de modo disponível e acolhedor (VERONEZ et al., 2017).

#### **4.4 Alta hospitalar das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e as repercussões para a família**

No ambiente hospitalar, com destaque para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os pais vivenciam uma realidade muito diferente, e por esse motivo convivem com a ansiedade pela melhora do quadro de seu filho, ganho de peso, e por fim com o período que antecede a alta hospitalar. E quando isso acontece, se deparam com um novo desafio o de levar o seu filho para casa, embora este seja um momento de muita expectativa, gera a carga de responsabilidade associado a insegurança e o medo de cuidar do bebê no domicílio (SANTOS et al., 2014).

As famílias das CRIANES necessitam de profissionais que estejam preparados para orientá-las, e que levem em consideração todas as suas particularidades e sentimentos. Destaca-se como estratégia importante a educação em saúde, tendo como principal objetivo o conhecimento dos

familiares cuidadores e suas demandas de aprendizagem para cuidar de uma CRIANES. A situação da criança pode trazer sensação de competência, capacidade e confiança nos pais, buscando a adaptação a nova realidade, neste contexto, há famílias que conseguem passar pelo desafio, porém, outras apresentam um pouco mais de dificuldade (INÁCIO; PEIXOTO, 2017).

A capacitação da família para o cuidado é fundamental para melhora do prognóstico da criança. Quanto mais orientado referente ao diagnóstico, cuidados, tratamento e sintomatologia, maior é a chance de reconhecer precocemente mudanças no quadro clínico. Nesta perspectiva, o profissional de saúde, em especial o enfermeiro, ao transmitir para a família a responsabilidade de cuidador, implica diretamente na rotina, provocando mudanças (GOMES et al., 2017).

Os cuidadores precisam enfrentar inúmeras tarefas, que envolvem até mesmo os cuidados de enfermagem, e que a família precisa incorporar no seu cotidiano, além dos cuidados que a criança demanda de modo geral (REIS et al., 2017).

A alta hospitalar muitas vezes significa medo e insegurança perante o novo, porém, ressalta-se que a mudança de ambiente pode resultar em reaprender a cuidar. Por esse motivo, é de suma importância que no período que antecede a alta hospitalar, os familiares sejam preparados para realizar o cuidado no domicílio. É preciso que as famílias sejam entendidas e acolhidas em toda a sua singularidade, pois cada uma pode vivenciar de um modo esse processo de transição da criança para casa (NISHIMOTO; DUARTE, 2014).

Segundo Santos (2014, p. 66):

O planejamento da alta hospitalar deve ser estratégico e individualizado, considerando as especificidades clínicas do bebê e as condições biopsicossociais da família. O preparo adequado dos pais durante o período de hospitalização, melhorando suas habilidades para os cuidados gerais e específicos ao bebê, além de torná-los mais confiantes para a alta domiciliar, propicia a continuidade dos cuidados no domicílio, aumenta o índice de acompanhamento ambulatorial após a alta e diminui, inclusive, a frequência de reinternações desnecessárias.

Percebe-se que após a alta hospitalar das CRIANES a família descobre a que a realidade de cuidar de uma criança com necessidade especial demanda cuidados complexos e que vão precisar ser desenvolvidos no domicílio. Dessa forma, é necessário focar em práticas de cuidado que visam buscar as principais dúvidas dessa família (PEREIRA, 2014 apud BARROS, 2016).

Após a alta hospitalar da criança é importante que toda a equipe oriente a família sobre a continuidade do cuidado na atenção básica, para acompanhamento frequente da criança. Incentivar esse processo caracteriza uma das atribuições do enfermeiro no nível hospitalar e equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O enfermeiro tem responsabilidade de dar continuidade do cuidado do hospital ao domicílio, neste sentido, ressalta-se a importância da articulação da rede de saúde, para poder garantir uma assistência integrada e comprometida (NASCIMENTO et al., 2016).

Segundo Goés; Cabral (2017, p. 3):

A prática social da alta é marcada pelo preparo das mães, e não de suas famílias, a partir de uma previsão de alta, para que essas mulheres possam continuar cuidando de seus filhos no domicílio. Há uma crença de que esse preparo torna as mães aptas e autônomas para a manutenção de cuidados longe do hospital. Entretanto, não há uma padronização desse preparo na instituição, o que influencia em sua própria resolutividade.

Outro estudo realizado por Santos et al., (2014) também traz que a figura da mulher está socioculturalmente como a provedora dos cuidados aos seus membros da família. Dessa forma faz-se necessário que essas mães adquiram conhecimentos científicos para realizar cuidados complexos no domicílio. Esse conhecimento científico pode ser transmitido através do profissional de enfermagem, iniciando o processo de empoderamento dessa mãe.

Um estudo realizado por Pereira (2014), mostrou que as informações foram insuficientes para que os pais se sentissem preparados para levar a criança para casa, e que os profissionais que mais se auxiliaram nesse processo, mesmo que insuficiente, foram os enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos.

Outro estudo realizado por Barros (2016) apontou as principais repercussões da alta hospitalar das CRIANES para a família, o desconhecimento sobre a patologia do filho gerou na família muita insegurança, porém, a informação completa por parte da equipe acabou tranquilizando-os. Outro desafio era o manuseio de dispositivos tecnológicos como cateter de gastrostomia, como redigir o cuidado com os mesmos, porém, este foi parcialmente vencido antes da alta hospitalar, pois no período que a criança esteve internada, a família pode ter a oportunidade de se acostumar e se adaptar. Outro aspecto, diz respeito as atividades de vida diária como alimentação banho e locomoção, pois estas, a partir de agora, passaram a ser modificadas. Sobre a utilização contínua de medicamentos, na administração, e sobre seus efeitos a longo prazo. E ainda, dúvidas e expectativas de como será o crescimento e desenvolvimento dessa criança.

Ferramentas como a educação em saúde e a informação constituem parte do processo da construção da autonomia da família para desenvolver os cuidados após a alta hospitalar da criança, entretanto, evidências apontam que o planejamento e o preparo devem ser feitos desde a admissão da criança na unidade neonatal. Assim as orientações fornecidas no momento da alta fazem com que a família assuma os cuidados, com segurança e sem dúvidas o que resulta na qualidade da assistência à criança (GOÉS; CABRAL, 2017).

## **5 ESTRUTURA PROVISÓRIA DA MONOGRAFIA**

### **1 INTRODUÇÃO**

### **2 OBJETIVOS**

#### **2.2 Objetivos Específicos**

#### **2.3 Justificativa**

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Delineamento da pesquisa**

#### **3.2 Local da pesquisa**

#### **3.3 Integrantes da pesquisa**

#### **3.4 Delineamento da coleta de dados**

#### **3.5 Procedimentos éticos e técnicos**

#### **3.6 Divulgação dos dados**

#### **3.7 Análise dos dados**

### **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **4.1 Assistência Integral à Saúde da Criança**

#### **4.2 Contextualizando as Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES)**

#### **4.3 Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e os cuidados de Enfermagem no ambiente hospitalar**

#### **4.4 Alta hospitalar das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) e as repercussões para a família**

### **5 ANÁLISE DOS DADOS**

### **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **REFERÊNCIAS**

### **ANEXOS**

### **APÊNDICES**



**7 ORÇAMENTO**

**Título da pesquisa: ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE, CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

**Gestor financeiro: Próprio**

<b>Itens a serem financiados</b>			
<b>Especificações</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Unitário R\$</b>	<b>Valor Total R\$</b>
Papel sulfite A4 Branco – 500 folhas	1	23,90	23,90
Impressões	500	0,25	125,00
Capa para trabalhos da UNISC	3	0,50	1,50
Encadernações	3	4,00	12,00
Passagens de ônibus	50	2,00	100,00
<b>VALOR TOTAL:</b>			<b>262,40</b>

---

Ingre Paz  
Orientadora



## REFERÊNCIAS

- ALCÂNTRA, L. Kamilie; BRITO, S. M. L. Larissa; COSTA, S. V. Deiziane; FAÇANHA, M. P. Ana; XIMENES, B. Lorena; DODT, M. C. Regina. “*Orientações familiares necessárias para uma alta hospitalar segura do recém-nascido: revisão integrativa.*” Rev. Enferm UFPE, Vol. 11. N. 2. Pág. 645-655, 2017.
- ARAÚJO, P. Juliane; SILVA, M. M. Rosane; COLLET, Neusa; NEVES, T. Eliane; TOSO, O. G. R. Beatriz; VIEIRA, S. Claudia. “*História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas*”. Rev. Bras. Enferm. Vol. 67. N. 6. Pág 1000-1007, 2014.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016. 279 p.
- BARROS, S. B Ana. “*Dúvida dos familiares de crianças com necessidades especiais de saúde quanto os cuidados domiciliares*”. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso. (Curso de Graduação em Enfermagem e Licenciatura) Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. *Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 27/08/2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014. *Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 11/09/2018
- CRUZ, T. Caroline; ZAMBERLAN, C. Kellen; SILVEIRA, Adressa; BUBOLTZ, L. Fernanda; SILVA, H. Júlia; NEVES, T. Eliane. “*Atenção à criança com necessidades especiais de cuidados contínuos e complexos: percepção da enfermagem*”. Rev. Min. Enfermagem REME, 2017.
- GOÉS, B. G. Fernanda; CABRAL, E. Ivone. “*Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde*” Rev. Bras. Enferm. Vol. 70. N. 1. Pág. 163-171, 2017.
- GOÉS, B. G. Fernanda; CABRAL, E. Ivone. “*A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões*”. Rev. Enferm. UERJ. Vol. 25. N. 1, 2017.
- GOMES, C. Giovana; MOTA, S. Marina; MOREIRA, J. A. Moara; JUNG, C. Bianca; XAVIER, M. Daiani; SILVA, D. Camila. “*(Des)preparo do familiar para o cuidado à criança com condição crônica*”. Rev. Enferm UFPI. Vol. 6. N. 1. Pág. 47-53, 2017.
- HOSPITAL SANTA CRUZ. “*UTI Neonatal/ Pediátrica*”. Disponível em: <http://www.hospitalstacruz.com.br/maternidade/uti-neopediatrica/> Acesso em 14/09/2018.
- INÁCIO, R. Ana Luiza; PEIXOTO, L. G. Ana Paula. “*A assistência de enfermagem e o cuidado familiar às crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão integrativa*”. Rev. Aten. Saúde. São Caetano do Sul. Vol. 15. N. 53. Pág. 87-94, 2017.
- LACERDA, R. Maria; COSTENARO, S. G. Regina. “*Metodologias da pesquisa para enfermagem e saúde*” 1 ed. Porto Alegre. Moriá, 2016.
- NASCIMENTO, L. Maria; PIESZAK, M. Greice; ARRUÉ, M. Andrea; CARVALHO, M. R. O. Sandra. “*Crianças egressas de terapia intensiva neonatal: implicações para as redes sociais de cuidado*”. Rev. Rene. Vol. 18. N. 5. Pág. 707-715, 2016.

NEVES, T. Eliane; SILVEIRA, Andressa; ARRUÉ, M. Andrea; PIESZAK, M. Greice; ZAMBERLAN, C. Kellen; SANTOS, P. Raíssa. “*Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde*” Rev. Texto Contexto Enferm, Vol. 24. N. 2. Pág. 399-406, 2015.

NISHIMOTO, J. L. Corina; DUARTE, D. Elysângela. “*A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal*” Rev. Texto Contexto Enferm. Vol. 32. N. 2. Pág. 318-327, 2014.

REIS, N. M. Kamilla; ALVEZ, V. Gabriela; BARBOSA, A. Thaís; LOMBA, O. Gabriela; BRAGA, P. Patrícia. “*A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde*”. Rev. Ciencia y Enfermaria. Vol. 13. N. 1. Pág. 45-55, 2017.

SALVADOR, S. Marli; GOMES, C. Giovana; OLIVEIRA, K. Pâmela; GOMES, O. L. Vera; BUSANELLO, Josefina; XAVIER, M. Daiani. “*Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas.*” Rev. Texto Contexto Enferm, Vol. 24. N. 3. Pág. 662-669, 2015.

SANTOS, D. Nicole; THIENGO, A. Maria; MORAES, M. M. R. Juliana; PACHECO, A. T. Sandra; SILVA, F. Liliane. “*O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar*”. Rev. Enferm UERJ. Vol. 22 N. 1. Pág 65-70, 2014.

SILVEIRA, Andressa. “*O cuidado no cotidiano de adolescentes com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem*” 2017. Tese. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde) -Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2017.

SILVEIRA, Andressa; NEVES, T. Eliane. “*Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem*”. Rev. Enferm UFSM. Vol. 1 N. 2 Pág. 254-260, 2011.

TAVARES, S. Tatiana; DUARTE, D. Elysângela; SENA, R. Roseni. “*Direitos sociais das crianças com condições crônicas: análise críticas das políticas públicas brasileiras*”. Rev. Esc Anna Nery, 2017.

TAVARES, S. Tatiana; SENA, R. Roseni; DUARTE, D. Elysângela. “*Implicações para o cuidado de enfermagem de egressos de unidade neonatal com condições crônicas*” Rev. Rene. Vol. 17 N. 5. Pág. 659-667, 2016.

PEREIRA, P. Fernanda. *Recém-nascidos com deficiência em uma unidade de terapia intensiva neonatal: a percepção dos pais sobre a alta hospitalar.* 2014. Trabalho final de Conclusão. (Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2014.

ZAMBERLAN, Kellen Cervo. *Cotidiano de cuidado da equipe de enfermagem às crianças com necessidades especiais de saúde hospitalizadas e suas famílias.* 2014. Dissertação. (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), 2014.

VERONEZ, Marly; BORGHESAN, B. A. Nataly; CORRÊA, M. A. Darci; HLGARASHL, H. Ieda. “*Vivências de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diário de campo.*” Rev. Gaúcha Enferm. Vol. 38. N. 2, 2017.

**APENDICÊS****A. Questionário**

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE,  
 CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.**

Questionário nº \_\_\_\_\_

**Dados do recém-nascido**

- 1) **Peso ao nascer:** \_\_\_\_\_
- 2) **Idade gestacional ao nascer:** \_\_\_\_\_
- 3) **Sexo do bebê:** F ( ) M ( )
- 4) **Raça:** ( ) Branco ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Amarelo
- 5) **Apgar:** 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_
- 6) **Zona de habitação:** ( )
- 7) **Motivo da Internação na UTIN**  
 \_\_\_\_\_
- 8) **Tempo de Internação na UTIN** \_\_\_\_\_
- 9) **Diagnóstico na alta hospitalar** -  
 \_\_\_\_\_

<b>Classificação/definição</b>	<b>Categoria enquadrada:</b>
<b>CUIDADO DE DESENVOLVIMENTO:</b> disfunção neuromotora muscular, limitações funcionais e incapacitantes.	
<b>CUIDADOS TECNOLÓGICOS:</b> crianças em uso de dispositivos tecnológicos.	
<b>CUIDADOS MEDICAMENTOSOS:</b> uso contínuo de fármacos, como cardiotônicos, anticonvulsivantes, etc.	
<b>CUIDADOS HABITUAIS MODIFICADOS:</b> crianças que precisam de tecnologia nos cuidados cotidianos e atividades da vida diária.	
<b>CUIDADOS MISTOS:</b> quando há uma combinação de uma ou mais demandas, exceto, a tecnológica,	
<b>CUIDADOS CLINICAMENTE COMPLEXOS:</b> combinação de todas as categorias, incluindo, o manejo tecnológico.	

### Dados da família

- 1) **Grau de parentesco** \_\_\_\_\_
- 2) **Escolaridade:** Ensino fundamental incompleto ( ) Ensino fundamental completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino superior incompleto ( ) Ensino superior completo ( )
- 3) **Cidade:** Santa Cruz do Sul ( ) Outra ( )
- 4) **Trabalha?** SIM ( ) NÃO ( )
- 5) **Classificação econômica conforme ABEP:** ( ) C1 ( ) B2 ( ) C2 ( ) B1 ( ) D-E ( ) A
- 6) **Quantos membros residem na mesma casa?** \_\_\_\_\_

### Perguntas

**1) Como você recebeu o diagnóstico do seu filho?**

---

---

---

**2) O que representa cuidar de uma CRIANE para você(s)?**

---

---

---

**3) Você realizou algum cuidado no seu filho durante a internação? Se sim, qual?**

---

---

---

**4) Qual foi o procedimento realizado pela equipe que mais lhe(s) deixou inseguro para realizar?**

---

---

---

**5) Qual foi o profissional que você(s) destacaria(m) como sendo o que mais ajudou no processo de preparação para alta hospitalar do seu filho?**

---

---

---

**6) Você(s) se sente(m) preparado(s) para realizar os cuidados em casa?**

---

---

---

**7) Quais os principais desafios que você(s) julga(m) como os mais importantes a serem vencidos a partir de agora?**

---

---

---

**8) O que mudou na sua(s) vida(s) depois do nascimento da criança?**

---

---

---

**9) Qual é o principal sentimento de estar levando seu filho para casa?**

---

---

---

## B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE, CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A FAMÍLIA.

##### Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado “Alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde, cuidados contínuos e complexos, e as repercussões para a família”. Esse projeto é desenvolvido por estudantes e professores do Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende analisar o discurso das famílias de crianças com necessidades especiais de saúde no preparo para os cuidados contínuos e complexos no processo de alta hospitalar. Para que isso se concretize, o senhor/a será contatado/a pelos pesquisadores e será utilizado um questionário semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas elaboradas pela pesquisadora. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo algum tipo de constrangimento que possa vir a existir no momento de responder o questionário. Por outro lado, se o senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da Saúde da Criança e da Enfermagem, poderão acontecer, tais como: fomentar discussões acerca do tema bem como ressaltar a sua importância científica, e contribuir com dados para gerar pesquisas na área. Para participar dessa pesquisa o senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é a Profª Enfª Ingre Paz (Fone: 51 98148-5224). A pesquisadora de campo é a acadêmica Dara Luiza Zambiasi (Fone: 51 99862-8936)

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: \_\_\_\_\_

Data \_\_/ \_\_/ \_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pela  
apresentação desse Termo de  
Consentimento



## ANEXOS

## A. Protocolo de aceite da instituição



Santa Cruz do Sul, 07 de novembro de 2018

**Prezados Senhores**

Declaramos para os devidos fins, conhecer o protocolo de pesquisa intitulado "ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE, CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCURSÕES PARA A FAMÍLIA" desenvolvido pela aluna do Curso de Enfermagem - UNISC, **Dara Luiza Zambiasi**, sob supervisão da **Prof. Ingre Paz**, como os objetivos e a metodologia do estudo proposto. Salientamos que publicações acerca dos dados obtidos no referido estudo devem ser prontamente submetidos à análise da Instituição.

Além disso concordamos com o parecer ético consubstanciado que será emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela reconhecidos.

Atenciosamente,

  
 Enf. **Fernanda Ribeiro Galvão**  
 Diretora Assistencial / HSC

  
 Prof. Dr. **Gianna Diesel Sebastiany**  
 Doutora de Ensino, Pesquisa e Extensão / HSC

ASSOCIAÇÃO PRÓ-ENSINO EM SANTA CRUZ DO SUL - APESC

Rua Fernando Abon, 174 - 98.810-072 - Santa Cruz do Sul - RS - Fone/Fax: (51) 3713-7400 - www.hospitaloscruz.com.br - hospitaloscruz.br

## ANEXO B – Normas para publicação em Revista Científica.

### INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

#### Envio de manuscritos

A submissão de manuscritos poderá ser realizada nos idiomas português, inglês e espanhol, e, contemplar as categorias Artigos Originais, Revisão de literatura, Relato de experiência, Reflexão teórica/crítica ou Ensaio, Resenhas e Cartas ao Editor, sendo prioridade para publicação os Artigos Originais.

O manuscrito deve ser submetido pelo site <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem>. E devem ser enviados exclusivamente à RBE, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro periódico, parcial ou integralmente.

#### **CÓDIGO DE BOAS PRÁTICAS CIENTÍFICAS PARA PUBLICAÇÃO**

A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplágio.

O manuscrito que apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados serão excluídos do processo de avaliação.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

Após a publicação, os artigos passarão a ser de propriedade da RBE, sendo vedada a sua reprodução parcial ou total, em qualquer meio de divulgação, sem a autorização prévia do Conselho Editorial da RBE. Sendo permitida sua reprodução em outras publicações mediante autorização do Conselho Editorial, deverá constar a citação da publicação original.

Vale ressaltar que os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade da(o)s autora(s), não refletindo a posição da RBE. A RBE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções.

A RBE adota as políticas de registro prévio de ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) exigidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*. Deste modo, o registro dos ensaios clínicos deverá ser realizado em plataforma que atenda aos critérios estabelecidos por essas organizações. O número/protocolo de registro do ensaio clínico deverá estar claramente especificado na Página de Identificação do manuscrito e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.

A Revista Baiana de Enfermagem desencoraja o envio de submissões de artigos originais cujos dados foram coletados há mais de quatro anos e de revisões de literatura e relatos de experiências que foram realizados há mais de um ano.

#### **CUSTOS DE PUBLICAÇÃO**

A(o)s autora(s) são responsáveis pelos custos referentes às taxas de submissão e de publicação, assim como, pelos custos de revisão/normalização e tradução do artigo para o idioma em inglês, após o aceite para publicação.

O comprovante de pagamento da taxa de submissão e publicação não aparecem automaticamente. A(o)s autora(s) têm que gerar a Guia de Recolhimento da União (GRU) no site da Universidade Federal da Bahia:

**[https://sggru.ufba.br/sggru/publico/escolha\\_cadastro\\_externo.jsf?auth=hNWWvNWHvOg=](https://sggru.ufba.br/sggru/publico/escolha_cadastro_externo.jsf?auth=hNWWvNWHvOg=)**

Orientações: Ao acessar o link, clicar na opção gerar nova GRU, clicar na opção REVISTA BAIANA DE ENFERMAGEM e, a seguir, preencher os dados pessoais, escolher uma data de vencimento e clicar na opção “Gerar GRU”. Utilizar o navegador *Google Chrome*.

A cópia do comprovante pago da taxa de submissão deve ser anexada como documento suplementar, na submissão do manuscrito para avaliação. E a de publicação, logo após o recebimento da carta de aceite para a publicação do artigo.

Destaca-se que, em nenhuma hipótese, a RBE realiza ressarcimento das taxas paga por meio da GRU.

## **SUBMISSÃO DO ARTIGO**

O número de autores está limitado a seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

O preenchimento dos metadados é obrigatório, sem o qual o manuscrito não poderá seguir para a etapa de avaliação. Preencher de forma correta e detalhada todas as informações solicitadas:

- Título: em caixa alta, no idioma original.
- Autor(es): Devem ser apresentados os nomes completos, titulação acadêmica, instituição (cidade, estado e país), sem abreviações e/ou siglas e e-mail.
- Resumo da Biografia sem abreviaturas: formação acadêmica, maior titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação e especialização), afiliação (instituição de origem, departamento, cidade, estado e país) e contato telefônico.

Sinalizar o Autor para correspondência: nome, e-mail e telefone.

- Conflito de interesses: caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Durante o processo de Submissão, anexar como **Documentos Suplementares:**

- Cópia do comprovante de pagamento da taxa de submissão.
- Carta de anuência assinada por toda(o)s a(o)s autora(s).
- Para as pesquisas que envolvem seres humanos deverá ser anexada cópia do documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), ou normas equivalentes ao país de origem da pesquisa.
- Folha de rosto (não deve constar qualquer tipo de identificação no corpo do texto): título em português, inglês e espanhol (máximo de 15 palavras); sugestão de título curto (máximo de 10 palavras); autores (nomes completos); instituições às quais os autores mantêm vínculo acadêmico; nome, endereço institucional completo, telefone e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência; critérios de autoria; fontes de financiamentos; conflitos de interesse e agradecimentos, quando existirem.

Tutorial para submissão de artigos no Sistema Eletrônico de Editoração de Revista - SEER:

[http://www.fundace.org.br/artigos\\_racef/tutorial\\_submissao\\_artigos.pdf](http://www.fundace.org.br/artigos_racef/tutorial_submissao_artigos.pdf)

## CRITÉRIOS DE AUTORIA

A RBE adota os critérios de autoria deliberados pelo *Uniform Disclosure Form for Potential Conflicts of Interest* (ICMJE). Deste modo, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor(a) na elaboração do manuscrito. As condições a seguir devem ser integralmente atendidas:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados.
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

A quantidade de autora(e)s limita-se a 6 e, excepcionalmente, quando se tratar de estudo multicêntrico, será avaliada a possibilidade de inclusão de mais autora(e)s, considerando as justificativas apresentadas para cada autor(a) excedente.

Caso a contribuição da(o)s autora(e)s não se enquadre nos critérios do ICMJE especificados acima, seus nomes podem ser citados na seção Agradecimentos.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Após o item Conclusão/Considerações finais, a(o)s autora(e)s devem declarar o nome da(s) fonte(s) de financiamento, pública(s) ou privada(s), para a realização do estudo. Devem descrever os fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, incluindo a origem (cidade, estado e país).

## CONFLITO DE INTERESSES

A(o)s autora(e)s são responsáveis por informar ao Conselho Editorial sobre a existência de potencial conflito de interesse que possa exercer qualquer influência em seu manuscrito, inclusive interesses políticos e/ou financeiros associados a patente ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo.

Os conflitos de interesse financeiros ocorrem quando envolve financiamento de recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários. São os tipos de conflito mais facilmente identificados e com maior potencial de comprometimento para a credibilidade da publicação, da(o)s autora(e)s e da própria ciência. A RBE também considera como conflitos de interesses as relações pessoais e a competição acadêmica.

A existência de conflitos de interesse deve ser especificada após as referências.

## AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos devem ser incluídos apenas após o aceite do manuscrito, durante a fase de Revisão/Normalização. Devem ser colocados antes das referências. Pode-se agradecer à(s) instituição(ões) que financiaram ou forneceram materiais/ equipamentos para a realização da pesquisa; apoio técnico do tipo bolsa de pesquisa para estudantes/profissionais; e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não se enquadraram nos critérios de autoria da ICMJE.

Quando existirem, os agradecimentos devem estar em parágrafos diferentes para cada tipo de contribuição.

## PROCESSO DE JULGAMENTO

Os manuscritos submetidos para publicação na RBE serão primeiramente encaminhados para avaliação de concordância com as normas de publicação, qualidade e pertinência da temática para a RBE.

A avaliação do manuscrito adota o processo de avaliação do *Double Blind Review*, preservando o anonimato da(o)s autora(e)s e avaliadora(e)s durante todo o processo de julgamento.

No entanto, a decisão final quanto à publicação compete à Comissão Editorial. Em caso de aceite, o manuscrito entrará no processo de editoração para publicação, revisão da língua portuguesa e traduções, sendo estes custos atribuídos a(o)s autora(e)s.

Os manuscritos submetidos são de inteira responsabilidade da(o)s autora(e)s, não refletindo a opinião dos Editores da revista.

## **REVISÃO E TRADUÇÃO**

Caso o manuscrito seja aprovado para a publicação, a(o)s autora(e)s deverão arcar com os custos da revisão, normalização e tradução do artigo na íntegra para a língua inglesa e o resumo para o inglês e o espanhol.

Se a versão do texto original for em português, será traduzido para o inglês; os textos em inglês serão traduzidos para o português e os em espanhóis serão traduzidos para o inglês.

Para garantir a qualidade das revisões e traduções, somente serão aceitas acompanhadas dos certificados de revisão e tradução de uma das empresas credenciadas pela RBE. Os custos desses serviços são de responsabilidades da(o)s autora(e)s.

O serviço de tradução é feito após a revisão/normalização com empresas e/ou profissionais cadastrados e indicados pela RBE. Não será possível nenhuma alteração adicional no artigo revisado enviado aos autores para a tradução. Salienta-se que os custos com o(a)s referido(a)s profissionais são de inteira responsabilidade da(o)s autora(e)s.

No prazo estabelecido, a versão final em inglês e a certificação emitida pelo tradutor indicado pela RBE devem ser devolvidos por e-mail, sem a qual não será possível publicar o artigo.

## **CONDIÇÕES 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 no *Check List*. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

Os autores deverão realizar o *checklist* antes da submissão do artigo no portal, com o objetivo de verificar a adequação às normas de Revista Baiana de Enfermagem (RBE) contidas nas Diretrizes para Autores. O(a) autor(a) responsável pela submissão deve assinar e anexá-lo no sistema como documento complementar.

## **CHECKLIST DOS AUTORES**

- |  |
|--|
| 1. A área da temática do manuscrito é relevante e pertinente ao escopo da Revista. |
|--|

2. O título reflete o objeto do estudo, sendo conciso e compreensível.
3. O resumo tem no máximo 150 palavras. Está estruturado e especifica o(s) objetivo(s), método, principais resultados e conclusão, de maneira pertinente.
4. A introdução apresenta a relevância científica e social da temática. Contém problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados e objetivo(s).
5. O método utilizado é adequado ao objeto de estudo.
6. Descreve o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise de dados e aspectos éticos.
7. Foram observados os Guias internacionais para preparo de manuscritos, de acordo com método elegido: estudos qualitativos – COREQ; revisões sistemáticas e metanálises – PRISMA; estudos observacionais em epidemiologia – STROBE; e ensaio clínico randomizado – CONSORT.
8. Os resultados estão descritos adequadamente e coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo.
9. A discussão está apresentada de forma coerente com os resultados e objetivos.
10. A conclusão está coerente com os resultados e discussão.
11. Tem coerência e sequência lógica entre e dentre as seções do artigo. Observa as normas da língua de origem.
12. A contribuição é original e inédita. Em caso negativo está justificado em "Comentários ao Editor".
13. Os arquivos para submissão estão em formato *Microsoft Word*, *OpenOffice* ou *RTF*.
14. Todas as informações dos autores e do manuscrito estão devidamente preenchidas no metadados do sistema/portal RBE.
15. Foram anexados todos os Documentos Suplementares (Comprovante de pagamento; Carta de anuência assinada por todos autores; Autorização do CEP; Folha de rosto e *checklist* assinado).
16. Existem, no máximo, seis autores (exceto em estudo multicêntrico).
17. Foram retiradas do corpo do trabalho quaisquer informações que identifiquem a autoria (nomes, financiamento, título de origem do recorte, agradecimentos).
18. O título tem no máximo 15 palavras e está escrito em caixa alta.
19. O texto está com espaço 1,5 entre as linhas e usa fonte de 12-Times New Roman.
20. Os parágrafos estão com recuo de 1,25 cm. As margens estão com 2 cm em todos os lados.
21. Emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL).
22. Os descritores estão localizados após o resumo e em número de três a seis.
23. Os descritores estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS - <http://decs.bvs.br>) ou *Medical Subject Headings* (MeSH). São adequados ao objeto do estudo.
24. As ilustrações (gráfico, quadro, esquema, mapa, imagem, fluxograma, foto, etc.) e tabelas estão inseridas no corpo do texto e logo após a primeira menção no texto.
25. As ilustrações estão citadas com letra inicial maiúscula e em sequência numérica, utilizando algarismos arábicos.

26. As tabelas foram elaboradas conforme as normas do IBGE - Normas de Apresentação Tabular (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>): título informativo, conciso e claro contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela, com informação sobre o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N.
27. As ilustrações possuem resolução mínima de 900dpi. Estão plenamente legíveis e nítidas.
28. As ilustrações estão em conformidade com a norma ABNT NBR 14724:2011 – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação.
29. As fotos referentes a pessoas foram tratadas para impedir identificação.
30. As ilustrações possuem títulos informativos, concisos e claros, expressando o conteúdo e localizados na parte superior. Estão precedidas da palavra designativa, seguida do número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos.
31. As ilustrações e tabelas possuem referência às fontes.
32. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos de Vancouver descritos em Diretrizes para Autores.
33. A quantidade de páginas do manuscrito está de acordo com o tipo. Artigos de revisão: 17 páginas; Artigos originais: 15 páginas; Relato de experiência: 10 páginas; Reflexão e ensaio: 10 páginas; Carta à editora e Resenha: 2 páginas.
34. As páginas estão numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
35. O alinhamento do texto, incluindo as referências, está justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
36. O artigo original tem no máximo 25 referências.
37. Os *URLs* para as referências foram informados corretamente quando necessário.
38. Cinquenta por cento das referências estão atualizadas de acordo com a publicação científica nacional e internacional dos últimos 5 anos.
39. Os títulos dos periódicos internacionais estão abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE*, publicada anualmente pela *National Library of Medicine* (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).
40. Os títulos de periódicos nacionais e latino-americanos estão de acordo com o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>).

Modelo do documento para download

## FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

### SEÇÕES PUBLICADAS:

#### Editorial

Texto de responsabilidade da Comissão Editorial a RBE, que poderá convidar autoridades para redigi-lo.

## Artigos originais

Pesquisa original e inédita de natureza empírica, experimental, conceitual, com metodologia (qualitativa ou quantitativa), discussão e interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, ilustrações e referências).

## Artigos de revisão

Análise de estudos quantitativos ou qualitativos que tenham por finalidade a busca de evidências. Trata-se de estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultantes de pesquisa original, realizados exclusivamente em fontes secundárias. Devem possuir caráter relevante, inovador e expor minuciosamente o método de revisão, descrever o processo de busca e os critérios de inclusão para seleção dos estudos analisados. Devem apresentar uma questão norteadora e responder a esta pergunta de relevância para o campo da enfermagem, saúde, educação e áreas afins. Dentre os métodos utilizados, serão aceitos: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa. Limitado a 17 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

*Revisão Integrativa:* "É um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Deste modo, o revisor/pesquisador pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, podendo ser direcionada para a definição de conceitos, revisão de teorias ou análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular."\*\*

*Revisão Sistemática:* "É um método utilizado para responder a uma pergunta específica sobre um problema específico da área da saúde. É uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão/ pergunta específica sobre causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, mas frequentemente envolve a eficácia de uma intervenção para a solução desse problema".<sup>3</sup> "Geralmente, os estudos incluídos nessas revisões têm o delineamento de pesquisa experimental e são considerados trabalhos originais, por possuírem rigor metodológico."\*\*

\*\* Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. REME Rev Min Enferm. 2014 jan/mar [citado 2017 mar 18];18(1):1. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>

## Relato de Experiência

Estudo que descreve vivências individuais ou de grupos (acadêmicas, assistenciais e de extensão) relacionadas ao cuidado, ensino, pesquisa e gestão/gerenciamento no campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve conter as estratégias de intervenções e ressaltar a sua eficácia e contribuição para a atuação profissional (evidência da relevância), assim como a análise de implicações conceituais. O conteúdo deve ser apresentado de forma a contemplar a introdução, métodos, resultados da experiência e conclusão. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, tabelas e figuras e referências).

## Reflexão ou Ensaio

Formulação teórico-discursiva aprofundada, de caráter opinativo ou análise de questões, conceitos ou constructos teórico-metodológicos do campo da saúde, enfermagem, educação e áreas afins. Deve apresentar e estabelecer analogias de diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Limitado a 10 páginas (incluindo resumos, introdução, discussão, conclusão e referências). Pode conter tabelas e ilustrações.



## Cartas à Editora

Esta seção publica cartas dirigidas à editora da revista com a intenção de esclarecer, discutir e comentar artigos recentemente publicados pela RBE, expressando concordância ou discordância sobre o assunto abordado, ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos. Limitado a 2 páginas.

## Resenhas

Inclui análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde, enfermagem, educação e áreas afins, publicados nos últimos dois anos. A(o)s autora(e)s da resenha devem incluir, no início do texto, a referência completa do livro em conformidade com as normas preconizadas pela RBE. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha a(o)s autora(e)s devem inserir em anexo, na plataforma da RBE, uma reprodução, em alta definição. Limitado a 2 páginas (incluindo referências).

## PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

A RBE utiliza como referência as orientações do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisas, visando não só aumentar o potencial de publicação como também a divulgação internacional dos artigos. Para tanto, devem ser utilizadas as seguintes guias internacionais:

<b>Estudos/Ensaio</b>	<b>Guias Internacionais</b>
Ensaio clínico randomizado	<u>CONSORT</u>
Revisões sistemáticas e metanálises	<u>PRISMA</u> ou <u>MOOSE</u>
Estudos observacionais em epidemiologia	<u>STROBE</u>
Estudos qualitativos	<u>COREQ (Checklist)</u> ou <u>SRQR</u>
Relatos de Casos	<u>CARE</u>
Estudos de Melhoria da Qualidade	<u>SQUIRE</u>
Protocolos de Estudos	<u>SPIRIT</u>
Estudos pré-clínicos em Animais	<u>ARRIVE</u>

Independente da categoria, os manuscritos para submissão à RBE devem ser preparados da seguinte forma:

- Arquivo do Microsoft® Office Word (\*.doc ou \*.docx).
- Papel A4 (210x297 mm) e margens de 2 cm em todos os lados.
- Fonte Times New Roman, tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas), espaçamento de 1,5 entre as linhas em todo o texto (exceto para os resumos, ilustrações e referências, que devem ter espaçamento simples), parágrafos com recuo de 1,25 cm.
- As páginas devem ser numeradas na parte inferior direita, consecutivamente, até as Referências.
- O uso de negrito deve restringir-se ao título do artigo e das seções primárias (Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão) e as Referências do manuscrito.
- Itálico deve ser aplicado somente para destacar termos ou expressões escritas em idiomas diferentes do português, quando esta for a língua de origem.
- Os títulos das seções textuais – Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão – devem ter caixa alta somente na primeira letra, negrito, sem numeração e sem recuo à esquerda.
- Se necessário, é permitida a inclusão de subtítulos em algumas seções textuais, mantendo o mesmo formato do título da seção. Não é permitido o uso de excessivas subseções, palavras de grande extensão e em itálico, e marcadores do Microsoft® Office Word.
- Em caso de abreviações e siglas, na primeira menção, apresentar a descrição por extenso seguida da abreviatura entre parênteses. As abreviações somente deverão ser utilizadas no corpo do texto. Nas notas de rodapé não serão aceitas.
- O alinhamento do texto, incluindo as referências, deve ser justificado, de modo que o texto seja distribuído uniformemente entre as margens.
- As falas de participantes de pesquisas, com recortes das entrevistas, não devem constar entre aspas. Observar a seguinte estrutura: recuo de todo o parágrafo (1,25 cm), fonte tamanho 11, em itálico, espaçamento simples. As falas devem ser identificadas com codificação a critério da(o)s autora(s), com sua identificação apresentada no final de cada uma, entre parênteses e sem itálico e separadas entre si por um espaço simples. Supressões devem ser indicadas pelo uso de reticências entre colchetes. As interpolações devem constar dentro de colchetes (NBR 10520), em fonte normal, não usar itálico.

*Exemplos:*

Porque eu sei que, no momento que eu fizer o transplante, eu vou ficar de um a dois anos tomando remédio sem poder tomar nada [bebida alcoólica], sem poder fazer a metade do que eu faço agora. Eu prefiro ficar na máquina, vir aqui quatro horas, três vezes por semana, sai da máquina, chego em casa e tomo uma cerveja [risos]. (P2).

Comecei a fazer os exames, mas depois uns aparelhos não estavam funcionando, tinha que arrumar um dentista [...] O tratamento é caro. Aí eu fiquei bem desanimada. Aí eu parei [...] (P3).

- As citações numéricas dos autores (Vancouver) devem ser apresentadas no texto, de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas. As Referências devem ser numeradas de acordo com a sequência em que as obras d(o)s autora(s) foram citadas. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação.

- A numeração das citações deve ser consecutiva, de acordo com o sistema numérico, com algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número separados por hífen, sem espaço entre a palavra e o número da citação e precedendo o ponto final, ex.: (1-4). Quando intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, sem espaço entre eles, ex.: (1-2,4). Nas citações não deve ser mencionado o nome dos autores, excluindo-se expressões como “segundo ...”, “de acordo com ...”, entre outras.
- Nas citações de autores *ipsis litteris* (citação direta), com até três linhas, usar aspas iniciais e finais, sem itálico e inseri-las na sequência normal do texto. Nestes casos, o número da página deverá ser informado após o número da citação e dele separado por dois pontos, ex.: (1:35). Recomenda-se a utilização criteriosa desse recurso, de acordo com a norma da ABNT NBR 10520/2002 (Informação e Documentação – Citações em documentos – Apresentação).
- Não devem ser utilizadas citações diretas com mais de três linhas.
- Quando a citação estiver inserida no final do parágrafo ou da frase, o número que lhe corresponde deve ser colocado antes do ponto final; quando inserida ao lado de uma vírgula, deve constar antes dela. Não deve haver espaço entre o número da referência e a palavra ou pontuação que a antecede.
- Não inserir citações na seção Conclusão.
- Deve ser usado o mínimo de siglas e somente após terem sido citadas por extenso no texto; não usar siglas em títulos de artigo e de seção, no resumo, nas ilustrações e nas tabelas.

## **ESTRUTURA**

A estrutura do manuscrito deve seguir a seguinte ordem:

### Título

Deve refletir o objeto do estudo, ser conciso e compreensível. Possuir no máximo 15 palavras, no idioma de origem, em negrito e caixa alta. Não devem ser usadas abreviaturas e siglas.

### *Resumo*

Redigido em parágrafo único, no idioma de origem do manuscrito (português, inglês e espanhol) com espaçamento simples entre linhas, contendo até 150 palavras no idioma do manuscrito. Estruturado em Objetivo(s), Método, Resultados e Conclusão, sem destacar essas expressões com negrito. Descrever a conclusão para responder ao(s) objetivo(s) do estudo. Não deve conter siglas ou abreviaturas não padronizadas internacionalmente.

As informações apresentadas devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados; jamais apresentar dados divergentes.

Para os artigos em português, os resumos em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen) serão exigidos apenas para os artigos que forem aceitos para a publicação na tradução do texto na íntegra. E para os artigos em outros idiomas após aceitos para a publicação serão exigidos o resumo e o texto na íntegra em português

### *Descritores*

Usar três a seis descritores que identifiquem a temática do estudo, localizados logo após os resumos. Usar a terminologia descritores para os textos em português, descriptors em inglês e descriptores em

espanhol. Devem ser extraídos do vocabulário Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) ou Medical Subject Headings (MeSH) elaborado pela National Library of Medicine (NLM).

Devem ser separados entre si por ponto e ter as primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa-alta, exceto artigos e preposições.

### *Introdução*

Deve situar o tema da pesquisa enquanto objeto de relevância científica e social. Conter a problemática do estudo, objeto de estudo, justificativa, explicitação dos conceitos utilizados, justificar a importância e as lacunas do conhecimento, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

O texto deve apresentar nexos, sequência lógica e designação completa das siglas e abreviaturas de forma a preceder a primeira ocorrência destas no texto (a menos que se trate de uma unidade de medida padrão). O(s) Objetivo(s) deve(m) ser inserido(s) no final da Introdução e corresponder ao(s) do resumo.

### *Objetivo(s)*

Deve(m) estabelecer a questão principal, hipóteses e/ou pressupostos e iniciar com o verbo no infinitivo.

### *Método*

Deve ser adequado ao tipo e objeto de estudo proposto e descrever de forma clara, concisa e completa o tipo e a natureza da pesquisa, campo/lócus, população/amostra/participantes, critérios de inclusão e exclusão, período e procedimentos/materiais adotados na coleta de dados, instrumento(s) utilizado(s), análise e tratamento dos dados e aspectos éticos.

É necessário apresentar, em documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, o número do CAEE obtido na plataforma Brasil e informar, no texto, sua condução de acordo com os padrões éticos exigidos. Em caso de pesquisas realizadas em outros países, deverá ser enviado, em anexo, um documento comprobatório de obediência às normas equivalentes ao país de origem da pesquisa. Em se tratando de ensaio clínico, deve ser apresentado o número de identificação do estudo num dos sistemas de Registro de Ensaios Clínicos validados pela World Health Organization (WHO) e pelo ICMJE, e estar de acordo com as recomendações da BIREME, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e WHO sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados.

### *Resultados*

Descrever os resultados sem discuti-los e sem citação de autores. Os resultados devem ser coerentes com o(s) objetivo(s) do estudo, apresentar nexos e sequência lógica. Caso sejam utilizadas ilustrações, devem ser inseridas no corpo do texto (máximo de cinco). Deste modo, deve ser exposta a descrição sumária dos principais resultados, sem repetir o inteiro teor do conteúdo das ilustrações e tabelas.

### *Discussão*

A discussão deve ser apresentada separadamente dos resultados, admitindo-se exceção para estudos qualitativos, coerente com os resultados, ter argumentação pertinente e consistente, estar fundamentada nos conceitos/teoria/referencial adotados. O texto deve apresentar nexos e sequência

lógica. Deve destacar os resultados e sua relação com a literatura nacional e internacional, ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais, as limitações do estudo e a indicação de novas pesquisas.

Não repetir em detalhes informações inseridas nas seções Introdução ou Resultados. Nos estudos experimentais, deve-se começar a discussão com um breve resumo dos principais achados e, na sequência, explorar as possíveis relações/explicações para esses resultados, comparando-os e contrastando-os com outros estudos relevantes nacionais e internacionais.

Ao final da Discussão, apresentar as limitações e contribuições do estudo.

### *Conclusão*

Deve estar coerente com o objeto/questão norteadora, objetivo(s) e resultados do estudo, e limitar-se às evidências descritas no manuscrito. O texto deve apresentar nexos e sequência lógica.

### *Tabelas*

As tabelas devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular do IBGE, disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- Devem ter título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto, localizado acima da tabela. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra N. Não deve ter ponto final.

Exemplo: Tabela 1 – Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, Bahia, Brasil, 2014. (N=209)

- Os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela.

- Devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e no fechamento na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.

- Usar a mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável e nas abreviaturas e siglas padronizadas.

- Não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla Enter, recuos utilizando a tecla Tab, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do Microsoft® Office Word e cores nas células.

- Evitar tabelas extensas.

- Tabelas muito curtas devem ser convertidas em texto.

- A legenda deve estar localizada após a linha inferior da tabela, restrita ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando os termos em caixa alta separados da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula. Usar fonte Times New Roman, tamanho 10. O teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda.

- Os conteúdos das colunas, complementar ao título, deve estar indicado no cabeçalho da tabela, sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros; citar a fonte abaixo da linha inferior da tabela ou abaixo da legenda (se existir). Ex.: Fonte: Elaboração própria.; Fonte: Datasus (2014); Fonte: Tuomi et al. (2011).

### *Ilustrações*

É permitido o uso de gráficos, quadros, mapas, diagramas, fluxogramas, desenhos e fotografias entre outros.

- Devem estar inseridas obrigatoriamente no corpo do texto e não no final do manuscrito.
- As ilustrações devem possuir no máximo 17 cm no comprimento e não devem ser muito extensas.
- Devem estar inseridas logo após a primeira menção no texto, citadas com a inicial maiúscula e sequência numérica em algarismos arábicos, “Quadro 1”, sem parênteses quando inserida no contexto da frase “De acordo com a Quadro 1” e entre parênteses quando em formato de citação “não houve diferenças estatisticamente significantes (Quadro 1)”.
- Devem ser autoexplicativas e contribuir para a compreensão dos resultados.

Seguir as especificações a seguir:

### *Quadros*

Os quadros devem ser apresentados conforme a norma da ABNT NBR 14724/2011 (Informação e documentação – Trabalhos Acadêmicos – Apresentação).

- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo do quadro, localizado na parte superior.
- Difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas.
- Mesma fonte do texto (Times New Roman, tamanho 12), com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais das variáveis; não usar abreviaturas e siglas, mesmo as padronizadas.
- Evitar quadros extensos.
- Quando o quadro não for de autoria própria deve ter a fonte citada abaixo do título. A legenda, se existir, segue o mesmo formato das tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.
- Quando o quadro for de autoria própria deve constar a expressão: Elaboração própria.

### *Gráficos*

- Não devem repetir os dados representados nas tabelas.
- Título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior.
- Devem estar totalmente legíveis, nítidos e autoexplicativos.

### *Fotos/ Mapas*

- Devem possuir alta resolução (mínimo de 900 dpi) e estar plenamente legíveis e nítidos.
- Se as fotos forem referentes a pessoas, devem ser tratadas para impedir que sejam identificadas.
- A forma de menção e o título seguem as mesmas orientações para os quadros.

### *Referências*

Utiliza-se nessa seção o título “Referências” e não “Referências bibliográficas”. Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples. Devem ser numeradas de acordo com a ordem numérica de citação do corpo do texto. Recuar as demais linhas da mesma referência, quando for o caso, de modo que fiquem alinhadas com a primeira letra da primeira linha.

As fontes citadas devem estar coerentes com o objeto do estudo e estritamente pertinentes ao assunto abordado. Em sua maioria, devem estar atualizadas (no mínimo 50% publicadas nos últimos 5 anos), de acordo com a literatura científica nacional e internacional. Sugere-se a citação de pelo menos 5 artigos referentes a estudos internacionais, os quais não incluem estudos brasileiros publicados na língua inglesa ou outro idioma diferente do português.

A RBE adota o estilo Vancouver para citação e elaboração de referências, disponível no endereço eletrônico (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>).

Os títulos dos periódicos internacionais devem ser abreviados de acordo com a List of Journals Indexed for MEDLINE, publicada anualmente, pela National Library of Medicine (<https://www.nlm.nih.gov/archive/20130415/tsd/serials/lji.html>).

Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino- americanos, consultar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://portal.revistas.bvs.br>). Deve-se eliminar os pontos das abreviaturas, com exceção do último ponto para separar do ano.

Para os Artigos Originais, devem ser utilizadas no máximo 25 referências. Nos Artigos de Revisão não há limite máximo de referências; deve-se observar o número de páginas para esta modalidade de artigo segundo as normas da RBE.

No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), deve-se convertê-las para texto.

## **Modelos de Referências**

### *Artigo padrão*

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

### *Artigo com mais de seis autores*

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood Leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. *Br J Cancer.* 1996 Apr;73(8):1006-12.

### *Artigo com Organização como Autor*

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust.* 1996 Mar 4;164(5):282-4.

### *Artigo de autoria pessoal e organizacional*

Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ, Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2003 Jun;169(6):2257-61.

Artigo com múltiplas organizações como autor

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004 Jun;104(6):984-1001.

Artigo sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. S Afr Med J. 1994;84:15.

*Artigo em outro idioma*

[Obs.: a National Library of Medicine traduz o título para o idioma inglês, encerra a tradução entre colchetes e acrescenta uma designação abreviada do idioma]

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisiner og jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785-7.

*Artigo num volume com suplemento*

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect. 1994;102 Suppl 1:275-82.

*Artigo num número com suplemento*

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

*Artigo num número sem volume*

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L. Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Orthop. 1995;(320):110-4.

*Artigo sem número e sem volume*

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 913:325-33.

*Artigo num volume publicado em partes*

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

*Artigo num número publicado em partes*

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

*Artigo num número especial*

Rocha SMM, Boemer MR. Impacto social da pesquisa em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 1992;26(spe):49-60.

*Paginação em algarismos romanos*

Fisher GA, Sikic BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am. 1995 Apr;9(2):xi-xii.



*Artigo com indicação do tipo de publicação, se necessário*

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. *Lancet* 1996;347:1337.

Clement J, De Bock R. Hematological complications of hantavirus nephropathy (HVN) [abstract]. *Kidney Int.* 1992;42:1285.

*Artigo contendo retração*

Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. Ceruloplasmin gene defect associated with epilepsy in el mice [retração de Garey CE, Schwarzman AL, Rise ML, Seyfried TN. In: *Nat Genet.* 1994; 6:426-31]. *Nat Genet.* 1995;11:104.

*Artigo retratado*

Liou GI, Wang M, Matragoon S. Precocious IRBP gene expression. during mouse development [retracted in *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:3127]. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1994;35:1083-8.

*Artigos com publicação de errata*

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair [errata publicada aparece em *West J Med.* 1995;162:278]. *West J Med.* 1995;162:28-31.

*Artigos no prelo (In press)*

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med.* No prelo. 1996.

*Artigo provido de DOI*

Oliveira BS, Silva ACO, Azevedo PR, Silva LDC. Impacto da doença coronariana no cotidiano das mulheres. *Rev baiana enferm.* 2016;30(1):305-15. DOI: 10.18471/rbe.v1i1.14591

*Artigo publicado em revista comercial e jornal*

O capítulo final de uma paixão. *Veja (São Paulo).* 2017 fev 15; 50(7):78-85.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. *The Washington Post.* 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

*Livro com indivíduo como autor*

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

*Livro com Organizador, Editor, Coordenador como Autor*

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

*Livro com Organização como autor e editora*

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

*Livro com Organização como autor*

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil: manual básico. Brasília; 2005. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

*Capítulo de livro*

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

*Dissertação e Tese*

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

*Resumo, editorial e resenha*

Garcia LP, Duarte E. A Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde ingressa na Coleção SciELO Brasil [editorial]. Epidemiol Serv Saúde. 2014 jul-set;23(3):387-8.

*Anais de congresso*

Oliveira IL Apresentação. In: Congresso Brasileiro de Pesquisadores em Comunicação Organizacional e Relações Públicas, 6, 2012, São Luis, MA. Anais (on-line) São Paulo: Abrapcorp, 2012. [citado 2016 nov 12]. Disponível em: <http://www.abrapcorp.org.br/anais2012/apresentacao.htm>

*Relatório científico ou técnico*

Publicado pela agência patrocinadora:

Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept of Health and Human Services (US), Office of Evaluation and Inspections; 1994 Oct. Report N: HHSIGOEI69200860.

Publicado pela agência organizadora:

Field MJ, Tranquada RE, Feasley JC, editors. Health services research: work force and educational issues. Washington: National Academy Press; 1995. Contract N: AHCPR282942008. Sponsored by the Agency for Health Care Policy and Research.

*Patente*

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

*Ata de reunião (documento não previsto na Norma Vancouver):*

Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Ata de reunião realizada no dia 25 set 1996. Livro 400:13. Regimento Interno da Revista Baiana de Enfermagem. Salvador (BA): EEUFBA; 1996 set 25.

*Documentos legais (Adaptado)*

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 1986 26 jun; Seção 1:1.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF; 1996.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18a ed. Brasília, DF: Senado; 1988.

São Paulo (Estado). Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo. São Paulo, 18 mar 1999; Seção 1:1.

*Mapa*

North Carolina. Tuberculosis rates per 100,000 population, 1990 [demographic map]. Raleigh: North Carolina Dept of Environment, Health, and Natural Resources, Div of Epidemiology; 1991.

*Texto da Bíblia*

The Holy Bible. King James version. Grand Rapids (MI): Zondervan Publishing House; 1995. Ruth 3:1-18.

*Dicionários e Referência similares*

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

*Obras clássicas*

The Winter's Tale: act 5, scene 1, lines 13-16. The complete works of William Shakespeare. London: Rex; 1973.

*Material audiovisual*

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

*Programa de Computador*

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

*Material para meio eletrônico***CD-ROM**

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

*Artigo em formato eletrônico*

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

Artigo publicado em meio eletrônico, antes da versão impressa (ahead of print)

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2nd ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Monografia na Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

Documento Legal de meio eletrônico

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2014 mar 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.

Página eletrônica/endereço eletrônico

Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [cited 2002 July 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Parte de uma página eletrônica/endereço eletrônico

American Medical Association [homepage on the Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

Banco de dados na Internet

Banco de dados aberto:

Who's Certified [database on the Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

Banco de dados fechado:

Jablonski S. Online Multiple Congenital Anomaly/Mental Retardation (MCA/MR) Syndromes [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). c1999 [cited 2002 Aug 12]. Available from: [http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome\\_title.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/jablonski/syndrome_title.html)

Parte de um banco de dados na Internet

MeSH Browser [database on the Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2002 [cited 2003 Jun 10]. Metaanalysis; unique ID: D015201; [about 3 p]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html> Files updated weekly

Blogs

Blog da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 2009 fev 13]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/>

### Contribuição para um Blog

Mantone J. Head trauma haunts many, researchers say. 2008 Jan 9 [cited 2009 Feb 13]. In: Wall Street Journal. HEALTH BLOG [Internet]. New York: Dow Jones & Company, Inc. c2008 [about 1 screen]. Available from: <http://blogs.wsj.com/health/2008/01/29/head-traumahaunts-many-researchers-say/>

Não é permitida a citação de trabalhos de conclusão de curso de graduação. Não usar referências que não possam ser recuperadas no original pelo(a) leitor(a), tais como: publicações isoladas (livros, apostilas, anais), materiais de suporte (dicionários, estatística e outros). No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os artigos delas oriundos.

### Condições 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.

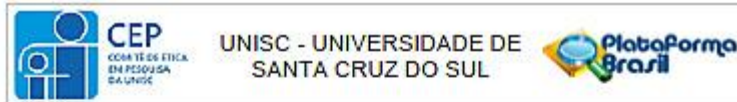
1. Verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados no *Check List* antes da submissão do artigo no portal, com o objetivo de verificar a adequação às normas de Revista Baiana de Enfermagem (RBE) contidas nas Diretrizes para Autores.
2. O manuscrito ter contribuição original e inédita, e não está sendo avaliado para publicação por outro periódico; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao Editor".

O manuscrito não apresentar semelhanças com artigos ou outros trabalhos científicos já publicados. A RBE aceita a submissão de manuscritos de caráter inédito e original, condenando fortemente o plágio e o autoplágio.

Serão seguidas as diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* (<http://publicationethics.org/>).

3. Preencher corretamente o resumo da biografia dos autores nos metadados.
4. Anexar o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas que envolvam seres humanos ou animais.
5. Registrar e anexar o número/protocolo de registro do ensaio clínico na página de Identificação do manuscrito (folha de rosto) e em parágrafo do Método concernente aos aspectos éticos e legais.
6. Informar se existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses.
7. Remover toda forma de identificação de autoria do trabalho, no arquivo e na opção Propriedades no Word, garantindo desta forma o critério de sigilo, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em Assegurando a Avaliação Cega por Pares (Double Blind Review).
8. Informar URLs para as referências quando necessário.

## ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE, CUIDADOS CONTÍNUOS E COMPLEXOS, E AS REPERCUSSÕES PARA A

**Pesquisador:** INGRE PAZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 03917118.4.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.094.043

**Apresentação do Projeto:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco B, sala 503  
 Bairro: Universitário CEP: 96.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)37 17-7880 E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer 3.094.043

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto em segunda versão.

Porque atendidas de forma correta e necessária as pendências apontadas quando da primeira versão, projeto aprovado e em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco B, sala 803  
 Bairro: Universitário CEP: 96 815-000  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)3717-7880 E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer 3.094.043

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1262588.pdf	19/12/2018 08:53:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOALTERACOES.pdf	19/12/2018 08:50:53	INGRE PAZ	Aceito
Investigador	CARTAPENDENCIA.pdf	19/12/2018 08:48:58	INGRE PAZ	Aceito
Outros	TCLEALTERACOES.pdf	19/12/2018 08:48:05	INGRE PAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEALTERACOES.pdf	19/12/2018 08:48:05	INGRE PAZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAALTERACOES.pdf	19/12/2018 08:47:45	INGRE PAZ	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	QUESTIONARIO.pdf	03/12/2018 17:38:07	INGRE PAZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACEITE.pdf	03/12/2018 17:37:36	INGRE PAZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA.pdf	03/12/2018 17:37:17	INGRE PAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.pdf	30/11/2018 22:29:27	INGRE PAZ	Aceito
Investigador	ORCAMENTO.pdf	30/11/2018 22:23:21	INGRE PAZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/11/2018 22:23:21	INGRE PAZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO.pdf	30/11/2018 22:22:15	INGRE PAZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/11/2018 22:21:59	INGRE PAZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	30/11/2018 22:21:00	INGRE PAZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2203 - Bloco B, sala 803  
 Bairro: Universitário CEP: 08.815-900  
 UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
 Telefone: (51)37-17-7860 E-mail: cep@unisc.br





UNISC - UNIVERSIDADE DE  
SANTA CRUZ DO SUL



continuação do Parecer 3.094.043

SANTA CRUZ DO SUL, 19 de Dezembro de 2018

---

Assinado por:  
Renato Nunes  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Independência, nº 2203 -Bloco B, sala 603  
Bairro: Universitário CEP: 06.815-000  
UF: RS Município: SANTA CRUZ DO SUL  
Telefone: (51)3717-7680 E-mail: cep@unisc.br