

MICHELLY KIM DE OLIVEIRA ROSA

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR
AO NEONATO NO
MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MT

CUIABÁ – MT

2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

MICHELLY KIM DE OLIVEIRA ROSA

**AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO
HOSPITALAR AO NEONATO NO
MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MT**

CUIABÁ – MT
2008

MICHELLY KIM DE OLIVEIRA ROSA

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO
HOSPITALAR AO NEONATO NO
MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, da UFMT, como
requisito para obtenção do título de
mestre em Enfermagem - **Área de
concentração:** Processos e
práticas em saúde e enfermagem.
Linha de Pesquisa: Trabalho,
Cuidados e Subjetividades em
Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria
Aparecida Munhoz Gaíva.

CUIABÁ – MT
2008

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

R788a Rosa, Michelly Kim de Oliveira.

Avaliação estrutural da atenção hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT / Michelly Kim de Oliveira Rosa. -- 2008. 198 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Maria Aparecida Munhoz Gaíva.

Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

Inclui bibliografia e apêndices.

1. Qualidade da assistência à saúde. 2. Avaliação em saúde neonatal. 3. Assistência ao recém-nascido. 4. Atendimento hospitalar neonatal - Cuiabá. 5. Mortalidade neonatal. I. Título.

CDU 613.952(817.2)

Ficha catalográfica elaborada pelo Bibliotecário Carlos Henrique T. de Freitas. CRB-1: 2.234

Permitida a reprodução parcial ou total desde que citada a fonte.

MICHELLY KIM DE OLIVEIRA ROSA

**AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO
NEONATO NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ – MATO GROSSO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem.

E aprovada na sua versão final em 18 de Dezembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da UFMT, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração Processos e práticas em saúde e enfermagem.

Dr^a Roseney Bellato
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Maria Aparecida Munhoz Gaíva
Presidente (Orientadora)

Dr^a Carmen Gracinda Silvan
Scochi
Membro Efetivo

Dr^a Áurea Christina de Paula
Corrêa
Membro Efetivo

Dr^a Maria Magda Ferreira Gomes
Balieiro
Membro Suplente

Dr^a Rosemeiry Capriata de
Souza Azevedo
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico esta Dissertação a Deus, pela graça de ter-me permitido concluir mais este trabalho.

Aos meus pais, Jorge e Glória, que sempre me incentivaram e me apoiaram durante todo o processo acadêmico.

Ao Ciro, que me ofereceu carinho e suporte psicológico, durante a caminhada, compreendendo minha ausência nos períodos de estudo.

Aos meus irmãos, que, mesmo silenciosamente, compreenderam minhas atitudes nos momentos de cansaço.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho em muito se deve à colaboração e apoio de diversas pessoas, às quais transmito meus sinceros agradecimentos.

- À professora Maria Aparecida Munhoz Gaíva, minha orientadora, pela compreensão, incentivo e amizade.
- À professora Maria Aparecida Rodrigues, por ter-me incentivado a me inscrever no mestrado e pela sua amizade.
- Às bolsistas da pesquisa e também acadêmicas de enfermagem, Júlia e Rossana, que me auxiliaram durante o processo de coleta de dados.
- À enfermeira Ana Paula, do Hospital Adauto Botelho, por oferecer-me suporte e permitir as trocas de plantão, para que pudesse dedicar-me aos estudos.
- Às amigas Jordana e Karyme, por estimularem e dar-me apoio psicológico nos momentos mais difíceis, sendo torcedoras incondicionais do meu sucesso.
- À equipe técnica, à coordenadora e à diretora de Atenção Secundária da Secretaria Municipal de Saúde, que compreenderam minha jornada de estudo e a importância disso para meu crescimento profissional.
- Aos funcionários e técnicos da pós-graduação em enfermagem, por oferecem suporte material e orientações administrativas durante todo o processo de formação.

RESUMO

ROSA, M. K. O. **Avaliação estrutural da atenção hospitalar ao neonato no município de Cuiabá – MT.** 2008. 198 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a estrutura das instituições hospitalares que assistem ao neonato no município de Cuiabá-MT, tendo em vista o acesso e a evitabilidade do óbito neonatal. É um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Dos 13 hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido, 12 concordaram em participar da pesquisa, sendo essa a população do estudo, representando 92,3% das instituições hospitalares do município de Cuiabá que prestam assistência ao neonato. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2008. A avaliação das unidades foi realizada de acordo com o modelo proposto por Donabedian, através da aplicação de um instrumento elaborado pelo pesquisador, a partir de recomendações do Ministério da Saúde. Utilizou-se também a pesquisa documental, através de fontes escritas e secundárias da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista a necessidade de complementar as informações sobre os óbitos neonatais do município de Cuiabá. Os dados foram processados pelo Programa Epi-info 2000, Word e Excel. Através dos resultados, constatou-se que a maior parte (58,30%) dos hospitais se localizava na região Oeste do município, além de não existir nenhum serviço hospitalar neonatal na região Norte. Das 12 instituições pesquisadas, 11 (91,66%) eram hospitais gerais e apenas um (8,3%) se classificava como hospital materno-infantil, sendo que a maioria era de médio porte e de fonte privada e não conveniada ao SUS. Foi levantado um total de 257 leitos neonatais, distribuídos em diferentes ambientes de atenção neonatal. Desse total, 41 leitos estavam em hospitais públicos, 106, em serviços privados não conveniados ao SUS e 110 leitos neonatais em instituições privadas conveniadas ao SUS. As instalações das salas de recepção ao recém-nascido atendiam parcialmente às recomendações do MS. Quanto aos materiais e equipamentos, constatou-se uma distribuição diferenciada, de acordo com a fonte mantenedora dos serviços. No alojamento conjunto, o quantitativo de recursos humanos não atendia totalmente às exigências definidas pelo Ministério da Saúde, visto que profissional enfermeiro não se encontrava presente exclusivamente para o setor em todos os turnos, e dois (18,1%) serviços ultrapassavam a relação de 1:8 binômios (mãe/filho). Nas UTIN, identificou-se ausência de diversos materiais e equipamentos, como o jogo de nebulização presente em seis unidades (85,7%) e urodensímetro óptico em apenas uma (14,3%). Na UCIN verificou-se que 100% dispunham de método mãe canguru. Em relação aos óbitos neonatais, a maioria dos recém-nascidos (97,8%) havia morrido em instituições hospitalares, e a maior parte dos óbitos ocorreu em recém-nascido de baixo-peso. Através do levantamento e caracterização desses serviços, foi possível avaliar a qualidade da atenção, do ponto de vista estrutural. Muitas das unidades pesquisadas não atendiam às normatizações básicas do MS, tais como a ausência de equipamentos essenciais, a exemplo da mesa de reanimação com fonte de calor radiante em algumas salas de recepção do recém-nascido, relação técnico de enfermagem/recém-nascidos nas UTIN, práticas de humanização, entre outras. As discussões oferecidas mostram a necessidade de implementação de práticas avaliativas frequentes e melhoria nas condições estruturais dos hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde; Avaliação em saúde; Assistência ao recém-nascido.

ABSTRACT

ROSA, M. K. O. **The structural evaluation of hospital attention to the newborn in Cuiabá – MT.** 2008. 198 f. Dissertation (Masters in Nursing)– College of Nursing, Federal University of Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

This is a research which has as an objective evaluating the hospital structures which assist newborns In Cuiabá- MT, considering the access and the avoiding possibilities of death to the newborn. It is a describing study with quantitative approach. Of all 13 hospitals which supply the newborns with services, 12 agreed to participate on the research, being this the population of the study, representing 92,3% of hospital institutions in Cuiabá that supply the newborn with assistance. The data were collected during the period of May to July 2008. The unities evaluation was performed according to the model proposed by Donabedian, through using a tool elaborated by the researcher, starting from recommendations of the Ministry of Health. It was used too the documental research, through secondary and written sources of the Municipal Ministry of Health, having in mind the necessity of complementing the information about neonatal death in Cuiabá. The data were processed by the Epi-info 2000, Word e Excel programs. Through the results, it was confirmed that the biggest part (58,30%) of hospitals was located on the West side of the city, also there was no neonatal hospital service on the North region. Of all 12 researched institutions, 11 (91,66%) were general hospitals and only 1 (8,3%) were classified as maternal and child , being the majority of medium-sized and private sources and not contracted by SUS. It has been raised a total of 257 neonatal beds, distributed in different environments of neonatal attention. Of this total, 41 beds were in public hospitals, 106, in private services not contracted by SUS and 110 neonatal beds in private institutions contracted by SUS. The installations of the reception rooms to the newborns were partially working on the MS recommendations. Concerning the materials and equipments, it was noticed a differentiated distribution, according to the maintaining source of the services. At the joint accommodations, the total of human resources didn't fulfill entirely the Health Ministry's defined requirements, once there was not an exclusive nurse professional for the sector in all shifts, and two (18,1%) services surpassed the relation of 1:8 binomials (mother/son). In the NICU, there was a lack of many materials and equipments, like the nebulizer set present in six unities (85,7%) and a urodensímetro óptico in only one (14,3%). In the NICU it was noticed that 100% had the use of the kangaroo mother method. Concerning the neonatal deaths, the majority of newborns (97,8%) had died in hospital institutions, and the biggest number of deaths occurred to underweight newborns. Through survey and characterizing of these services, it was possible to evaluate the quality of the attention, from the structural point of view. Many of the researched unities didn't fit into the basic MS prescriptions, as the lack of essential equipments, as for example the radiating heat reanimation bed in some newborn reception rooms, nurse/ newborn relation in the NICU, humanizing practicing, among others. The offered discussions show a necessity of implementing frequent evaluating practice and improvement in the structure conditions in the hospitals that offer services to the newborns.

Keywords: Health assistance quality; Health evaluation; newborn assistance.

RESUMÉN

ROSA, M. K. O. **Evaluación estructural de la atención hospitalaria al neonato en el municipio de Cuiabá – MT.** 2008. 198 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

Tratase de una pesquisa que tiene como objetivo evaluar la estructura de las instituciones hospitalarias que asisten al neonato en el municipio de Cuiabá – MT, teniendo en vista el acceso y la evitabilidad del óbito neonatal. Es un estudio descriptivo, con abordaje cualitativo. De los 13 hospitales que ofrecen atención al recién nacido, 12 concordaron en participar de la pesquisa, siendo esta la población del estudio, representando 92,3% de las instituciones hospitalarias del municipio de Cuiabá que ofrecen asistencia al neonato. Los datos fueron colectados en el período de mayo a Julio de 2008. La evaluación de las unidades fue realizada de acuerdo con el modelo propuesto por Donabedian, a través de la aplicación de un instrumento elaborado por el pesquisador, apartir de recomendaciones del Ministerio de la Salud. Utilizose también la pesquisa documental a través de fuentes escritas y secundarias de la Secretaría Municipal de Salud, teniendo en vista la necesidad de complementar las informaciones sobre los óbitos neonatales del municipio de Cuiabá. Los datos fueron procesados por el Programa Epi-info 2000, Word e Excel. A través de los resultados constatose que la mayor parte (58,30) de los hospitales se localizaba en la región Oeste del municipio, allá de no haber ninguno servicio hospitalario neonatal en la región Norte. De las 12 instituciones pesquisadas, 11 (91,66%) eran hospitales gerais y solo una (8,3%) clasificabase como hospital maternoinfantil, siendo que la mayoría era de medio porte y de fuente letrina y no conveniada al SUS. Fue levantado un total de 257 lechos neonatales, distribuídos en diferentes ambientes de la atención neonatal. De ese total, 41 lechos estaban en hospitales públicos, 106 en servicios letrinos no conveniados al SUS y 110 lechos neonatales en instituciones letrinas conveniadas al SUS. Las instalaciones de las salas de recepción al recién nacido atendían parcialmente a las recomendaciones del MS. Quanto a los materiales y equipamientos constatose una distribución diferenciada de acuerdo con la fuente mantenedora de los servicios. En el alojamiento conjunto el cuantitativo de recursos humanos no atendía totalmente a las exigencias definidas por el Ministerio de la Salud, visto que el profesional enfermero no se encontraba presente exclusivamente para el sector en todos los turnos y dos (18,1%) servicios ultrapasaban la relación de 1:8 binomios (madre/hijo). En las UTIN identificóse ausencia de diversos materiales y urodensímetro óptico en solo una (14,3%). En la UCIN verificose que 100% dispunhan del método madre canguro. En relación a los óbitos neonatales, la mayoría de los recién nacidos (97,8%) habia morido en instituciones hospitalarias, y la mayor parte de los óbitos ocurrió con recién nacido de bajo peso. A través de lo levantamiento y caracterización de esos servicios fue posible evaluar la calidad de atención del punto de vista estructural. Muchas de las unidades pesquisadas no atendían a las normatizaciones básicas del MS, tales como la ausencia de equipamientos esenciales, a ejemplo de la mesa de reanimación con fuente de calor radiante en algunas salas de recepción al recién nacido, relación técnico de enfermería/recién nacidos en las UTIN, prácticas de humanización, entre otras. Las discusiones ofrecidas muestran la necesidad de implementación de prácticas evaluativas frecuentes y mejoría en las condiciones estructurales de los hospitales que ofrecen atendimento al recién nacido.

Palabras Clave: Calidad de la asistencia a la salud; Evaluación en Salud; Asistencia al recién nacido.

LISTAS DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos hospitais que prestam atendimento ao RN por regionais de saúde. Cuiabá, 2008.....	49
Tabela 2 – Distribuição dos leitos obstétricos pela população de mulheres (15-39 anos) nas quatro regionais de saúde. Cuiabá, 2008.....	50
Tabela 3 – Distribuição dos leitos neonatais pelo número de nascidos vivos das quatro regionais de saúde. Cuiabá, 2008.....	51
Tabela 4 – Tempo de funcionamento dos hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido. Cuiabá, 2008.....	53
Tabela 5 – Distribuição dos hospitais que prestam atendimento ao RN de acordo com a especialidade e número de leitos. Cuiabá, 2008.....	55
Tabela 6 – Distribuição do tipo de serviço neonatal segundo a fonte mantenedora da instituição Cuiabá, 2008.....	58
Tabela 7 – Distribuição dos leitos neonatais segundo a fonte mantenedora da instituição e tipo de serviço neonatal. Cuiabá, 2008.....	58
Tabela 8 – Comparação do número de leitos de UTIN existentes e o recomendado pelo ministério da saúde. Cuiabá, 2008.....	59
Tabela 9 – Instalações disponíveis na sala de recepção do recém-nascido segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	62
Tabela 10 – Materiais/equipamentos disponíveis na sala de recepção do recém-nascido segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	64
Tabela 11 – Medicamentos disponíveis na sala de recepção do recém-nascido segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	65
Tabela 12 – Instalações disponíveis na sala de cuidados do recém-nascido do alojamento conjunto segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	69

Tabela 13 – Mobiliário e material presente na enfermaria do alojamento conjunto segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	72
Tabela 14 – Número de leitos hospitalares de cada instituição disponível para acomodar os binômios (mãe/filho) em modalidade de alojamento conjunto. Cuiabá, 2008.....	74
Tabela 15 – Número de técnicos/auxiliares de enfermagem no alojamento conjunto e proporção de binômios (mãe/filho) por esses profissionais. Cuiabá, 2008.....	75
Tabela 16 – Proporção de profissional pediatra exclusivo para o alojamento conjunto, segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	76
Tabela 17 – Distribuição/número dos profissionais do alojamento conjunto segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	77
Tabela 18 – Materiais/equipamentos utilizados na assistência neonatal e disponíveis no alojamento conjunto segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	79
Tabela 19 – Tempo de funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva neonatais segundo a fonte mantenedora do hospital. Cuiabá, 2008.....	85
Tabela 20 – Tipos de acessórios dos lavatórios de mãos presentes nas unidades intensivas neonatais segundo a fonte mantenedora da unidade. Cuiabá, 2008.....	87
Tabela 21 – Distribuição dos ambientes exigidos para a UTIN, segundo a fonte mantenedora da unidade. Cuiabá, 2008.....	89
Tabela 22 – Instalações exigidas para a unidade de Terapia Intensiva Neonatal segundo a fonte mantenedora do setor. Cuiabá, 2008.....	91
Tabela 23 – Relação dos pontos de gases (oxigênio e ar comprimido) e quantidade de tomadas elétricas por leito intensivo segundo a fonte mantenedora da UTIN. Cuiabá, 2008.....	92
Tabela 24 – Número de técnicos de enfermagem nos três períodos de trabalho e número total de leitos segundo a segundo a fonte mantenedora da UTIN. Cuiabá, 2008.....	94

Tabela 25 – Disposição dos recursos educacionais da UTIN/hospital segundo a segundo a fonte mantenedora da UTIN. Cuiabá, 2008.....	96
Tabela 26 – Material disponível 24 horas por dia nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais segundo a fonte mantenedora do setor. Cuiabá, 2008.....	103
Tabela 27 – Disponibilidade de assistência especializada segundo o local (UTIN, hospital e externo ao hospital) e a fonte mantenedora do setor. Cuiabá, 2008.....	105
Tabela 28 – Disponibilidade dos serviços especializados segundo o local (UTIN, hospital e externo ao hospital) e a fonte mantenedora do setor. Cuiabá, 2008.....	107
Tabela 29 – Ambientes de apoio presentes nas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais. Cuiabá, 2008.....	111
Tabela 30 – Acessórios dos lavatórios de mãos das Unidades de Cuidados Intermediários. Cuiabá, 2008.....	112
Tabela 31 – Disponibilidade dos materiais e equipamentos presentes nas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (n=2). Cuiabá, 2008.....	115
Tabela 32 – Comparação entre a quantidade de materiais/equipamentos das UCINS (n=2) e recomendada pelo MS. Cuiabá, 2008.....	117-118
Tabela 33 – Distribuição dos óbitos neonatais hospitalares ocorridos em Cuiabá, no ano de 2007, segundo a fonte mantenedora do hospital.....	121
Tabela 34 – Principais causas dos óbitos neonatais hospitalares ocorridos em Cuiabá, em 2007.....	124

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Taxa de mortalidade infantil por continentes no ano de 2001.....	25
Gráfico 2 – Distribuição dos hospitais que prestam atendimento ao RN segundo a fonte mantenedora e vínculo educacional. Cuiabá, 2008.....	54
Gráfico 3 – Classificação dos hospitais que prestam atendimento ao RN segundo o número de leitos. Cuiabá, 2008.....	56

Gráfico 4 – Distribuição do número de serviços neonatais nos hospitais estudados Cuiabá, 2008. (n=12).....	57
Gráfico 5 – Disposição das salas de parto de acordo com a fonte mantenedora da instituição. Cuiabá, 2008.....	61
Gráfico 6 – Amamentação na sala de parto durante a primeira ½ hora de vida do RN, segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	67
Gráfico 7 – Número de duplas de alojamento conjunto (puérpera-recém-nascidos) por enfermaria, segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, 2008.....	71
Gráfico 8 – Procedência do pediatra solicitado para atender intercorrências com o RN em alojamento conjunto. Cuiabá, 2008.....	77
Gráfico 9 – Local da primeira higienização do recém-nascido segundo a fonte mantenedora do hospital. Cuiabá, 2008.....	82
Gráfico 10 – Distribuição dos alojamentos conjuntos que proibiam o uso de bicos artificiais segundo a fonte mantenedora do hospital. Cuiabá, 2008.....	83
Gráfico 11 – UTINS que apresentam a relação de um técnico de enfermagem para cada dois segundo a fonte mantenedora da unidade. Cuiabá, 2008.....	95
Gráfico 12 – Distribuição das UTINS segundo o tipo da visita familiar e fonte mantenedora da unidade. Cuiabá, 2008.....	108
Gráfico 13 – Número de óbitos neonatais em 2007 no município de Cuiabá, segundo o peso de nascimento do recém-nascido.....	123

FIGURAS

Figura 1 – Distribuição de nascidos vivos e de leitos neonatais nas quatro regionais de saúde. Cuiabá, 2008.....	52
--	----

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Breve evolução histórica da atenção ao recém-nascido.....	15
1.2 Mortalidade infantil e neonatal.....	24
1.3 Atenção hospitalar ao recém-nascido.....	29
1.4 Equidade, acesso e adequação de leitos.....	34
1.5 Qualidade e avaliação da atenção hospitalar ao recém-nascido.....	37
 II. OBJETIVOS	42
2.1 Geral	42
2.2 Específicos	42
 III. MATERIAL E MÉTODO.....	43
3.1 Tipo de estudo.....	43
3.2. População.....	44
3.3. Variáveis estudadas.....	45
3.4. Coleta de dados.....	45
3.5. Aspectos éticos da pesquisa.....	47
3.6 Análise dos dados.....	48
 IV. RESULTADOS.....	49
4.1 Identificação dos hospitais.....	49
4.2. Sala de recepção do recém-nascido – sala de parto.....	60
4.2.1 Aspectos estruturais.....	60
4.2.2 Recursos humanos.....	63
4.2.3 Materiais e equipamentos.....	63
4.2.4 Aspectos de Humanização.....	66
4.3 Alojamento Conjunto.....	68
4.3.1 Aspectos estruturais.....	68
4.3.2 Recursos humanos.....	73
4.3.3 Materiais e equipamentos.....	78
4.3.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	80
4.3.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	81
4.4 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	84
4.4.1 Aspectos estruturais.....	85

4.4.2 Recursos humanos.....	92
4.4.3 Materiais e equipamentos.....	97
4.4.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	104
4.4.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	108
4.5 Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais.....	109
4.5.1 Aspectos estruturais.....	110
4.5.2 Recursos humanos.....	112
4.5.3 Materiais e equipamentos.....	114
4.5.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	118
4.5.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	119
4.6 Alguns aspectos relacionados aos óbitos neonatais ocorridos no município de Cuiabá.....	120
V. DISCUSSÃO.....	126
5.1 Regionalização dos hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido, acesso geográfico e disposição dos leitos neonatais.....	126
5.2 Avaliação estrutural da sala de recepção do recém-nascido localizada no centro obstétrico do hospital.....	128
5.2.1 Aspectos estruturais.....	129
5.2.2 Recursos humanos.....	130
5.2.3 Materiais e equipamentos.....	131
5.2.4 Aspectos de humanização.....	133
5.3 Avaliação estrutural dos serviços de Alojamento Conjunto.....	134
5.3.1 Aspectos estruturais.....	135
5.3.2 Recursos humanos.....	137
5.3.3 Materiais e equipamentos.....	139
5.3.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	140
5.3.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	140
5.4 Avaliação estrutural das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.....	142
5.4.1 Aspectos estruturais.....	143
5.4.2 Recursos humanos.....	147
5.4.3 Materiais e equipamentos.....	150
5.4.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	152
5.4.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	153
5.5 Avaliação estrutural da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais....	155
5.5.1 Aspectos estruturais.....	156
5.5.2 Recursos humanos.....	158
5.5.3 Materiais e equipamentos.....	159
5.5.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento.....	160

5.5.5 Aspectos organizacionais e de humanização.....	161
5.6 Alguns aspectos referentes aos óbitos neonatais no município de Cuiabá.....	162
VI. CONCLUSÕES.....	164
6.1 Sala de recepção ao recém-nascido.....	165
6.2 Alojamento Conjunto.....	165
6.3 Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.....	166
6.4 Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais.....	167
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICES	177
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	178
Apêndice B – Questionário aplicado ao hospital.....	179
Apêndice C – Questionário aplicado às declarações de óbitos.....	197

I. INTRODUÇÃO

O tema central deste estudo consubstancia o perfil das instituições hospitalares que assistem ao neonato no município de Cuiabá, através da avaliação estrutural dos serviços que prestam atendimento ao recém-nascido.

1.1 Breve evolução histórica da atenção ao recém-nascido

Durante séculos, a infância foi desvalorizada pela sociedade, atribuindo-se à criança posição insignificante na família. Na Idade Média, o termo infância, como é conhecido atualmente, ainda não existia. Quando a criança não precisava mais do apoio constante da mãe ou da ama, ela já ingressava na vida adulta, isto é, passava a conviver com os adultos em suas reuniões e festas (BADINTER, 1985).

Essa “infância” muito curta fazia com que as crianças, ao completarem sete anos, já ingressassem no mundo dos adultos. A infância, na Idade Média, era vista apenas como um período de transição para a vida adulta. Nessa época, não se dispensava um tratamento especial para as crianças, o que tornava sua sobrevivência difícil, sendo a morte delas encarada com naturalidade (BADINTER, 1985).

A partir do século XVIII, transformou-se a concepção acerca da infância. A representação social da criança passa a ser como a de um brinquedo, algo que traz diversão aos adultos, considerada ainda sem valor produtivo para a sociedade. Tal imagem da criança explica, em grande parte, a ausência de uma medicina infantil na época (BADINTER, 1985).

Frequentemente os médicos se recusavam a atender crianças doentes, deixando seus cuidados como responsabilidade das mulheres ou curandeiras. Isso, provavelmente, ocorria porque, nessa época, a criança não tinha

grande valor social e econômico, pois a organização social existente àquela época dava ao homem todo o poder, de forma a realizar julgamentos e avaliações, em visão do valor havendo planejamento para o futuro. Além disso, a assistência médica prestada à criança era considerada mais difícil, pela razão de que os pequenos não “falam” o que sentem, dificultando o trabalho médico (BADINTER, 1985; KAMADA; SCOCHI; ROCHA, 1990).

Observa-se então que, até o século XIX, não havia preocupações assistenciais com a criança e muito menos com o recém-nascido, e os cuidados restringiam-se ao ambiente domiciliar (KAMADA; SCOCHI; ROCHA, 1990).

De acordo com Badinter (1985), a especialidade infantil na medicina só nasceu no século XIX, e o termo Pediatria surgiu em 1872. Nesse período, os índices de mortalidade infantil eram altos e somados à diminuição da natalidade na Europa, aumentou a preocupação, a ponto de se investir em um programa de atenção à saúde da criança entre 1870 e 1920. Com todo esse movimento voltado à infância, surgiram também iniciativas especificamente voltadas para a redução dos óbitos infantis, através da ampliação de maternidades e desenvolvimento de tecnologias (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Em 1878, foi produzida em Paris, a pedido de um obstetra parisiense, uma incubadora semelhante a uma “chocadeira de ovos de galinha”. Em 1880, o médico apresentou esta incubadora, que foi instalada na Maternidade de Paris. Relatos demonstram que essa tecnologia, na época, contribuiu para redução importante da mortalidade de crianças nascidas com menos de 2000g (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Uma das principais raízes a partir da qual a Neonatologia se desenvolveu foi fornecida por obstetras, como Pierre Budin e Dugald Baird, que se interessaram, não apenas pelas condições maternas no pós-parto, mas também pelas crianças nascidas. Até então os obstetras só atestavam se o bebê havia nascido, e não sobre sua condição de vida e o processo de adaptação ao meio externo. Acreditava-se que o próprio meio ambiente selecionaria os recém-nascidos viáveis dos prematuros (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Pode-se afirmar que o obstetra francês Pierre Budin contribuiu para o início da Neonatologia, ao criar um ambulatório de puericultura no Hospital

Charité, em Paris, no ano de 1892. Budin também foi responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A institucionalização da assistência ao neonato no âmbito hospitalar iniciou-se no fim do século XIX e início do século XX, com a criação dos primeiros berçários para prematuros, que realizavam um atendimento centrado na prevenção de infecções, controle da temperatura e alimentação. Esses berçários tinham como finalidade a redução da mortalidade neonatal nos países industrializados, visando à recuperação de seres humanos para a força de trabalho, evitando mortes prematuras (SCOCHI, 2000). Apenas no século XX a instalação dos berçários nas maternidades se estendeu para os demais recém-nascidos, face à alta taxa de mortalidade infantil por diarreia e infecções respiratórias (KAMADA; SCOCHI; ROCHA, 1990).

Na primeira década do século XX ocorreram outras contribuições para a Neonatologia, através de estudos sobre a alimentação (natural e artificial) e prematuridade. Na década de 20 do mesmo século continuam os avanços tecnológicos, sendo criada a primeira maternidade para prematuros nos EUA. Já o marco nos anos 30 foi a criação do “Box de Oxigênio Hess”, desenvolvido, pelo pediatra Julius Hess em 1934 e utilizado para o tratamento de distúrbios respiratórios (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A enfermagem também teve sua contribuição para o avanço da assistência neonatal. Rodrigues e Oliveira (2004) citam que há relatos na literatura de que os melhores resultados obtidos no cuidado aos recém-nascidos pré-termo eram alcançados quando enfermeiras bem treinadas estavam à frente do serviço. Na década de 30, em alguns países, cresceu o incentivo pela especialização da enfermagem para o cuidado aos prematuros, e houve investimentos nessa área.

Na década de 40, os avanços no armazenamento de sangue e nas pesquisas de patologias proporcionaram o desenvolvimento de novas terapias para enfermidades, como a eritroblastose fetal, a exemplo do desenvolvimento da técnica para a exsanguineotransfusão (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Nos anos 50, os cuidados despendidos às crianças prematuras já eram a maior preocupação. Essa década também foi marcada pelas descobertas

relacionadas aos distúrbios do trato respiratório. Na época não havia meios para a respiração mecânica, e a apnéia neonatal era controlada por meio da simples observação e do estímulo tátil aos recém-nascidos. Em 1957, dois pediatras descreveram a deficiência de surfactante como etiologia da Doença da Membrana Hialina (HMD), sendo esta a causa de 2500 mortes por ano, e, desta forma, proporcionou uma explicação para o distúrbio e uma base para a terapia. As principais intervenções realizadas nos berçários de cuidados intensivos eram, até então, o manejo da insuficiência respiratória, a ressuscitação, a termorregulação, a nutrição cuidadosa e transfusões simples (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Na década de 60 do século XX, os monitores eletrônicos e a gasometria arterial passaram a ser utilizados na assistência ao neonato. A nutrição dos bebês começou a ser implementada através de sondas nasogástricas até que fossem capazes de se alimentar por sucção. A utilização de antibióticos para tratamento de sepse neonatal foi difundida e melhorou-se a monitoração laboratorial. Na década seguinte, o emprego de cateteres umbilicais se tornou rotina nos serviços de alto risco, e a terapia da doença da membrana hialina começou a obter sucesso. A alimentação passou a ser realizada através da via parenteral. Houve também a implementação da cirurgia cardíaca como técnica possível de ser realizada em neonatos portadores de anomalias congênitas (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Nos anos 70 do século passado, a infância já era bastante valorizada, com destaque maior para o primeiro ano de vida. Essa mudança ocorreu devido à formalização de políticas públicas direcionadas para a assistência à saúde materno-infantil a partir da década. Em 1975, ainda no contexto político de regime militar, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), com ações basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério, ações de promoção de saúde da criança e capacitação de recursos humanos para atuar nessa área (KAMADA; SCOCHI; ROCHA, 1990; CARVALHO; GOMES, 2005).

Até meados da década de 80, o PSMI perdurou com alcance limitado, dirigindo-se principalmente à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas, como a continuidade da assistência até o parto e a

garantia de assistência hospitalar qualificada, ou seja, na época, o programa não conseguiu impactar em melhorias na assistência hospitalar ao parto (CARVALHO; GOMES, 2005).

Em consequência da atuação restrita do PSMI e do contexto social da época, foi ele desmembrado em dois programas: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC) (CARVALHO; GOMES, 2005).

O PAISM, lançado pelo Ministério da Saúde em 1984, norteou as ações básicas voltadas à saúde da mulher para além do ciclo gravídico-puerperal, englobando o controle do pré-natal, parto e puerpério, a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984b).

Já o PAISC, também criado nessa década, teve como objetivo a redução da morbimortalidade das crianças de 0 a 5 anos de idade. O programa apresentou ações voltadas para as principais patologias presentes na criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o controle das doenças diarreicas, o estímulo ao aleitamento materno e suplementação, a imunização e o controle das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 1984a).

Dessa maneira, as ações propostas no PAISC visaram à solução de problemas de saúde mais prevalentes, assegurando a integralidade na assistência prestada, enfatizando intervenções que não se limitam apenas ao tratamento da patologia e abrangendo outro enfoque, a saúde da criança.

Além das políticas na área materno-infantil, a década de 80 foi marcada pelo advento de várias tecnologias médicas, que também contribuíram para o diagnóstico e tratamento em neonatologia, tais como a tomografia computadorizada e a ultrassonografia, importantes exames de imagem que auxiliaram no diagnóstico das hemorragias ventriculares, complicações possíveis em prematuros. A oximetria de pulso também passou a ser realizada como um instrumento de monitoração contínua do neonato. A reposição de surfactante reduziu de forma positiva a gravidade da doença pulmonar no recém-nascido pré-termo e a oxigenação, através de ventiladores mecânicos, permitiu a sobrevivência

de neonatos que até então não sobreviviam. Na década de 90, com os recursos cada vez mais disponíveis já era possível recuperar prematuros com apenas 600g (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Em 1991, o Ministério da Saúde elaborou um novo programa, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), especialmente direcionado à atenção perinatal, incluindo então a assistência neonatal. Foi a primeira diretriz governamental nesse caminho. Esse programa demonstra coerência com os princípios do SUS, norteando toda a atenção perinatal, através de uma proposta de organização da assistência de forma hierarquizada e regionalizada. Valorizou a capacitação de recursos humanos com enfoque interdisciplinar, a melhoria da qualidade da assistência ao parto institucional e domiciliar, a melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido, além de priorizar a atenção ao recém-nascido de risco, estabelecendo a criação de uma comissão de vigilância epidemiológica do baixo peso ao nascer e de mortalidade perinatal e materna (CARVALHO; GOMES, 2005; BRASIL, 1991b).

No que se refere à rede de referência neonatal, o PROASP enfatizava a necessidade de se organizarem serviços de saúde para uma atenção especial, segundo o enfoque de risco, significando a garantia de oferecer todos os níveis de assistência à saúde, além de um sistema efetivo de referência e contra-referência. A referência previa que os prematuros com 32 ou mais semanas de gestação deveriam ser atendidos em unidades de nível secundário, caso não houvesse complicações, e o prematuro com menos de 32 semanas de gestação deveria ser encaminhado às unidades de cuidados intensivos, nos serviços de atenção terciária. Esses serviços de alta complexidade seriam também responsáveis pelo atendimento ao recém-nascido de muito baixo peso ao nascer e pelo seguimento pós-alta (BRASIL, 1991b).

Sendo assim, foi a partir do PROASP que se expandiu a criação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais - UTIN, principalmente na rede privada. Observa-se, no entanto, nesse período, que as UTIN existiam em número reduzido para atender à demanda (SCOCHI, 2000).

Portanto, a atenção à saúde do neonato foi ganhando força ao longo da segunda metade do século XX. Além das tecnologias desenvolvidas para

o cuidado neonatal e das que se encontram atualmente em desenvolvimento e dos estudos desenvolvidos visando ao tratamento de diversas patologias, também houve mudanças no campo das políticas públicas nacionais e internacionais de atenção à saúde materno-infantil, que resultaram na atual forma de organização da assistência neonatal.

No final da década de 90, outros programas voltados à atenção perinatal foram elaborados pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 1998b, 2000a).

Instituído a partir da Portaria MS/GM nº 3016, de junho de 1998, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco contou com a alocação de recursos para serviços de referência à gestante de alto risco e treinamento de pessoal para atuar nestes locais (BRASIL, 1998b). De acordo com Carvalho e Gomes (2005), esse programa atingiu 226 maternidades em diferentes regiões do país.

Hoje, nas diferentes regiões brasileiras, é menor a peregrinação de mulheres gestantes até outros Estados em busca de serviços resolutivos e de qualidade; no entanto, muitos dos hospitais que atendem essa clientela se concentram nas capitais do Brasil, assim como UTIN, realidade essa válida também para Cuiabá.

O PHPN, implantado através da Portaria MS/GM n.º 569, de 01 de junho de 2000, tem por finalidade atender especificamente a gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto, buscando reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do pré-natal, a assistência ao parto, puerpério e neonatal. Um dos princípios do PHPN, especialmente, direcionado ao neonato consiste em garantir que “todo recém-nascido tenha direito à adequada assistência neonatal”, e que esta assistência deve ser humanizada e segura (BRASIL, 2000a¹).

¹ Informação extraída de documento acessado em meio eletrônico.

É importante considerar que, a partir do desenvolvimento de políticas voltadas para a área perinatal, também foi possível conseguir alguns avanços na atenção ao neonato. Os serviços hospitalares que atendem gestantes de risco expandiram-se ao longo da última década e, conjuntamente, aumentou-se o número de UTIN de unidades para atenção aos recém-nascidos de baixo peso.

Embora ainda se encontrem problemas básicos, como a não-adequação de leitos para a população neonatal, incorporação inadequada de tecnologias e de profissionais na assistência hospitalar voltados para essa clientela, não cumprimento da relação profissionais/leito em unidades intensivas e de alojamento conjunto, observa-se que aumentou a preocupação com a humanização da assistência ao recém-nascido (CARVALHO; GOMES, 2005).

A exemplo disso, difundida a partir de 1999 e regulamentada através da Portaria MS/GM nº 693/2000, a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru valoriza o contato mãe-bebê o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, o Método Canguru:

[...] é um tipo de assistência neonatal que implica o contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (BRASIL, 2000b, p. 15).

Além de favorecer ao neonato benefícios bio-psíquico-sociais, o Método Canguru contribui para o serviço de saúde, visto que, quando aplicado de forma adequada, reduz o número de recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), diminui o tempo de internação e de infecções hospitalares (BRASIL, 2000b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) elaborou um manual específico para incentivar a implantação do Método Mãe-Canguru nas instituições que prestam atendimento à gestante e RN de risco. O manual tem como objetivos habilitar profissionais na humanização dos cuidados hospitalares e ambulatoriais à

gestante/puérpera/neonato, apoiar as famílias a realizar cuidados adequados a eles e melhorar o prognóstico dos recém-nascidos de baixo peso (BRASIL, 2002a).

Após quase uma década de implementação do Método Canguru no país, o Ministério da Saúde realizou uma revisão e adequação das proposições públicas descritas anteriormente. Em geral, houve poucas alterações; uma delas foi o aumento do peso mínimo de alta do recém-nascido, que, antes, era de 1500g e passou a ser de 1600g (BRASIL, 2007a). Apesar desses investimentos, todavia, pouco se tem observado na realidade brasileira quanto a implantação deste método de acordo com as normatizações exigidas. Em Cuiabá (MT), ainda não há instituição que tenha implantado efetivamente esse método.

Sabe-se que o Método Mãe Canguru foi uma das medidas voltadas para a redução da mortalidade infantil, mais especificamente aos recém-nascidos de baixo peso. Além disso, o Ministério da Saúde vem investindo em diversas áreas da saúde da criança, tendo em vista a redução dos óbitos infantis. Em 2005 foi lançada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, buscando organizar a assistência a essa população, de forma a garantir desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade (BRASIL, 2005b).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil traz, como princípios norteadores, algumas diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, como a equidade, a assistência integral, o acesso universal aos serviços. Além disso, valoriza a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada, considerada uma ferramenta/instrumento para mensurar e alcançar a qualidade da atenção à criança (BRASIL, 2005b).

Dessa forma, os programas de atenção à saúde infantil e, especificamente, ao neonato, somados ao desenvolvimento tecnológico do setor da saúde refletiram em mudanças das condições de saúde voltada para essa faixa etária, pelo menos no que se refere às normatizações e direcionamentos oferecidos pelo Ministério da Saúde aos serviços. Muito há, porém, que ser implementado,

tendo em vista a garantia de acesso da população aos serviços hospitalares e à redução da mortalidade neonatal.

1.2 Mortalidade infantil e neonatal

A mortalidade infantil é considerada um sensível indicador de qualidade de vida das populações e pode ser um parâmetro de avaliação das condições de vida em municípios, regiões e até países. Além disso, é um importante instrumento de avaliação em saúde, tanto de cobertura, qualidade e resolubilidade de serviços, quanto de programas, de ações específicas ou ainda tecnológicas (BRASIL, 2001a; GUERREIRO, 2000).

Trata-se de um indicador universalmente utilizado e apresenta valores distintos nas diferentes regiões do mundo, em função da própria diversidade dos países e de suas populações. É importante destacar que os resultados sempre se mostram associados a variáveis socioeconômicas.

A mortalidade infantil é calculada através do número de óbitos de crianças menores de um ano para cada 1000 nascidos vivos. Ela subdivide-se em dois componentes: o neonatal, que inclui os óbitos ocorridos do nascimento até os 27 dias de vida; e o pós-natal, que compreende os óbitos ocorridos do 28º dia até 11 meses e 29 dias de vida. A mortalidade neonatal ainda se divide em neonatal precoce (0-6 dias) e neonatal tardia (7-27 dias). A mortalidade perinatal engloba as mortes ocorridas no período fetal tardio (da 28ª semana até o parto) e no neonatal precoce (GUERREIRO, 2000). Faz-se fundamental compreender essas classificações e períodos, visto que os coeficientes de morbimortalidade refletem particularidades de acordo com o momento de vida da criança, com determinadas doenças mais ou menos frequentes em cada período, permitindo assim uma análise diferenciada.

Essa diversidade de coeficientes é demonstrada no gráfico a seguir, apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A América Latina possui a terceira maior taxa de mortalidade infantil, ficando logo atrás da África e da Ásia. A mortalidade infantil africana reflete as condições de vida

da população, com dificuldades econômicas e baixa qualidade de vida. Essas taxas sobressaem ainda mais quando são comparadas com as da Europa e com as da América do Norte, continentes considerados desenvolvidos, com acesso a serviços e políticas de saúde abrangentes à sua população. Comparando a África com o continente da América do Norte, pode-se dizer que as crianças menores de um ano africanas têm 12,5 vezes mais chances de morrer do que as norte-americanas (IBGE, 2007).

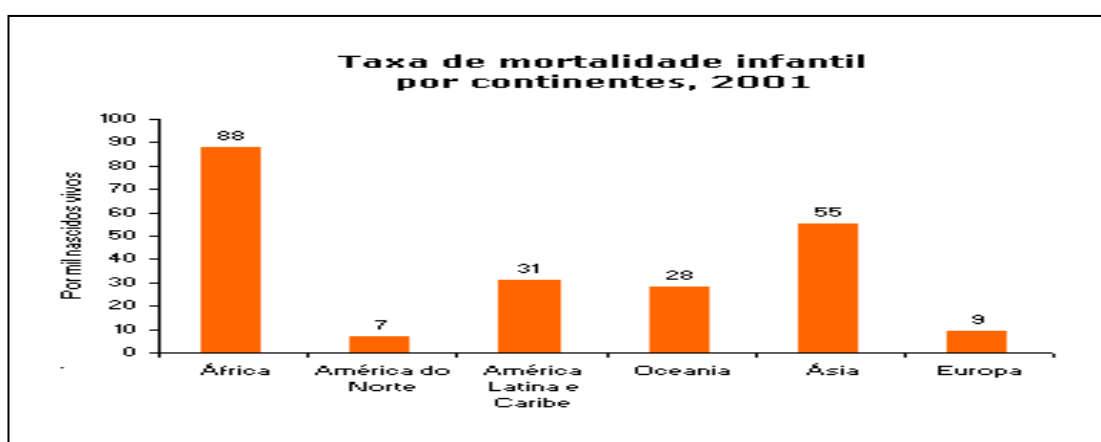


GRÁFICO 1 – TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR CONTINENTES NO ANO DE 2001.

Fonte: Cuadro de la población mundial, 2001.

IBGE. **Fecundidade, natalidade e mortalidade.** Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em: 09 nov. 2007.

Em consonância com os resultados apresentados pelo IBGE, segundo Norma Araújo (2006), cerca de 41% dos óbitos em menores de um ano ocorrem na África sub-Saariana e 34%, no sul da Ásia. Torna-se evidente a repercussão das condições econômicas no coeficiente de mortalidade infantil, tanto que cerca de 90% das mortes de crianças ocorrem, anualmente, em apenas 42 países, fazendo parte destes, o Brasil e o México.

Apesar da diversidade apresentada pelos diferentes países, nos últimos anos houve uma diminuição na mortalidade infantil no mundo. Ao longo das últimas décadas, a mortalidade infantil no Brasil vem diminuindo, porém, quando comparada aos indicadores de países desenvolvidos, se encontra com números consideravelmente maiores (BRASIL, 1998a).

Em 1980, no Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil era de 85 óbitos por mil nascidos vivos (1000nv); este número caiu para 37,5 por mil nascidos vivos em 1995. Em todas as regiões brasileiras foi observado este declínio, mas ainda há Estados e municípios com taxas elevadas de mortalidade infantil. O Nordeste permaneceu com o índice elevado, com 60,4 óbitos por 1000 nv no ano de 1996, enquanto a região Centro-Oeste apresentou 25,8 óbitos por 1000 nv no mesmo ano. Segundo dados do Ministério Saúde, este declínio se deve aos esforços desenvolvidos para o combate a doenças diarreicas e preveníveis com vacinação (BRASIL, 1998a).

Dados de 2004 do Ministério da Saúde mostram índices de mortalidade infantil ainda menores; o Nordeste, com 33,94 óbitos por mil nascidos vivos, e a região Centro-oeste, 18,70 óbitos por mil nascidos vivos. As demais regiões apresentam valores ainda menores que o Nordeste e o Centro-Oeste (BRASIL, 2006). Em 2005, de acordo com dados do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu-se consideravelmente, atingindo 21,2 por mil nascidos vivos, representando uma diminuição de 60% se comparado aos índices do início da década de 90. A tendência é de redução em todas as regiões brasileiras e Estados, à exceção do Rio Grande do Sul, que apresenta seu coeficiente estabilizado desde 2000 (BRASIL, 2007b).

A mortalidade perinatal, na qual se inclui a neonatal, representa, atualmente, um significativo contingente de óbitos dentre os menores de um ano de vida. Para o Ministério da Saúde, o componente perinatal da mortalidade infantil é responsável por, aproximadamente, 50% dos óbitos no país (BRASIL, 1998a).

As principais causas de óbitos perinatais estão ligadas a complicações maternas na gestação, pois, neste período, a mãe constitui todo o meio ambiente do feto. Outras causas são as ocorrências patológicas durante ou imediatamente após o parto, como por exemplo, a anemia crônica, a hemorragia e a doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), que atingem o feto, podendo desencadear, nele, asfixia, baixo peso ao nascer ou até a morte fetal. Outras complicações maternas que podem levar ao óbito perinatal são: obstrução do trabalho de parto, infecções durante a gravidez e sepse puerperal (MARANHÃO, 1999).

Apesar de a mortalidade infantil estar diminuindo no país, a mortalidade neonatal se mantém elevada (BRASIL, 1998a). A porcentagem de óbitos neonatais no Brasil vem oscilando, desde 1983, entre 54 e 70% do total da mortalidade infantil (FERRARI, 2006). Este dado pode ser confirmado pela revisão de literatura apresentada por Carvalho e Gomes (2005) ao afirmarem que a taxa de mortalidade neonatal brasileira passou a representar mais de 60% da mortalidade infantil na segunda metade da década de 90 do século XX. Os dados estatísticos reforçam que o período neonatal representa um período de maior risco para a criança, merecendo, portanto, atenção especial.

Ao analisar, especificamente, esse coeficiente no ano de 1996, observou-se que ele permanece elevado, apresentando a região Norte 18 óbitos por 1000nv; o Nordeste, 28; o Sudeste, 20; o Sul, 15; e o Centro-Oeste, com 24 óbitos por 1000nv. Vale destacar que, a mortalidade neonatal na região Centro-Oeste representou 61,5% dos óbitos infantis ocorridos neste período, ou seja, morrem mais crianças no primeiro mês de vida do que nos outros 11 meses de vida das crianças (ROUQUAYROL, 1999).

Ao observar os dados de mortalidade neonatal no ano de 2004, verifica-se que a região Norte apresentou 16,30 óbitos por 1000nv; o Nordeste, 22,28; o Sudeste, 10,27; o Sul, 10,00; e o Centro-Oeste, com 12,50 óbitos por 1000nv. Isto significa que o coeficiente continuou diminuindo ao longo dos anos (BRASIL, 2006).

No que se refere à dimensão da mortalidade neonatal distribuída de acordo com os Estados do país, o coeficiente de mortalidade neonatal precoce em Mato Grosso, no ano de 2004, foi de 10,31 por 1000nv, enquanto que, em outros Estados, como São Paulo, foi de 7,11 por 1000nv; Rio de Janeiro, com 8,80; e Rio Grande do Sul, com 7,20 por 1000nv. A taxa de mortalidade neonatal tardia em Mato Grosso, em 2004, foi de 3,32 por 1000nv, enquanto em São Paulo, 2,80; Rio de Janeiro, com 3,01; e Rio Grande do Sul, 2,87 por 1000nv (BRASIL, 2006).

Observa-se, nos Estados descritos, predominância de valores mais elevados de mortalidade neonatal precoce em relação à tardia, demandando investimentos em serviços de saúde, especialmente em nível hospitalar, para atender a criança neste período de vida. Em relação ao Estado de Mato Grosso,

além de apresentar maiores índices de mortalidade infantil, quando comparados aos Estados citados anteriormente, também detém números elevados de mortalidade neonatal.

A mortalidade neonatal relaciona-se, principalmente, às condições de gestação e nascimento, encontrando-se mais associada a problemas de dimensão física/orgânica, por exemplo, complicações durante o período fetal tardio que possam gerar bebês prematuros ou de baixo peso. Entretanto, a mortalidade infantil tardia está mais relacionada aos fatores ambientais, ou seja, às condições de vida da criança (MARCONDES, 1991).

Entre as principais causas de mortalidade no período neonatal estão: anóxia, prematuridade, traumas obstétricos, desnutrição intra-uterina, má formação congênita e infecções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1990). Segundo o Ministério da Saúde, houve um crescimento das mortes neonatais por afecções perinatais no país na década de 90 do século XX. Este crescimento pode ser dimensionado quando se observa o número de casos de Síndrome de Angústia Respiratória, que, no ano de 1990, era de 18% e, em 1995, atingiu níveis de 21% (MARANHÃO, 1999). Vale ressaltar que essa afecção respiratória é um dos problemas mais comumente atendidos em serviços hospitalares especializados na assistência ao neonato.

De acordo com o relatório de 1998, elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, neste Estado, o principal grupo de causas de óbitos ocorridos no primeiro ano de vida foram as “afecções do período perinatal”, com 55,3% dos óbitos com causas definidas para essa faixa etária. Destacaram-se, dentre esse grupo, os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal como responsáveis por 33,4% dos óbitos deste grupo (MATO GROSSO, 2000).

O município de Cuiabá, capital de Mato Grosso, no ano de 2004, apresentou coeficiente de mortalidade neonatal de 11,17 por 1000nv, ou seja, menor que do Estado como um todo. De acordo com o banco de dados virtual do Ministério da Saúde, no ano de 2005, Cuiabá demonstrou predominância da mortalidade neonatal precoce sobre a tardia, sendo a primeira, 8,01, e a segunda, 2,39 óbitos por 1000nv (BRASIL, 2006).

Comparativamente, a mortalidade em crianças de baixo peso ao nascer, no primeiro ano de vida, é 40 vezes maior do que naqueles nascidos com peso normal, necessitando de uma atenção redobrada (BRASIL, 1991a). Além disto, a prematuridade e o baixo peso ao nascer constituem-se em importantes questões de saúde pública, que, somadas às condições de nutrição, saneamento básico, habitação, educação, hábitos de higiene, trabalho e assistência pré e pós-natais, contribuem para a redução dos índices de morbi-mortalidade infantil. Nesse sentido, a assistência e a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer representam aspectos a serem também investidos.

Compreende-se que esse quadro da mortalidade neonatal no Brasil e em Cuiabá precisa ser mudado, e, para tal, é necessário conhecer a qualidade da atenção hospitalar ao recém-nascido e o acesso aos serviços de saúde neonatal e refletir sobre eles.

1.3 Atenção hospitalar ao recém-nascido

Atualmente, a assistência hospitalar prestada ao recém-nascido envolve três principais espaços de cuidado: a sala de recepção do recém-nascido, o alojamento conjunto e as UTIN/UCIN. Esses ambientes são organizados de forma diferenciada, dependendo do nível de atenção prestada em cada local.

A assistência ao recém-nascido na sala de parto tem como objetivo principal a melhor adaptação do período fetal para o neonatal, através de cuidados voltados, principalmente, para a manutenção do padrão respiratório e controle térmico. Em mais de 90% dos nascimentos, esta transição da vida intra-uterina para a extra-uterina ocorre tranquilamente, mas, em 10%, o bebê pode apresentar dificuldade antes ou durante o parto e após o nascimento e necessitar de ajuda. A asfixia ao nascer é responsável por cerca de 20% de 5 milhões de mortes de RN por ano, em todo o mundo (MINAS GERAIS, 2005).

O setor de recepção ao neonato na sala de parto deve estar organizado para atender todos os recém-nascidos, buscando condições ótimas de adaptação à vida extra-uterina, mantendo o espaço preparado para intervir

naqueles casos que apresentem patologias que coloquem em risco a vida do bebê. Por vezes, a sala de recepção se torna sinônimo de reanimação, por tratar-se de um local preparado para reverter os casos de asfixia neonatal. A reanimação bem sucedida reverte o processo de hipoxemia, diminuindo as sequelas a longo prazo. O prognóstico de mais de um milhão de bebês por ano pode ser melhorado por meio de técnicas adequadas de reanimação (MINAS GERAIS, 2005; BRASIL, 1994).

De acordo com o Manual de Assistência ao Recém-Nascido do Ministério da Saúde, a assistência imediata se dá na sala de recepção e deve favorecer a regulação térmica, prevenir as infecções, fomentar a relação mãe-filho, realizar exame sistematizado e, se necessário, oferecer apoio cárdio-respiratório e transportar o recém-nascido ao setor compatível com sua necessidade - alojamento conjunto ou UTIN (BRASIL, 1994).

Além do espaço físico como um dos determinantes para uma assistência adequada, é fundamental o investimento em profissionais especializados. De acordo com determinações do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e da Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000, é exigida, na sala de parto, a presença de um pediatra com conhecimento em reanimação neonatal no momento do nascimento de toda criança. Além disso, a equipe deverá dispor de dois profissionais de enfermagem capacitados para auxiliar na reanimação e realizar cuidados específicos ao recém-nascido (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997; BRASIL, 2000a).

Após o atendimento na sala de parto, o recém-nascido em boas condições de adaptação extra-uterina é encaminhado ao setor de alojamento conjunto. Este se caracteriza por ser um ambiente onde a puérpera e o neonato permanecem juntos até o momento de alta. É importante a valorização de práticas educativas, com estímulo ao aleitamento materno, apoio e orientação da puérpera na realização dos cuidados com o bebê.

A população assistida neste local são mães sem patologias ou complicações que impossibilitem ou contra-indiquem o contato com o bebê e os recém-nascidos que apresentem boa vitalidade, capacidade de sucção e controle térmico, a critério da equipe de saúde (BRASIL, 1993).

O setor de alojamento conjunto deve estar localizado próximo aos demais setores de internação perinatal, para facilitar o deslocamento da equipe e organização apropriada da assistência. O número de leitos se encontra distribuídos em enfermarias ou quartos, em função do número de partos anuais e do tempo de permanência de cada binômio no setor. Como referência, em uma maternidade de 1.000 partos anuais, com ocupação de 70%, o número de leitos deverá ser 12 (BRASIL, 1994).

Parcela importante dos recém-nascidos apresenta dificuldades, seja durante o parto ou logo após o nascimento, necessitando de intervenção especializada em um serviço de terapia intensiva neonatal.

Nem todos os hospitais têm UTIN. A exigência é que todas as instituições que atendam gestantes de alto risco possuam em sua estrutura UTI de adulto e neonatal, como local disponível para assistir os casos graves. No caso de crianças oriundas de uma gestação de baixo risco e que apresentam complicações no nascimento, estas deverão ser encaminhadas a uma UTIN de outro hospital, caso a maternidade de nascimento não apresente este tipo de serviço.

A UTIN é um local específico para os recém-nascidos de risco e/ou prematuros que precisam de suporte especializado por tempo indeterminado. Por tratar-se de um ambiente de alta densidade tecnológica, existem vários critérios organizacionais, estruturais, de recursos humanos/materiais e suporte diagnóstico/terapêutico, necessários para a realização da assistência neonatal de risco. De acordo com a Portaria MS/GM nº 466 (BRASIL, 1998d²), os serviços de tratamento intensivo compreendem:

Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), que constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados.

Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Semi-Intensiva), que constitui-se de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes, preferencialmente oriundos da UTI, que requeiram cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob supervisão e acompanhamento médico, este último não necessariamente contínuo, porém linear.

² Informação extraída de documento acessado em meio eletrônico.

As condições e a quantidade dos recursos humanos/materiais e suporte diagnóstico/terapêutico são diferentes quando se trata de uma UTIN ou de uma UCIN ou Semi-intensivo.

Um hospital ou maternidade pode conter em sua estrutura uma UTIN ou UCIN, mesmo não sendo um serviço de tratamento à gestante de alto risco. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais. Além disso, todo hospital materno-infantil que atende a gestação de alto risco deve dispor de UTI de adulto e neonatal (BRASIL,1998c).

Recomenda-se que as UTIN sejam localizadas em locais de fácil acesso, próximos ao alojamento conjunto e centro cirúrgico. Toda UTIN deve possuir ambientes/espacos específicos para o desenvolvimento de suas atividades; no entanto, a existência de um determinado ambiente não significa que ele garanta condições satisfatórias de assistência; para isto também devem ser seguidas algumas recomendações mínimas, quando se pensa em assistência de qualidade (BRASIL,1998d).

A UTIN é um ambiente de assistência especializada; dessa forma, os profissionais que nela atuam devem possuir preparo técnico e experiência na área. A disposição dos profissionais se conforma de acordo com o tipo de assistência prestada ao recém-nascido e deve seguir as normatizações, quanto ao número e especialização profissional, determinadas pelo Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 3432/98 (BRASIL, 1998c).

Além dos recursos humanos, fator humano fundamental no processo assistencial, toda Unidade de Tratamento Intensivo deve estar provida, no mínimo, de alguns materiais e equipamentos específicos. Pode-se encontrar a relação destes materiais e as tecnologias necessárias em UTIN nas Portarias MS/GM 466/98 e 3432/98 (BRASIL, 1998c, 1998d).

Para Souza (2003), os serviços hospitalares constituem 40% dos custos em saúde. São nessas instituições que se concentram alta densidade tecnológica, composta de materiais e equipamentos, possibilitando o acesso da população a tecnologias de diagnóstico/terapêutica. Espera-se que os custos

hospitalares sejam bem empregados e contribuam para uma assistência adequada, ou seja, o uso eficiente de recursos contribui para bons resultados de saúde e para diminuição da morbi-mortalidade.

As Unidades de Tratamento Semi-Intensivo, também denominadas de Unidades de Cuidados Intermediários – UCI, foram regulamentadas em 1999 pelo Ministério da Saúde, visando assegurar melhor qualidade no atendimento ao recém-nascido de médio risco (BRASIL, 1999b).

Entende-se como UCIN o setor destinado ao atendimento do recém-nascido nas seguintes situações: necessidade de observação nas primeiras 24 horas pós-alta da UTI; desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica; necessidade de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição; fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão; peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas, e os casos de neonatos submetidos à cirurgia de médio porte encontrando-se estáveis (BRASIL, 1999b).

Os cuidados a serem prestados neste ambiente devem compreender, em todos os casos, a manutenção de um ambiente térmico adequado, prevenção de infecções, controle periódico de sinais vitais e alimentação oral adequada, preferencialmente com leite materno. Se necessário, ainda, pode-se, neste local, administrar alimentos e medicações parentais e realizar diagnóstico/terapêutica de patologias sem risco vital imediato (BRASIL, 1994).

A UCIN deve estar localizada, dentro do hospital, próxima de outros setores de cuidados neonatais hospitalares, a fim de facilitar a comunicação, deslocamento do pessoal e, eventualmente, remoção do recém-nascido (BRASIL, 1994). Geralmente ela se encontra nas dependências da UTI, o que possibilita o atendimento mais eficiente caso a criança piore, deslocando-a para o nível de alto risco.

O número de leitos exigidos para esta área ocorre em função do número de partos anuais de cada instituição, assim como a taxa de nascimentos de baixo-peso. Se a incidência de baixo-peso ao nascer for de 8%, devem ser

previstos três leitos de cuidados intermediários para cada mil nascidos vivos (BRASIL, 1994, 1999b).

Na UCI são exigidos profissionais especializados, porém em menor número. Por serem neonatos de médio-risco, os profissionais são responsáveis por maior quantidade de leitos, de acordo com a normatização do Ministério da Saúde. Além disso, pode ter o mesmo profissional médico diarista da UTIN se a UCIN estiver dentro das dependências da unidade intensiva e, em relação ao plantonista médico, este pode ser responsável pelos leitos da UCIN. Contudo, para a própria UTIN, já existe um limite de leitos para este profissional; logo, se usarmos da mesma interpretação, o médico não deveria ultrapassar desse número recomendado, já que cuidará de leitos da UTIN e da UCIN (BRASIL, 1998b, 1999d).

Por tratar-se de um local que atende bebês oriundos da UTIN que estão mais estáveis, mas que ainda requerem cuidados específicos quanto ao ganho de peso e aleitamento materno, os materiais exigidos são também diferenciados e adequados às condições da clientela que receberá o cuidado (BRASIL, 1999b).

Praticar o cuidado ao neonato requer o planejamento de como será prestado o seu cuidado após a alta hospitalar; por isso, os profissionais devem facilitar e estimular o contato dos pais com seus filhos, independente do setor em que o recém-nascido é atendido ou da gravidade dele. É importante promover a participação da mãe nos cuidados do bebê, além de estimular o aleitamento materno direto ao seio aos recém-nascidos que apresentem condições clínicas para serem alimentados dessa forma. Nesse sentido, a humanização da assistência pode ser considerada um fator importante na busca pela qualidade dos serviços hospitalares de atenção ao neonato.

1.4 Equidade, acesso e adequação de leitos

O atual sistema de saúde público – o Sistema Único de Saúde – encontra-se organizado através de diversos serviços, em nível municipal, estadual e federal. Além disso, também se observa a distribuição da assistência em relação

à densidade tecnológica aplicada no cuidado à saúde, contando com a atenção primária, considerada porta de entrada na rede de saúde, a atenção secundária, representada pelas policlínicas e ambulatórios, e a atenção terciária, pelos hospitais gerais ou especializados.

Para que esses serviços funcionem de forma única, alguns princípios se fazem necessários, como o de equidade. Considerado um princípio doutrinário do SUS e regulamentado pela Lei Orgânica 8.080/90, a equidade relaciona-se à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios a qualquer pessoa. Independente do nível de atenção do serviço, todos devem disponibilizar recursos de forma justa, de acordo com as necessidades de cada cidadão (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2005).

No que diz respeito aos serviços neonatais, a equidade é considerada alcançada quando a população de recém-nascidos de uma determinada região consegue ter suas necessidades atendidas, ou seja, há leitos disponíveis para todos, sem preconceito ou privilégios, independente do nível de cuidado que cada um venha precisar.

Em alguns casos, as condições devem ser as mais diferenciadas possíveis, a ponto de proporcionar ou até facilitar o acesso àqueles que têm mais necessidades, ação essa também conhecida por discriminação positiva. De acordo com Vecina Neto e Malik (2007, p. 828), “equidade, afinal, também é dar respostas diferentes a distintas necessidades”.

Um dos requisitos importantes para alcançar a equidade é garantir o acesso da população aos serviços de saúde. O acesso pode dar-se de diversas maneiras, com implicações diferenciadas, que podem determinar ou influenciar na transposição ou não de barreiras até a chegada dos usuários nos específicos serviços de saúde.

Dessa forma, o acesso abrange quatro dimensões, a geográfica, a econômica, a cultural e, por último, a funcional. A geográfica refere-se às barreiras físicas a serem transpostas e à distância a ser percorrida, associada à oferta de transportes. A dimensão econômica relaciona-se aos custos que o usuário possa ter com serviços ou insumos não disponíveis no sistema. A cultural diz respeito à

adequação do serviço aos hábitos e costumes da população. O aspecto funcional é relativo à oferta dos serviços em relação às necessidades da população, como, por exemplo, horário de funcionamento e qualidade do atendimento (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Quando se pensa em acesso logo se remete à questão espacial, ou seja, possibilitar o alcance geográfico a um determinado serviço. Este tipo de condição é fundamental, pois dificilmente é possível obter outros tipos de acesso, quando não existe, pelo menos, um serviço de saúde disponível na região, atendendo às necessidades dessa população. Nesse sentido, a rede de atenção ao neonato deve oferecer serviços hospitalares disponíveis para atender os recém-nascidos de cada população, possibilitando, ao menos, o acesso geográfico a eles.

Sabe-se que os problemas de planejamento urbano influenciam a disponibilidade de leitos, apresentando hospitais localizados geralmente na área central das cidades, dificultando cada vez mais o acesso geográfico a eles. Além disso, parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutiva, frente ao padrão de financiamento da saúde, que não tem proposta adequada para aprimorar este subatendimento (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Com base apenas nas disposições legais sobre oferta de internações, é possível dizer que não faltam leitos no país, nem no setor público nem para a medicina privada. Se fossem internados 10% da população (o SUS interna em torno de 7%), com uma média de permanência de cinco dias e uma taxa de ocupação de 80%, seriam necessários, para os 180 milhões de brasileiros, cerca de 310 mil leitos. No Brasil há 404 mil leitos. Desses leitos, cerca de 10% (31 mil) deveriam ser de UTI (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) revelam que, dos 507.395 leitos de internação gerais nacionais, 41.792 são leitos complementares, distribuídos em unidades intermediárias, unidades de isolamento, UTI neonatal, infantil e de adulto e UTI de queimados. Apenas 6,1% dos leitos de internação gerais nacionais são leitos de UTI de modo geral (BRASIL, 2008).

Entre os leitos de UTI (31.197), 7.156 leitos se referem à UTIN e 3.846 leitos de UCIN. É importante destacar que, dos leitos de UTIN, 39,3% são leitos públicos, 24,4% filantrópicos e 36,4% privados. A maioria dos leitos das UCIN (57%) é de serviços públicos do SUS, sendo 24,9% de unidades filantrópicas e apenas 18% de instituições privadas (BRASIL, 2008).

Dessa forma, a adequação de leitos neonatais aos recém-nascidos de uma determinada região, somada a serviços hospitalares acessíveis e que atendem às necessidades do neonato/família, contribuem para uma assistência mais integral.

1.5 Qualidade e avaliação da atenção hospitalar ao recém-nascido

Nas últimas décadas do século XX, o setor da saúde passou a dar importância à qualidade em relação à quantidade, ou seja, além de aumentar o número de serviços, também se passou a investir na qualidade da assistência oferecida por eles. A partir das experiências no âmbito da qualidade iniciadas no setor industrial, alguns serviços de saúde passaram a utilizar essa perspectiva, primeiramente, nos departamentos administrativos e, posteriormente, se estendendo a toda instituição hospitalar (SOUZA, 2003).

A exigência da qualidade vem-se fazendo cada vez mais presente nas instituições hospitalares. A busca por um serviço que alcance resultados satisfatórios é um anseio presente neste ambiente. Segundo Olinda Araújo (2000), qualidade significa atributo ou condição positiva de algo ou de uma pessoa que possibilita distingui-la das outras, também diz respeito à sua natureza. Outro conceito aplicado à qualidade é de que se trata de um conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço, conformando sua habilidade em satisfazer necessidades (PEREIRA, 1999). Sendo assim, ambos conceitos sugerem que qualidade é algo necessário e benéfico aos produtos e serviços.

A qualidade em saúde, por não se tratar de um produto específico e sim, de ações humanas, deve ser vista como resultante da forma como se dá o processo de produção dos serviços, a contribuição do serviço para a prevenção,

tratamento ou de qualquer forma de assistência prestada para resolver ou amenizar os problemas de saúde dos pacientes. É mais fácil de ser alcançada quando os profissionais de saúde adotam também como objetivo a satisfação do paciente, garantindo-lhes infra-estrutura adequada com menos custos e riscos (ARAÚJO, O., 2000; PEREIRA, 1999).

Dessa forma, o conceito de qualidade em saúde não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente, envolvendo vários determinantes e diferentes pontos de vista - do cliente, do profissional de saúde, do funcionário do governo e dos gestores. Segundo Serapioni (2006), muitos autores tentaram definir qualidade, mas, atualmente, o que se compreende sobre ela é que apresenta diversas facetas, como valorização do indivíduo na sua integralidade, foco nas peculiaridades das ações em saúde com personalização das ações, rapidez na tomada de decisões, valorização do usuário como co-responsável, entre outras.

Avaliar a qualidade das ações prestadas pelos serviços de saúde é fundamental, pois, através disto, é possível conhecer melhor os ambientes assistenciais e as relações paciente-profissionais. O termo avaliar significa determinar, apreciar ou fazer julgamento de algo. Caracteriza-se por determinar o valor ou quantidade de alguma coisa e comparar os resultados com normas ou valores utilizados como parâmetros avaliativos e tomados como consenso entre a sociedade científica ou pelos serviços de saúde. Pode-se avaliar qualquer intervenção, cuidado de saúde ou organização, mesmo tendo foco na prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, quer seja, de forma isolada, um programa ou toda a instituição (PEREIRA, 1999).

O modelo mais utilizado em avaliação dos serviços de saúde e bastante conhecido é o proposto pelo pediatra Avedis Donabedian. Criado na década de 60 do século XX, esse modelo prevê estudo nas dimensões estrutura, processo e resultado. A estrutura implica características relativamente estáveis das instituições, como a área física, os recursos humanos, materiais, financeiros e a estrutura organizacional; o processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção de bens e serviços e, no setor saúde, nas relações estabelecidas entre profissionais e clientes, desde a busca pela assistência ao diagnóstico e à terapêutica; e o resultado é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência à saúde

do cliente, ou seja, em que condições o paciente deixa o hospital e se suas expectativas foram atendidas (DONABEDIAN, 1988).

É importante ressaltar que, os princípios defendidos por Donabedian encontram-se incorporados aos processos de avaliação propostos pelo Ministério da Saúde. De acordo com o Manual de Acreditação do Ministério da Saúde, os padrões e indicadores aplicados na avaliação de hospitais “procuram avaliar dentro de um único serviço aspectos de estrutura, processo e resultado, procurando indicadores dinâmicos destes padrões e que reflitam a qualidade das prestações de serviço” (BRASIL, 1999c, p. 13).

No Brasil, ao contrário do que ocorreu nos Estados Unidos da América (EUA), apenas recentemente a preocupação com a qualidade vem se tornando mais evidente. Nos EUA, a maioria dos hospitais já ultrapassou o estudo da estrutura e dos procedimentos clínicos, concentrando, atualmente, seus esforços na análise de resultados da assistência prestada; enquanto, no Brasil, observa-se um investimento ainda em estudos de avaliação de estrutura, utilizando dados quantitativos, visto a historicidade do país e a construção dos processos avaliativos (ADAMI; MARANHÃO, 1995).

Atualmente, no Brasil, a maioria dos estudos sobre qualidade em saúde pauta-se nos modelos avaliativos tradicionais, com foco nas dimensões objetiváveis, excluindo a dimensão intersubjetiva propriamente humana. Cabe assinalar que ambas correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos, como a saúde. Não se pode defender o predomínio de uma sobre a outra, e sim, utilizá-las de forma associadas. Recomenda-se, quando se pensa em avaliação dos serviços de saúde de forma mais ampliada, a associação de métodos quantitativos e qualitativos, permitindo maior rigor avaliativo (BOSI; UCHIMURA, 2007).

Existem diversas formas de avaliar qualidade em saúde, e essa diversidade também se aplica às avaliações no âmbito da assistência neonatal. A avaliação da assistência ao neonato pode ser feita através da aplicação de indicadores de mortalidade em um determinado serviço ou localidade. O dado de mortalidade é um importante instrumento de avaliação em saúde, tanto de cobertura, qualidade e resolubilidade de serviços, quanto de programas, de ações específicas ou ainda tecnológicas (BRASIL, 1991a).

De acordo com Norma Araújo (2006), frequentemente tem sido estudada a associação da mortalidade neonatal com as condições assistenciais dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, os números de consultas de pré-natal, a assistência hospitalar vinculada ao SUS, a incorporação inadequada ou insuficiente de tecnologias e a disponibilidade de recursos para a assistência no setor público são considerados fatores relevantes quando se pretende diminuir esses índices de mortalidade.

Os estudos sobre mortalidade neonatal, na literatura brasileira, são comuns, através do cálculo de coeficiente ou estudos que abordem as causas de morte. Existem também indicadores específicos de qualidade da assistência neonatal, que podem ser utilizados em pesquisas de avaliação da qualidade. Tem-se, como exemplo, o registro de Apgar no primeiro e quinto minuto e a avaliação da idade gestacional por exame físico, como indicativos de qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e à mãe; e a existência do alojamento conjunto, refletindo o estímulo ao aleitamento materno. Estes são dois dos diversos indicadores possíveis e relacionados à qualidade da assistência neonatal no âmbito hospitalar (MAGALHÃES, 2000).

Na realidade brasileira, apesar de toda regulamentação existente acerca da assistência neonatal, muitas instituições têm dificuldades em atender às exigências mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde e funcionam de maneira precária. Além disso, muito pouco se conhece sobre a distribuição dessas unidades, nas diferentes regiões do Brasil, sobre a estrutura e organização da atenção neonatal. Poucos são os estudos nessa direção, a maioria deles realizada em grandes cidades brasileiras, não se encontrando dados detalhados sobre a condição da estrutura assistencial em outras regiões do país.

Nesse contexto, o projeto físico de um determinado serviço poderá potencializar ou reduzir a sua capacidade de prestar uma assistência à saúde de forma segura. Este fato tende a piorar quando somado a déficit no contingente profissional, sua má capacitação e a ausência de tecnologias essenciais para o diagnóstico/terapêutica dos casos.

Independentemente da diversidade dos processos avaliativos, o que se espera é que os serviços hospitalares prestadores de assistência ao

neonato compreendam a importância das ferramentas de avaliação e da sua contribuição na busca dos resultados, ou seja, a qualidade da assistência.

O investimento em assistência hospitalar adequada contribui para diminuição da mortalidade neonatal. A monitoração da qualidade da assistência, por meio da avaliação cotidiana e institucionalizada da estrutura, do processo de trabalho e dos resultados obtidos, é uma forma de alcançar índices mais satisfatórios e compatíveis de saúde com o grau de desenvolvimento do país.

Dessa forma, o presente estudo tem por finalidade descrever e analisar as condições da assistência hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT, envolvendo, na pesquisa, instituições públicas e privadas, conhecendo toda a estrutura da rede hospitalar de atenção a este segmento. É importante destacar que o município onde se deu a pesquisa, Cuiabá, capital de Mato Grosso, é o principal polo de atenção ao recém-nascido de risco no Estado, ao mesmo tempo em que pouco se conhece sobre a organização dessa assistência na referida cidade.

Trata-se de uma pesquisa viável, pois abrange a realidade dos serviços de saúde neonatal hospitalar. Além disso, o estudo faz parte de uma pesquisa maior sobre mortalidade materna e neonatal na região de Cuiabá, intitulada de “Morte Materna e Neonatal e Qualidade da Atenção à Saúde em Mato Grosso”.

A magnitude do problema da mortalidade neonatal e a ausência de estudos sobre a organização da assistência hospitalar ao neonato em nossa cidade justificam a relevância da pesquisa e estas questões nos impulsionaram a buscar informações sobre esse cenário.

II. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a estrutura das instituições hospitalares que assistem ao neonato no município de Cuiabá-MT, tendo em vista o acesso e a evitabilidade do óbito neonatal.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil das instituições que prestam assistência hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT, em relação ao tipo, porte, nível de atendimento, vínculo institucional, número de leitos, estrutura física, recursos humanos, materiais e equipamentos, acesso às tecnologias de diagnóstico e tratamento;
- Caracterizar o número de óbitos neonatais ocorridos no município de acordo com a fonte mantenedora dos hospitais.
- Avaliar as condições estruturais dos serviços hospitalares neonatais, em conformidade com as normatizações do Ministério da Saúde, comparando instituições públicas e privadas.

III. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que se propõe a avaliar a estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao neonato no município de Cuiabá-MT, considerando o perfil desses serviços, o número de óbitos neonatais do município e a adequação da estrutura dos hospitais às normatizações do Ministério da Saúde.

Segundo Gil (2002), a pesquisa descritiva tem o propósito de observar, conhecer e descrever as características de uma população ou de fenômeno, oferecendo novas informações sobre ele. Dessa maneira, descrevendo a rede hospitalar neonatal do município de Cuiabá, também é possível fazer alguns apontamentos sobre a qualidade da assistência neonatal.

Utilizou-se também, no presente estudo, da pesquisa documental, através de fontes escritas e secundárias da Secretaria Municipal de Saúde (Declarações de Óbitos), tendo em vista a necessidade de complementar as informações sobre os óbitos neonatais do município de Cuiabá. A pesquisa documental tem, como fonte de dados, documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Esse tipo de pesquisa vale-se de materiais que ainda não tenham recebido tratamento analítico. Possui como vantagem ser uma fonte rica e estável de dados, não havendo contato com os sujeitos (GIL, 2002).

O estudo está vinculado ao grupo de pesquisa Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso e à linha de pesquisa Trabalho, Cuidados e Subjetividades do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de mestrado. É um subprojeto da pesquisa “Morte Materna e Neonatal e Qualidade da Atenção à Saúde em Mato Grosso”, que tem como objeto de estudo a mortalidade materna e neonatal em Mato Grosso e sua relação com a qualidade dos serviços e ações de saúde no âmbito materno-infantil.

3.2 População

Fizeram parte do estudo todas as instituições hospitalares, públicas e privadas, que prestam atendimento ao neonato no município de Cuiabá-MT e que concordaram em participar da pesquisa.

A identificação inicial dos hospitais foi realizada a partir das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), encontrado no site do DATASUS, contendo todos os serviços de saúde do território brasileiro. No CNES estão cadastrados diversos tipos de estabelecimentos de saúde: ambulatórios, consultórios, laboratórios, hospitais e profissionais de saúde que prestam atendimentos particulares, entre outros.

Segundo levantamento realizado no último trimestre de 2007, havia no município de Cuiabá 963 estabelecimentos de saúde. No que se refere às instituições hospitalares que atendiam ao recém-nascido foram encontrados, no primeiro levantamento, 14 hospitais (BRASIL, 2007c).

Após o levantamento foram realizadas visitas aos hospitais, para detectar quais realizavam atendimento ao recém-nascido ou prestavam assistência à mulher em trabalho de parto. Além disso, confrontou-se as informações do CNES com as da Secretaria Municipal de Saúde e de planos de saúde localmente conhecidos. Dessa maneira, foi identificado que, até dezembro de 2007, existiam 13 instituições que prestavam assistência hospitalar ao neonato no município de Cuiabá.

Foram incluídas as instituições que possuíam unidades/serviços de atendimento ao recém-nascido no processo de nascimento, ou seja, com sala de recepção do recém-nascido, serviços que tinham leitos de alojamento conjunto para atender aos neonatos de baixo risco e instituições com leitos de UTIN e UCIN.

Em seguida foi realizado contato pessoal com os diretores dos estabelecimentos de saúde, com o intuito de explicar os objetivos da pesquisa e solicitar autorização para participação nela. Dos 13 hospitais, 12 concordaram em participar da pesquisa, e os diretores responsáveis assinaram uma autorização prévia, sendo essa a população do estudo, representando 92,3% das instituições

hospitalares do município de Cuiabá que prestam assistência ao neonato. A instituição hospitalar que recusou participar do estudo é do tipo filantrópica e presta assistência neonatal apenas em UTI, não dispondo de sala de parto e alojamento conjunto.

3.3. Variáveis estudadas

A avaliação da estrutura física e de recursos humanos foi realizada de acordo com um instrumento elaborado pelo pesquisador a partir de recomendações do Ministério da Saúde, contidas no manual de assistência ao recém-nascido (BRASIL, 1994); nas Portarias MS/GM nº 1.016/93, nº 3.432/98, nº 466/98, nº 1.091/99, nº 569/00, nº 1.067/05 (BRASIL, 1993, 1998c, 1998d, 1999b, 2000a, 2005a), que tratam da assistência ao recém-nascido na sala de parto, alojamento conjunto, UTIN e UCIN; na Recomendação nº 3 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997) e no estudo realizado por Souza (2003).

As variáveis abordadas no instrumento de coleta de dados (Apêndice B) são referentes à identificação e caracterização da instituição, aspectos estruturais, recursos humanos, materiais, equipamentos e aspectos de humanização dos setores que prestam assistência ao neonato. As variáveis utilizadas na construção do segundo instrumento (Apêndice C), por outro lado, são referentes às informações das Declarações de Óbitos, tais como idade no momento do óbito, sexo, raça, local do óbito, idade gestacional no momento do óbito, tipo de gravidez, tipo de parto, morte relacionada ao parto, peso de nascimento e causas do óbito.

3.4. Coleta de dados

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e de posse da autorização dos diretores de cada instituição para aplicação do estudo, os responsáveis pelas unidades que atendem ao recém-nascido foram contatados via

telefone, a fim de agendar um horário para a aplicação do questionário de coleta de dados. Como a maioria dos diretores responsáveis pelos serviços não tinham disponibilidade de tempo, nem possuíam conhecimento das informações solicitadas, foi delegada ao enfermeiro a responsabilidade de prestar as informações para a pesquisa, sendo que, dos respondentes, sete (58,30%) eram enfermeiros-chefe das unidades neonatais, e cinco (41,70%) enfermeiros assistenciais dos serviços.

O questionário (apêndice B) foi preenchido pelo pesquisador de forma conjunta com o enfermeiro responsável pela unidade neonatal ou enfermeiros assistenciais dos serviços. O preenchimento do questionário ocorreu durante o momento da visita ao referido setor, perdurando um tempo médio de uma hora; portanto, o questionário foi preenchido com dados obtidos por meio de entrevista, complementados por uma única observação geral dos locais de atendimento ao recém-nascido. Essa estratégia foi abordada de forma a otimizar a coleta de dados. Cabe destacar que essa observação mais contribuiu para o levantamento de dados de estrutura física que dos aspectos de humanização, visto que não observamos, durante o tempo de visita, os aspectos assistenciais e a relação profissional-paciente.

Participaram da etapa de coleta dos dados outras duas auxiliares de pesquisa, ambas acadêmicas de enfermagem e bolsistas da pesquisa “Morte Materna e Neonatal e Qualidade da Atenção à Saúde em Mato Grosso”, na qual se insere o presente projeto. Dessa forma, realizou-se uma preparação específica para as auxiliares de pesquisa, por meio de leituras de materiais bibliográficos afins e visitas prévias às unidades neonatais de um hospital universitário, para que conhecessem os aspectos estruturais, a organização, recursos humanos e materiais das unidades.

Foi realizado um estudo-piloto para testagem e adequação do instrumento, antes da coleta de dados. O teste foi aplicado na UTIN de um hospital público de um município adjacente à cidade onde aconteceu a pesquisa. A escolha desse serviço se deu pelo fato de apresentar características semelhantes às instituições que foram pesquisadas, possibilitando correções oportunas ao instrumento.

Os dados referentes aos óbitos neonatais ocorridos no município de Cuiabá foram coletados de maneira diferenciada, através das informações contidas em documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Inicialmente contatou-se a Secretaria, a fim de conseguir autorização para levantar os dados diretamente nas declarações de óbitos.

Depois de conseguida essa permissão, foi preenchido um instrumento específico (Apêndice C), que contém apenas informações pertinentes ao estudo, selecionando todos os óbitos neonatais ocorridos com crianças residentes e mortas em Cuiabá no ano de 2007. As informações possibilitaram detalhar o número de óbitos ocorridos em cada estabelecimento de saúde que presta assistência hospitalar ao neonato no município. Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2008.

3.5. Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, conforme as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), sob o número de protocolo 478/CEP-HUJM/08.

Compreende-se que a pesquisa trouxe benefícios aos participantes, pois possibilitou um momento de reflexão sobre a organização da assistência prestada na instituição em que atua. Ao mesmo tempo não ofereceu riscos a eles, apenas certo desconforto em mostrar o ambiente de trabalho e dispensar tempo para responder ao questionário. É importante destacar que foi garantido o anonimato dos profissionais participantes e das instituições de saúde investigadas.

3.6. Análise dos dados

Os dados foram processados pelo Programa Epi-info 2000. Trata-se de uma série de programas de computador utilizados por profissionais de saúde pública que administram investigações de epidemias, gerenciam bancos de dados de vigilância epidemiológica e outras tarefas, incluindo bancos de dados gerais e análises estatísticas.

Para o estudo em questão foram também elaboradas planilhas específicas para confecção de gráficos e tabelas, utilizando os programas de computador Word e Excel. Na análise dos dados utilizou-se estatística descritiva, com cálculo de proporções e médias.

Para análise e avaliação das estruturas das instituições pesquisadas, utilizou-se o referencial teórico do pediatra Avedis Donabedian, no que tange ao seu conceito de estrutura, implicando nas características relativamente estáveis das instituições, como a área física, os recursos humanos, materiais, financeiros e a estrutura organizacional. Atualmente é o modelo mais utilizado em avaliação dos serviços de saúde.

Além disso, os resultados encontrados foram analisados tomando por referência as proposições políticas do Ministério da Saúde para a atenção ao recém-nascido, através de normatizações/portarias e aspectos de qualidade presentes no debate científico em torno da atenção ao recém-nascido no Brasil.

IV. RESULTADOS

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS

A organização dos serviços de saúde no município de Cuiabá está dividida em quatro Regionais de Saúde (Norte, Sul, Leste e Oeste). Essa distribuição é, atualmente, adotada pela Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS), a partir da Lei municipal nº 3.262, de 1994, que regulamenta os distritos administrativos regionais da cidade (CUIABÁ, 1994). A tabela 1 mostra a distribuição dos hospitais estudados, de acordo com sua localização nas regionais de saúde.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO POR REGIONAIS DE SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

Regional	Hospitais (n)	Porcentagem (%)
Leste	4	33,3
Oeste	7	58,3
Sul	1	8,3
Norte	0	0
Total	12	100

Fonte: Pesquisa realizada pela autora.

Constata-se que a maior parte (58,3%) dos hospitais se localiza na região Oeste, além de não existir nenhum serviço hospitalar neonatal na região Norte, refletindo numa oferta desproporcional de número de leitos obstétricos e neonatais por região do município estudado.

De acordo com informações obtidas na Diretoria de Planejamento (DIPLAN) da Secretaria Municipal de Saúde, Cuiabá apresenta uma estimativa populacional, para o ano de 2008, em torno de 525.413 habitantes na área urbana, com uma população média de mulheres em idade fértil (15-39 anos) de 30.867 por região (CUIABÁ, 2008).

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS OBSTÉTRICOS PELA POPULAÇÃO DE MULHERES (15-39 ANOS) NAS QUATRO REGIONAIS DE SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

REGIÕES	POPULAÇÃO GERAL	POPULAÇÃO MULHERES 15-39 ANOS	LEITOS OBSTÉTRICOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO*	RELAÇÃO LEITOS/ POPULAÇÃO MULHERES
Leste	154.690	30.033	52	1: 578
Oeste	122.685	32.451	164	1: 198
Norte	117.351	28.852	-	-
Sul	130.687	32.131	8	1: 4016
Total	525.413	123.467	224	1: 551

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Nota: *Os leitos obstétricos foram considerados de acordo com o número total de leitos da unidade obstétrica, independente de serem leitos destinados a gestante de médio risco ou de alojamento conjunto, isso porque as instituições não dispunham de número separado de leitos para cada situação, sendo estes adequados diante da demanda hospitalar. Não se incluíram leitos de alto risco.

Verifica-se que há uma diferença no número de leitos obstétricos pela população de mulheres de cada região, sendo que a região com maior quantidade de leitos obstétricos é a Oeste, apresentando uma razão de um leito para 198 mulheres nessa faixa etária, enquanto que a região Norte não dispõe de nenhum leito obstétrico, levando essa população a buscar atendimento em serviços obstétricos hospitalares de outras regiões. Ao se considerar a relação de leitos obstétricos pela população de mulheres em idade fértil de Cuiabá, tem-se, então, a proporção de um leito para 551 mulheres (TABELA 2).

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do referido município não dispunha, no momento da análise dessa pesquisa, de dados atualizados sobre a população neonatal do município por regional, nem informações atualizadas sobre o número de nascidos vivos por região. Dessa maneira, calculou-se uma estimativa baseada nas informações da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, resultando na proporção apresentada na Tabela 3.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS NEONATAIS PELO NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DAS QUATRO REGIONAIS DE SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

REGIÕES	ESTIMATIVA DE NASCIDOS VIVOS POR REGIÃO*	LEITOS NEONATAIS EM ALOJAMENTO CONJUNTO POR NV**	LEITOS NEONATAIS EM UTIN POR NV**	LEITOS NEONATAIS EM UCIN POR NV**
Leste	2649	1: 51	1: 98	-
Oeste	2100	1: 21	1: 43	1: 105
Norte	2010	-	-	-
Sul	2244	1: 281	-	-
Total	9003	1: 56	1: 118	1: 450

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Notas: *Estimativa de nascidos vivos em 2007 por regional, considerando a proporção da população de 0-1 ano de idade nas quatro regionais de saúde e o total de nascidos vivos no município de Cuiabá - Modificado DIPLAN (CUIABÁ, 2008).

** NV (Nascidos Vivos).

Da mesma maneira, a proporção de leitos neonatais disponíveis nas quatro regionais é diferente, tendo a região Oeste a menor relação de leitos por nascidos vivos da região, enquanto a Norte é desprovida de leitos desse tipo. Os leitos de UTIN se encontram disponíveis em apenas duas regiões, Leste e Oeste, enquanto os de UCIN se concentram na região Oeste.

Essa distribuição de nascidos vivos e de serviços hospitalares neonatais pode ser melhor observada na Figura 1.

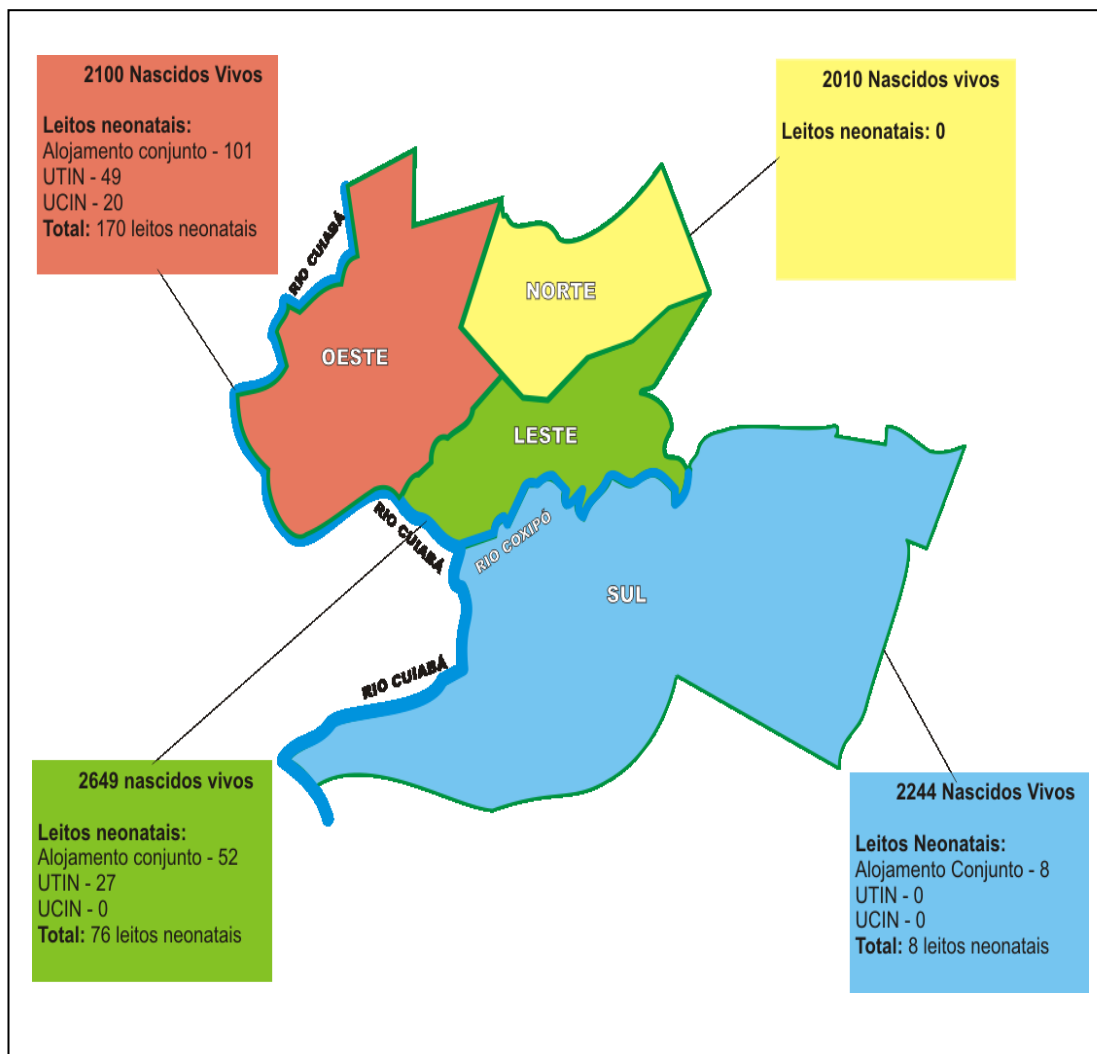


FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DE NASCIDOS VIVOS E DE LEITOS NEONATAIS NAS QUATRO REGIONAIS DE SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

Fonte: Adaptado do mapa impresso do município de Cuiabá e disponibilizado pela Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere ao tempo de funcionamento das instituições estudadas, a maioria dos hospitais (83,3%) está em funcionamento há mais de 10 anos.

TABELA 4 – TEMPO DE FUNCIONAMENTO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO. CUIABÁ, 2008.

Tempo de funcionamento do Hospital	Hospitais (n)	Porcentagem (%)
1-5 anos	1	8,3
6-10 anos	1	8,3
11-20 anos	2	16,7
21-30 anos	6	50,0
>30 anos	2	16,6
Total	12	100

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Os hospitais participantes da pesquisa foram classificados segundo a fonte mantenedora, o vínculo educacional, especialidades oferecidas e porte. Na amostra (n=12), dois (16,7%) hospitais eram públicos, seis (50%) privados e não conveniados ao SUS e quatro (33,3%) privados e conveniados ao SUS. É importante destacar que a única instituição a prestar assistência ao recém-nascido e que não participou da pesquisa trata-se de um hospital filantrópico.

Os dois hospitais públicos foram ainda classificados de acordo com o gestor governamental, sendo um municipal e outro federal.

Apenas duas (16,7%) instituições hospitalares possuem vínculo educacional universitário, sendo uma pública e outra privada e conveniada ao SUS. Sabe-se que toda instituição hospitalar universitária tem como responsabilidade atender pacientes do sistema público de saúde. As demais instituições se classificaram, em sua maioria, cinco (41,7%), como do tipo não universitário e que não permitem estágio para cursos da área da saúde (Gráfico 2).

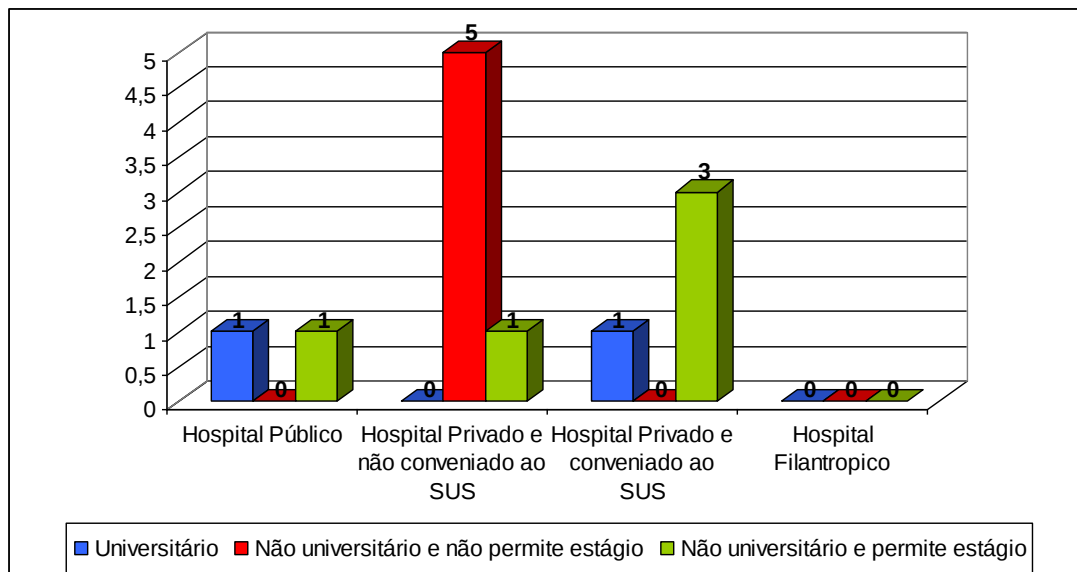


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA E VÍNCULO EDUCACIONAL. CUIABÁ, 2008.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2224/2002, classifica as instituições hospitalares da rede pública de saúde de acordo com o número de leitos disponíveis, existência e complexidade de serviços, perfil assistencial, capacidade de produção de serviços, entre outras. Essa classificação específica e detalhada permite, através de um conjunto de informações, caracterizar o porte do hospital (BRASIL, 2002b).

No que tange ao número de leitos hospitalares, o Ministério da Saúde atribui uma classificação diferente aos hospitais, com 20 a 49 leitos, 50 a 149 leitos, 150 a 299 leitos e aqueles maiores, com mais de 300 leitos. No caso dos hospitais com 05 a 19 leitos e que apresentarem serviços médicos especializados com cadastro no CNES poderão receber a classificação de menor porte (BRASIL, 2002b).

Considerando que a Portaria citada não explicita uma classificação específica de acordo com o número de leitos totais da instituição, foi adotada na análise dos dados da pesquisa, uma adequação da classificação hospitalar apresentada pelo Ministério da Saúde, resultando, então, na seguinte distribuição: pequeno porte, <50 leitos; médio porte, 50-149 leitos; grande porte, 150-299 leitos e porte especial, ≥ 300 leitos.

Do total de hospitais pesquisados, três são de pequeno porte, sete de médio e apenas dois de grande porte. Entre os hospitais de grande porte (n=2), um é do tipo público, e outro, do tipo privado e conveniado ao SUS. De acordo com a classificação das instituições segundo as especialidades, onze (91,66%) são hospitais gerais, e apenas um (8,3%) se classificou como hospital materno-infantil. É importante destacar que não existe, no município estudado, um hospital exclusivamente pediátrico/neonatal (Tabela 5).

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE ACORDO COM A ESPECIALIDADE E NÚMERO DE LEITOS. CUIABÁ, 2008.

Especialidade do Hospital	Pequeno porte (<50 leitos)	Médio porte (50-149)	Grande porte (150-299)
Hospital Geral	3	6	2
Hospital Materno-Infantil	0	1	0
Total	3	7	2

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

A classificação dos hospitais de acordo com o seu porte se restringiu apenas aos hospitais de pequeno, médio e grande porte, visto que não se encontraram no município pesquisado hospitais de porte especial que assistem o recém-nascido, ou seja, com mais de 300 leitos. A proporção de hospitais, de acordo com o número de leitos, pode ser observada no Gráfico 3.

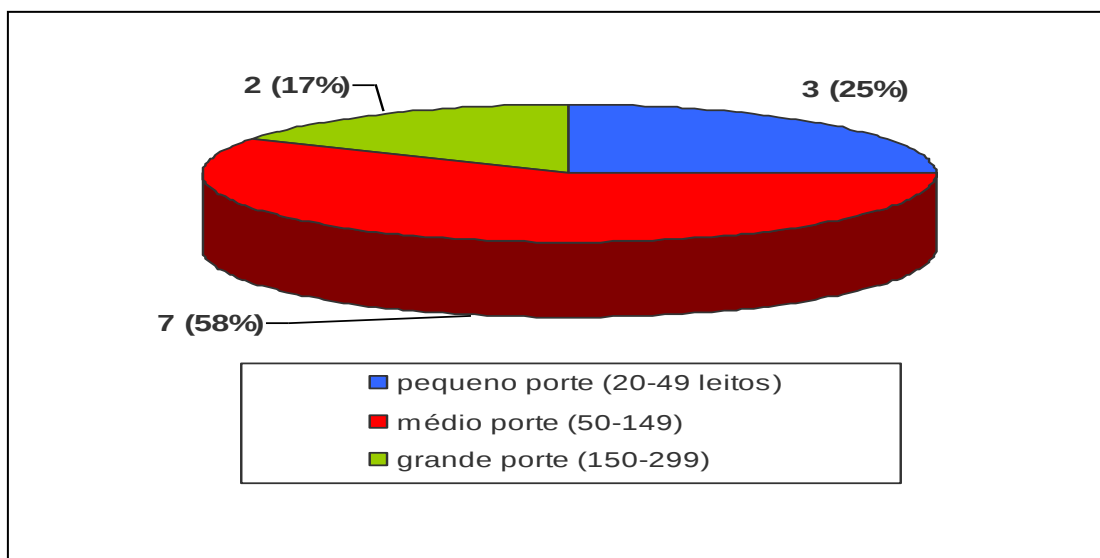


GRÁFICO 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO O NÚMERO DE LEITOS TOTAIS. CUIABÁ, 2008.

Quanto à média de leitos, os hospitais de pequeno porte apresentaram a média de 19,7 leitos no total, os de médio porte, 101,3, e os de grande porte, em média, 162,5 leitos.

No que se refere aos leitos obstétricos, a média de leitos em hospitais públicos foi de 18 (DP 0,00), enquanto que os privados não conveniados ao SUS apresentaram a média de 18,75 (DP 14,93), e os privados e conveniados ao SUS, a média de 13,17 (DP 6,88).

Os leitos neonatais se encontram distribuídos nas instituições hospitalares de acordo com os ambientes assistenciais. Cada ambiente tem uma característica, com estrutura e recursos diferenciados para atender os neonatos de acordo com a gravidade do quadro clínico e necessidade de assistência especializada e suporte tecnológico. Dessa maneira, verificou-se que 11 (91,6%) hospitais têm sala de parto e alojamento conjunto, enquanto sete (58,3%) possuem UTIN, e dois (16,6%) hospitais apresentam UCIN (GRÁFICO 4).

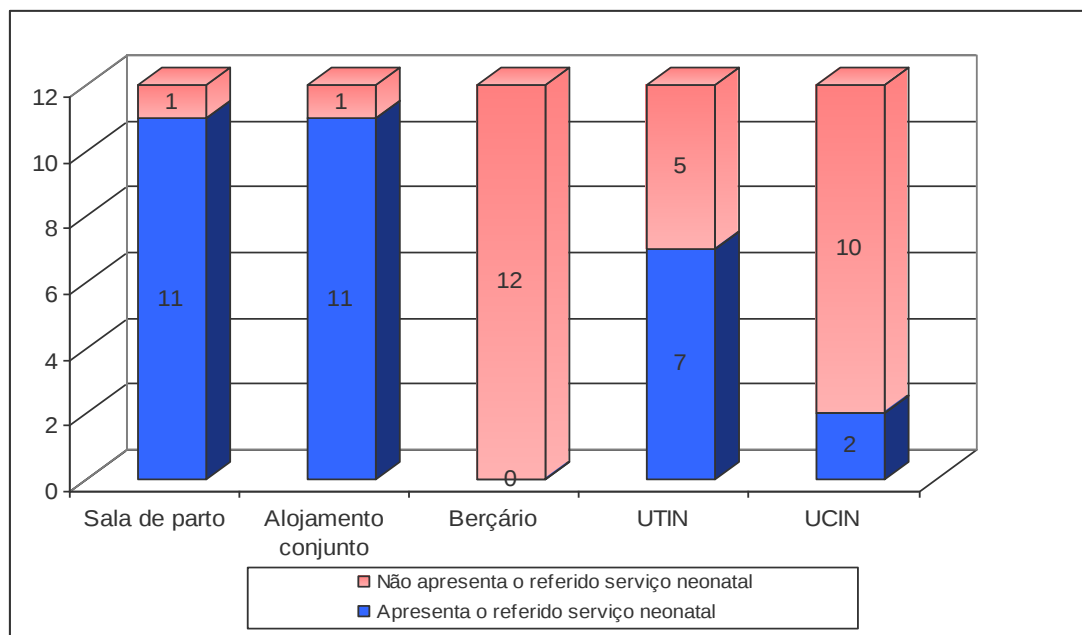


GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE SERVIÇOS NEONATAIS NOS HOSPITAIS ESTUDADOS. CUIABÁ, 2008. (n=12).

Inexiste em Cuiabá hospital ou maternidade com berçário em sua estrutura. Nota-se essa disposição, já que o berçário é um termo ou modelo de assistência neonatal ultrapassado e que, ao longo das últimas décadas, foi substituído pelo alojamento conjunto e UCIN.

A distribuição dos serviços neonatais se apresenta de maneira diferenciada segundo a fonte mantenedora da instituição. Dentre os hospitais públicos (n=2), apenas um apresenta sala de parto e alojamento conjunto, enquanto os hospitais privados, sejam conveniados (n=6) ou não ao SUS (n=4), contam, em sua totalidade, com esses serviços neonatais (Tabela 6).

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DO TIPO DE SERVIÇO NEONATAL SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

Serviço Neonatal	Público (n=2)	Privado não conveniado ao SUS (n=6)	Privado conveniado ao SUS (n=4)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sala de parto	1 (50,0)	6 (100)	4 (100)
Alojamento conjunto	1 (50,0)	6 (100)	4(100)
UTIN	2 (100)	3 (50,0)	2 (50,0)
UCIN	0	0	2 (50,0)

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

No município há sete UTIN, sendo que 100% (2) dos hospitais públicos detêm esse serviço especializado. Dentre os hospitais privados conveniados e não conveniados ao SUS, apenas 50,0% (3) possuem UTIN; entretanto, as UCIN se encontravam instaladas apenas nos hospitais privados conveniados ao SUS.

No período da pesquisa, o município de Cuiabá contou com treze hospitais atendendo à população neonatal. Na amostra de hospitais da pesquisa (n=12) foi levantado um total de 257 leitos neonatais, distribuídos em diferentes ambientes de atenção neonatal. Desse total, 41 leitos estavam em hospitais públicos, 106 em serviços privados não conveniados ao SUS e 110 leitos neonatais em instituições privadas conveniadas ao SUS.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS NEONATAIS SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO E TIPO DE SERVIÇO NEONATAL. CUIABÁ, 2008.

Serviço Neonatal	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total de leitos
	Nº Leitos	Nº Leitos	Nº Leitos	
Alojamento conjunto	18	79	64	161
UTIN	23	27	26	76
UCIN	-	-	20	20
Total	41	106	110	257

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Vale ressaltar que um dos hospitais apresentou um total de 62 leitos neonatais; todavia, ao quantificar o número de leitos nos setores neonatais separadamente (alojamento conjunto, UTIN e UCIN), foram contados apenas 51 leitos. Diante da divergência do número de leitos, a instituição informou que, em momentos de superlotação do hospital, os leitos de pré-parto são utilizados para acomodar puérperas e recém-nascidos, podendo alcançar então um total de 62 leitos neonatais. Para elaboração do quadro demonstrativo adotou-se a informação referente aos serviços neonatais específicos e não as adequações para atender a demanda excessiva.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, todo hospital com mais de 100 leitos totais devem apresentar, em sua estrutura, pelo menos, 6% do total de leitos gerais destinados para atender ao recém-nascido de risco, ou seja, leitos de UTIN (BRASIL,1998c). Entre os hospitais pesquisados, seis (50%) instituições têm mais de 100 leitos totais, sendo dois do tipo privado e não conveniado ao SUS, dois privados conveniados ao SUS e dois públicos, apresentando então proporções iguais entre as diferentes fontes mantenedoras.

Faz-se necessário esclarecer que, um dos hospitais classificado como privado e não conveniado ao SUS tem, em sua estrutura, uma UTIN que oferece leitos conveniados ao sistema público de saúde. Isso ocorre porque o serviço de terapia intensiva neonatal e o restante dos serviços de saúde deste hospital têm proprietários diferentes; logo, a gestão é separada.

TABELA 8 – COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE LEITOS DE UTIN EXISTENTES E O RECOMENDADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

Hospitais >100 leitos totais	Nº de leitos totais	Nº de leitos de UTIN	Nº de leitos de UTIN recomendado*
Hospital privado 1	110	7	6,6
Hospital privado 2	119	6	7,1
Hospital privado conveniado SUS 1	120	15	7,2
Hospital privado conveniado SUS 2	121	11	7,3
Hospital público 1	122	13	7,3

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Nota: * Quantidade mínima de leitos de UTIN recomendada pelo Ministério da Saúde.

Pode-se afirmar, através dos dados levantados, que os seis hospitais da pesquisa que possuíam acima de 100 leitos totais, apresentam UTIN. Por outro lado, apenas cinco (83,3%) deles possuem mais que 6,0% de leitos gerais em leitos de UTIN. Dessa maneira, apenas um (16,7%) hospital não atende à recomendação do Ministério da Saúde, sendo este hospital classificado como privado e não conveniado ao SUS, mas a sua UTIN é conveniada ao SUS (Tabela 8).

4.2. SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO – SALA DE PARTO

Como relatado anteriormente, entre os hospitais envolvidos na pesquisa (n=12), 11 (91,6%) deles apresentam sala de parto. O tempo de funcionamento do centro obstétrico distribui-se de maneira diferenciada, sendo que 18,2% (2) dos serviços entre 1-5 anos, 9,1% (1) entre 6-10, 18,2% (2) entre 11-20 anos, 36,4% (4) entre 21-30 anos e 18,2% (2) com mais de 30 anos de funcionamento. Dos onze hospitais, em apenas três (27,3%) a sala de parto tinha tempo de funcionamento menor que o tempo de funcionamento do hospital.

4.2.1 Aspectos estruturais

Durante a coleta de dados foram levantadas informações referentes aos aspectos estruturais considerados necessários para uma assistência neonatal adequada em sala de parto. De acordo com a disposição das salas de parto, seja para procedimentos cirúrgicos ou partos normais, têm-se 45 salas, distribuídas conforme mostra o Gráfico 5.

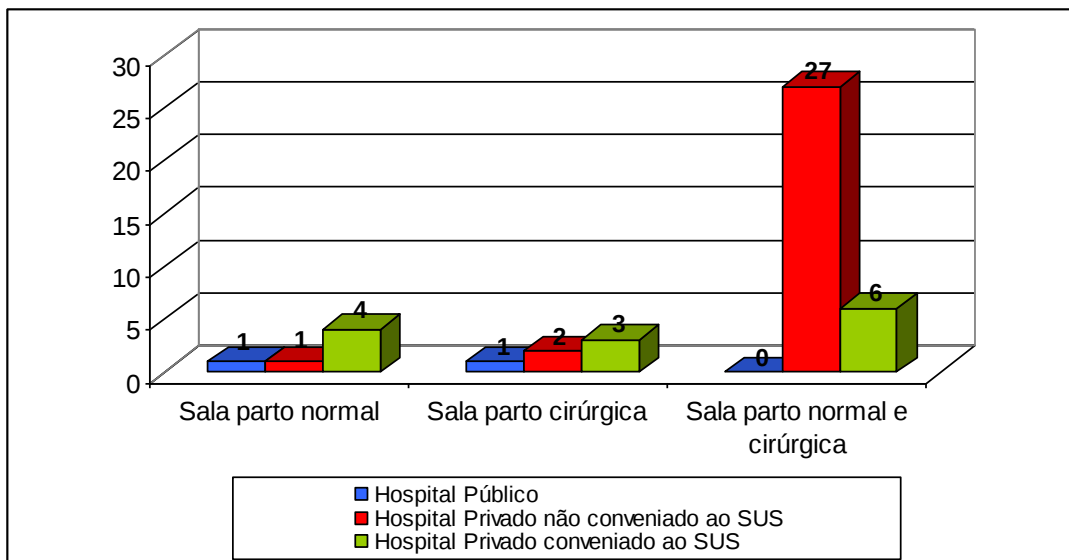


GRÁFICO 5 – DISPOSIÇÃO DAS SALAS DE PARTO DE ACORDO COM A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008

É importante destacar que existem apenas duas (4,44%) salas de parto nos hospitais do tipo público, enquanto 30 (66,7%) salas de parto estão localizadas nos hospitais privados não conveniados ao SUS, e 13 (28,9%) nos hospitais privados conveniados ao SUS.

Dos hospitais que dispõem de atendimento em sala de parto, todos têm em sua estrutura uma área específica para atender ao recém-nascido, sendo que 100% se caracterizam como sala de recepção do recém-nascido, ou seja, ao nascer, os primeiros cuidados prestados ao bebê são realizados em espaço específico, próximo à sala de parto e não dentro da sala de parto.

De acordo com as normatizações do Ministério da Saúde, a sala de recepção do recém-nascido deve ter no mínimo 6m² de área física (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Das onze instituições que têm sala de recepção do recém-nascido, nove (81,8%) apresentam essa mensuração mínima, e duas (18,2%) não atendiam à recomendação.

Por tratar-se de uma sala específica para atender ao recém-nascido nos primeiros momentos de vida, este local deverá apresentar, além de estrutura física adequada, algumas instalações que possibilitem este atendimento.

TABELA 9 – INSTALAÇÕES DISPONÍVEIS NA SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

INSTALAÇÕES	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=12)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Água quente	0	4 (36,4)	3 (27,3)	7 (63,6)
Ar comprimido	1 (9,1)	5 (45,5)	4 (36,4)	10 (90,9)
Oxigênio	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Vácuo clínico	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	7 (63,6)
Rede elétrica de emergência	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Rede elétrica diferenciada	1 (9,1)	6 (54,5)	3 (27,3)	10 (90,9)

Fonte utilizada na análise:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 de out. 2007.

Considerando essas instalações, verificou-se uma disponibilidade relativamente adequada para o serviço público, não apresentando apenas água quente neste local (TABELA 9), o que se justifica pelo fato de não apresentar banho no recém-nascido no centro obstétrico. Essa instalação, porém, se faz necessária, segundo as normatizações do Ministério da Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002).

Além disso, dez (90,9%) salas de recepção do recém-nascido contém ar comprimido, onze (100%) dispõem de oxigênio e apenas sete (63,6%) têm vácuo clínico. Nos locais em que não há vácuo, a equipe de saúde utiliza a rede de ar comprimido para realizar a aspiração de vias aéreas do neonato. No que se refere à rede elétrica, onze (100%) têm rede de emergência e dez (90,9%) possui rede elétrica diferenciada.

4.2.2 Recursos humanos

Os recursos humanos são essenciais para a organização de um serviço neonatal de qualidade. Muitas vezes, o neonato pode apresentar complicações importantes nos primeiros minutos de vida, exigindo uma equipe capacitada para atender essas urgências/emergências neonatais.

Das onze instituições que apresentam sala de parto, todas referiram ter, no momento do parto, um médico pediatra com conhecimento em reanimação neonatal e profissionais de enfermagem, enfermeiro ou técnico de enfermagem, para auxiliar nesse atendimento.

4.2.3 Materiais e equipamentos

Considerando que a sala de recepção neonatal deve dispor de diversos materiais e equipamentos para a realização de procedimentos de rotina, como reanimação cardiorespiratória, todos os hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido em sala de parto afirmaram tê-los em local de fácil acesso para a equipe de saúde. De acordo com o levantamento desses materiais e equipamentos, verificou-se uma distribuição diferenciada, segundo a fonte mantenedora das instituições (TABELA 10).

TABELA 10 – MATERIAIS/EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

MATERIAIS/EQUIPAMENTOS	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=12)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Mesa de reanimação com fonte de calor radiante	1 (9,1)	5 (45,5)	4 (36,4)	10 (90,9)
Fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Aspirador a vácuo com manômetro	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Sonda de aspiração traqueal nº 8/10	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Adaptador para aspiração de mecônio	1 (9,1)	5 (45,5)	2 (18,2)	8 (72,7)
Balão de reanimação auto-inflável (ambú) neonatal	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Máscaras para recém-nascido a termo e pré-termo	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Laringoscópio com lâmina reta (nº 0/1)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Cânulas traqueais sem balão (nº 2,5; 3,0; 3,5; 4,0)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Fio-guia	1 (9,1)	4 (36,4)	3(27,3)	8 (72,7)
Pilhas e lâmpadas sobressalentes	1 (9,1)	6 (54,5)	3(27,3)	10 (90,9)
Seringas de 20, 10 e 1ml e agulhas	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Estetoscópio neonatal	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Compressas e gazes	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Clampeador de cordão umbilical	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	9 (81,8)
Luvras estéreis descartáveis	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Óculos de proteção no local	1 (9,1)	5 (45,5)	3 (27,3)	9 (81,8)
Balança neonatal	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Antropômetro/fita métrica	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)

Fontes utilizadas na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, 1994.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Recomendação CREMESP nº 3, de 12 de agosto de 1997. Dispõe sobre o Atendimento ao recém-nascido na sala de parto. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, 6 set. 1997. Seção 1, p. 39.

Nessa tabela é possível notar que, apesar de haver apenas um hospital público com sala de parto no município estudado, este apresentou todos os materiais/equipamentos necessários para o atendimento ao recém-nascido nos primeiros momentos de vida. Nas instituições privadas ou conveniadas ao SUS, constatou-se que apenas 13 dos 19 itens (materiais/equipamentos) pesquisados estavam presentes em todas as salas de recepção do recém-nascido.

Dentre os equipamentos fundamentais para esse ambiente de cuidado neonatal, a mesa de reanimação com fonte de calor radiante foi encontrada em 90,9% dos hospitais, sendo que a maioria deles utiliza como mesa, o próprio berço aquecido.

Outro equipamento fundamental, e não menos utilizado, é o adaptador para aspirar mecônio. Sabe-se que a síndrome da aspiração de mecônio é um dos problemas mais comuns na sala de parto e se caracteriza por graus variados de insuficiência respiratória, que, se não atendida adequadamente, pode causar complicações respiratórias importantes para o recém-nascido. (DINIZ; CECCON, 2000). Esse equipamento foi encontrado em oito (72,7%) hospitais que atendem o recém-nascido em sala de parto.

Além disso, nove (81,8%) hospitais dispõem do equipamento de proteção individual denominado óculos para aspiração, estando presente em um (9,1%) hospital público, cinco (45,5%) em hospitais privados não conveniados ao SUS e três (27,3%) em privados conveniados.

TABELA 11 – MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NA SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

MEDICAMENTOS NA SALA DE RECEPÇÃO	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=12)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Adrenalina - 1/1000	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Bicarbonato de sódio - 5% ou 8,4%	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Soro fisiológico 0,9%	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Solução ringer-lactato	1 (9,1)	5 (45,5)	3 (27,3)	9(81,8)
Dopamina	0	4 (36,4)	3 (27,3)	7(63,6)
Naloxone	1 (9,1)	4 (36,4)	3 (27,3)	8(72,7)
Ampolas de água destilada	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Nitrato de prata a 1% (argirol)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Vitamina K1 (kanakion)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Antisséptico (clorexidina/álcool 70%)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)

Fontes utilizadas na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, 1994.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Recomendação CREMESP nº 3, de 12 de agosto de 1997. Dispõe sobre o Atendimento ao recém-nascido na sala de parto. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, 6 set. 1997. Seção 1, p. 39.

Dentre os medicamentos necessários para o atendimento neonatal na sala de recepção do recém-nascido, a dopamina não estava presente no único hospital público pesquisado, sendo encontrada em apenas sete (63,6%) serviços estudados, ou seja, quatro (36,4%) hospitais privados não conveniados ao SUS e três (27,3%) privados conveniados, enquanto que o naloxone foi encontrado em oito (72,7%) hospitais que apresentavam sala de parto, e o ringer-lactato em 9 (81,8%).

Vale ressaltar que foram considerados no estudo apenas os medicamentos presentes na sala de recepção do recém-nascido e não a presença da medicação na farmácia do hospital. Recomenda-se que os medicamentos fundamentais estejam em local acessível, ou seja, dentro da sala de atendimento, evitando demora na assistência terapêutica, caso o neonato venha precisar.

4.2.4 Aspectos de humanização

O oferecimento de uma assistência de qualidade requer, além de recursos estruturais, humanos e materiais, outros atributos que perpassam a organização do serviço e atitudes da equipe de saúde que realiza a assistência neonatal. Dessa maneira, foram pesquisados alguns aspectos de humanização do cuidado prestado ao recém-nascido na sala de parto e centro obstétrico.

Todos os hospitais afirmaram informar a mãe, imediatamente após o parto, sobre a condição de nascimento do bebê. Uma das preocupações relativas à assistência neonatal é o início do aleitamento materno, que deve ocorrer ainda na sala de parto, desde que criança e mãe estejam em boas condições de saúde nesse momento (BRASIL, 1994, 2001b). Entre os onze hospitais que prestam assistência em sala de parto, um número consideravelmente importante (90,9%) relatou que os recém-nascidos são colocados junto à mãe logo após o nascimento, e nove (81,8%) serviços afirmaram colocar os recém-nascidos para serem amamentados ainda na primeira meia hora de vida, sendo estes demonstrados segundo a fonte mantenedora no Gráfico 6.

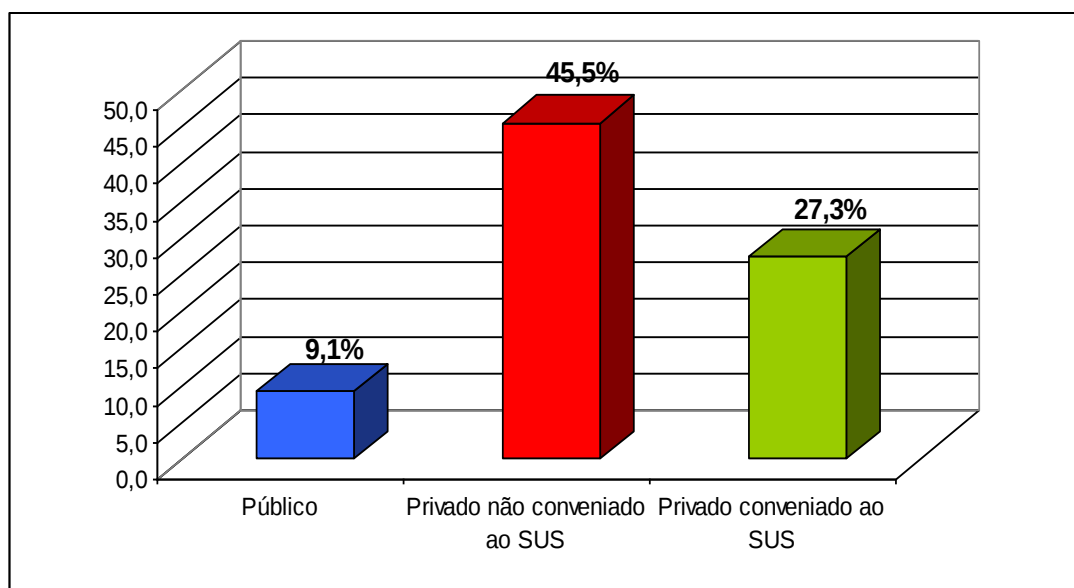


GRÁFICO 6 – AMAMENTAÇÃO NA SALA DE PARTO DURANTE A PRIMEIRA MEIA HORA DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO, SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

Outro aspecto investigado se refere à climatização da sala de parto durante o nascimento. Considerando que o município de Cuiabá possui um clima quente, a maioria dos hospitais que realiza parto (n=10) tem aparelhos de ar condicionado em suas salas de parto; destes, 90,0% referiram desligar o aparelho antes da retirada do bebê do útero. Esse cuidado contribui para diminuição do risco de hipotermia neonatal, uma vez que o recém-nascido é exposto a um ambiente menos frio.

Qualquer fator que venha a resfriar o ambiente e expor o neonato a correntes de ar contribui para seu resfriamento. No entanto, um número importante de serviços (45,5%) afirmou apresentar correntes de ar na sala de recepção do recém-nascido, ou seja, janelas que podem ou não estar abertas no momento do atendimento.

4.3 ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto é um ambiente de cuidado neonatal diferenciado que possibilita a realização da assistência neonatal de maneira conjunta com a assistência à puérpera, visto que a mãe e o recém-nascido permanecem juntos durante todo o período de hospitalização (BRASIL, 1993).

Nem todos os hospitais pesquisados apresentavam em sua estrutura um setor de alojamento conjunto. Dessa maneira, a proporção dos hospitais que tem alojamento conjunto é a mesma dos que têm centro obstétrico, ou seja, onze (91,6%) instituições.

O tempo de funcionamento do alojamento conjunto distribui-se da mesma maneira que o tempo de existência do centro obstétrico, ou seja, 18,2% (2) dos serviços entre 1-5 anos de funcionamento, 9,1% (1) entre 6-10 anos, 18,2% (2) entre 11-20 anos, 36,4% (4) entre 21-30 anos e 18,82% (2) com mais de 30 anos de funcionamento. Nas instituições estudadas, o tempo de existência da sala de parto é o mesmo do alojamento conjunto. Os dois serviços trabalham de maneira complementar, já que a maioria dos recém-nascidos nasce na sala de parto e depois é encaminhada para o alojamento conjunto, caso não apresente complicações.

4.3.1 Aspectos estruturais

Ao chegar ao alojamento conjunto, o recém-nascido é acomodado junto à sua mãe em uma enfermaria ou quarto, a depender da disposição dos leitos de cada hospital. Alguns alojamentos conjuntos contêm em sua estrutura uma sala própria para realizar procedimentos, como higienização do recém-nascido, exame físico, coleta de exames, entre outros.

Entre os onze hospitais estudados, apenas cinco (45,5%) apresentaram uma sala para cuidados neonatais localizada no alojamento conjunto, sendo um público e quatro privados não conveniados ao SUS. Dessas instituições

apenas duas dispunham de sala de cuidados do recém-nascido localizada dentro do setor de alojamento conjunto, enquanto que, nas demais, essa sala ficava mais afastada dos leitos dos neonatais, portanto, geograficamente fora do alojamento conjunto.

Das salas de cuidados neonatais (n=5) localizadas no alojamento conjunto, todas contêm instalações necessárias para a realização de cuidados ao recém-nascido, tais como água quente para higienização do bebê, janelas vedadas, evitando resfriamento do neonato, pias com água corrente e prateleiras para o armazenamento de alguns materiais utilizados nos cuidados de enfermagem (TABELA 12).

TABELA 12 – INSTALAÇÕES DISPONÍVEIS NA SALA DE CUIDADOS DO RECÉM-NASCIDO DO ALOJAMENTO CONJUNTO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

INSTALAÇÕES	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=11)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Água quente	1 (9,1)	4 (36,4)	0	5 (45,5)
Janela vedada (sem corrente de ar)	1 (9,1)	4 (36,4)	0	5 (45,5)
Pia com água corrente	1 (9,1)	4 (36,4)	0	5 (45,5)
Prateleiras	1 (9,1)	4 (36,4)	0	5 (45,5)

Fontes utilizada na análise:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 de out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

O posto de enfermagem esteve presente em todos os hospitais que têm o serviço de alojamento conjunto, considerado um local onde permanecem os profissionais de enfermagem e são armazenados prontuários e materiais hospitalares de uso rotineiro. Apenas seis (55,4%) instituições apresentaram um local apropriado para a equipe realizar a prescrição da terapêutica dos pacientes desse setor, sendo um (9,1%) público, quatro privados não conveniados ao SUS (36,4%) e dois (18,2%) privados conveniados ao SUS.

A disposição dos leitos no alojamento conjunto pode ser em enfermarias ou em quartos/apartamentos. O hospital público tem uma organização típica de seus leitos, concentrando-os em enfermarias, enquanto, que, nos hospitais privados não conveniados ao SUS, os leitos se dispõem em quartos individualizados e enfermarias. A escolha por um leito em quarto privativo depende do plano de saúde da puérpera ou de sua condição financeira para pagar por essa modalidade de acomodação.

Existem recomendações do Ministério da Saúde que regulamentam a disposição e quantidade de leitos em enfermaria de alojamento conjunto. Essas orientações devem ser seguidas, tendo em vista uma melhor acomodação do binômio mãe/filho, com conforto, comodidade e menor risco de infecção hospitalar (BRASIL, 1993).

De acordo com a Portaria MS/GM 1.016, o número de duplas por enfermaria deve ser de, no máximo, seis. Observou-se, porém, que enfermarias com esse número de pacientes demonstraram um aspecto de “super-lotação”, já que seis duplas se referem a seis camas de tamanho adulto para puérperas, seis berços para os recém-nascidos, além de mesas de cabeceira e outros mobiliários que podem estar presentes neste espaço. Considerando essa normatização do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), todos os serviços apresentaram, no máximo, seis duplas por enfermaria, mas nem todos os hospitais dispõem seus leitos de forma a manter um espaço mínimo entre eles.

Faz-se necessário relatar que apenas quatro (36,4%) alojamentos conjuntos apresentaram, no máximo, três duplas de leitos por enfermaria, enquanto que sete (63,6%) dispunham de mais que três duplas por enfermaria (GRÁFICO 7).

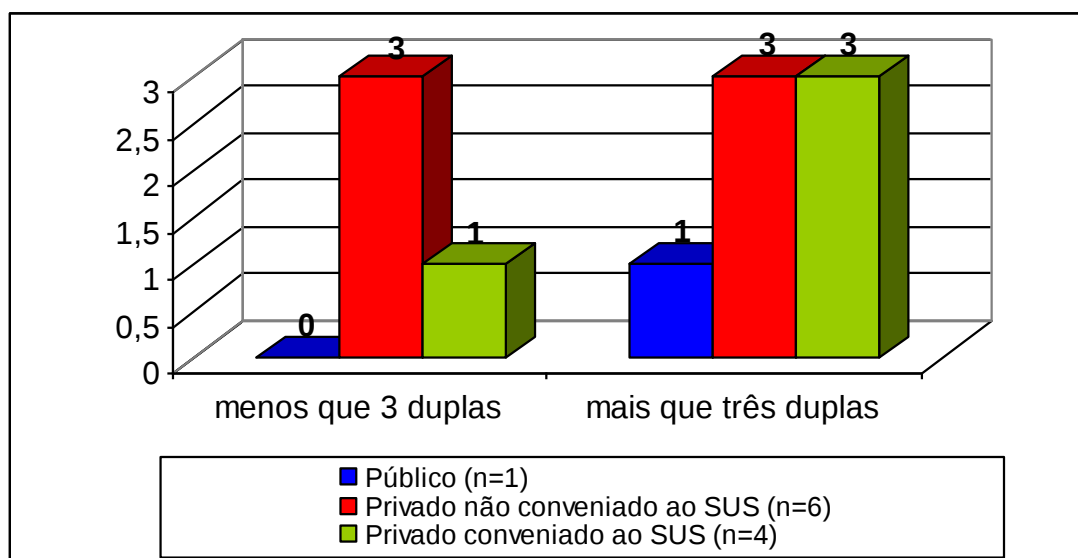


GRÁFICO 7 – NÚMERO DE DUPLAS DE ALOJAMENTO CONJUNTO (PUÉRPERA-RECÉM-NASCIDOS) POR ENFERMARIA, SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

As enfermarias do alojamento conjunto devem possuir uma metragem de 3m² para cada binômio, ou seja, para cada conjunto de leito materno/berço (BRASIL, 1993). Dos alojamentos conjuntos pesquisados, apenas cinco (45,5%) das enfermarias atendiam a essa metragem, sendo a maioria destes, quatro (36,4%), em hospitais privados não conveniados ao SUS. Dos demais serviços, quatro (36,4%) não atendiam à normatização, e dois (18,2%) atendiam parcialmente, ou seja, alguns leitos estavam dentro da metragem exigida e outros não.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), os berços dos recém-nascidos devem estar dispostos de maneira afastada, com uma distância mínima de 2m². Dos serviços pesquisados, apenas sete (63,3%) apresentaram berços afastados de acordo com essa recomendação, sendo um (9,1%) público, três (27,3%) privados não conveniados ao SUS e três (27,3%) privados conveniados ao SUS. Dos demais serviços, quatro (36,4%) não atendiam à normatização, e um (9,1%) atendia parcialmente.

Cada leito deve conter mobiliário e materiais básicos individualizados, de maneira a permitir uma boa acomodação do binômio mãe/filho, incluindo cama, mesa de cabeceira para armazenamento de objetos pessoais,

berço, cadeira para amamentação e material de asseio/higiene do recém-nascido (BRASIL, 1993).

TABELA 13 – MOBILIÁRIO E MATERIAL PRESENTE NA ENFERMARIA DO ALOJAMENTO CONJUNTO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

MOBILIÁRIO/MATERIAL DE ASSEIO	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=11)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Cama	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Mesa de cabeceira	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Berço	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Cadeira	0	6 (54,5)	3 (27,3)	9 (81,8)
Material de higiene do neonato	0	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)

Fontes utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

Das onze instituições que possui alojamento conjunto, todas têm cama, mesa de cabeceira e berços individualizados para o binômio mãe/filho. De outro modo, apenas nove (81,8%) hospitais dispõem de cadeira para cada leito, e quatro (36,4%) possuem material de higiene para o recém-nascido, armazenado na enfermaria. Os demais hospitais armazenam os artigos de higienização do neonato no próprio posto de enfermagem ou na sala de cuidados do recém-nascido.

Oito (72,7%) hospitais referiram ter um local específico para coleta de materiais para exames e avaliação do recém-nascido, enquanto que três (27,3%) não possuem local reservado para tal avaliação, realizando-a, geralmente, no próprio berço do recém-nascido ou sobre a cama da mãe.

4.3.2 Recursos Humanos

A definição dos recursos humanos necessários dependerá da disponibilidade de cada serviço. As unidades hospitalares com sistema de alojamento conjunto devem manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade.

Recomenda-se, no alojamento conjunto, uma equipe multiprofissional treinada, composta por profissionais de enfermagem, médicos (obstetra e pediatra), assistente social, psicólogo e nutricionista (BRASIL, 1993).

O enfermeiro do alojamento conjunto é responsável pela organização do serviço e assistência ao binômio mãe/filho. Nas instituições pesquisadas, o profissional enfermeiro está disponível em todos os alojamentos conjuntos apenas no período matutino; nos demais períodos do dia nem todos os hospitais dispõem de enfermeiro exclusivo para esse setor de cuidados neonatais.

No período vespertino, nove (81,8%) hospitais contam com enfermeiro exclusivo do alojamento conjunto, sendo um (9,1%) hospital público, seis (54,5%) privados não conveniados ao SUS e apenas dois (18,2%) privados e conveniados ao SUS. No período noturno, a quantidade de enfermeiros plantonistas exclusivos do setor é de oito (72,7%), distribuídos da seguinte maneira: um (9,1%) hospital público, quatro (36,4%) privados não conveniados ao SUS e apenas dois (18,2%) privados e conveniados ao SUS.

Considerando que os onze hospitais dotados de alojamento conjunto têm seus leitos obstétricos totalmente ocupados por puérperas e recém-nascidos, verificou-se a seguinte quantidade de leitos, em cada hospital, disponíveis para acomodar os binômios dessa modalidade assistencial (TABELA 14).

TABELA 14 – NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES DE CADA INSTITUIÇÃO DISPONÍVEL PARA ACOMODAR OS BINÔMIOS MÃE/FILHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO. CUIABÁ, 2008.

HOSPITAIS	Nº DE LEITOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO
Hospital privado não conveniado ao SUS 1	10
Hospital privado não conveniado ao SUS 2	8
Hospital privado não conveniado ao SUS 3	26
Hospital privado não conveniado ao SUS 4	16
Hospital privado não conveniado ao SUS 5	10
Hospital privado não conveniado ao SUS 6	9
Hospital privado conveniado SUS 1	3
Hospital privado conveniado SUS 2	11
Hospital privado conveniado SUS 3	26
Hospital privado conveniado SUS 4	24
Hospital público 1	18

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

A tabela 14 mostra que todos os hospitais apresentaram menos que 30 leitos disponíveis na clínica obstétrica para mulheres em modalidade de alojamento conjunto. O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM 1.016/93, recomenda, no máximo, 30 binômios por enfermeira (BRASIL, 1993). Ao se considerar essa relação, pode-se dizer que nas unidades em que dispõem de enfermeira plantonista exclusiva é cumprida a normatização do Ministério da Saúde. É importante ressaltar que uma das instituições, de fonte mantenedora privada e conveniada ao SUS, referiu utilizar em situação de superlotação da clínica obstétrica também os leitos de pré-parto, ultrapassando então os 30 binômios recomendados para cada enfermeira assistencialista, chegando a 37 binômios mãe/filho.

TABELA 15 – NÚMERO DE TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PROPORÇÃO DE BINÔMIOS MÃE/FILHO POR ESSES PROFISSIONAIS. CUIABÁ, 2008.

HOSPITAIS	Nº DE TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM	Nº DE BINÔMIOS POR TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Privado não conveniado ao SUS 1	5	2
Privado não conveniado ao SUS 2	2	2
Privado não conveniado ao SUS 3	3	3
Privado não conveniado ao SUS 4	1	11
Privado não conveniado ao SUS 5	8	5
Privado não conveniado ao SUS 6	5	5
Privado conveniado SUS 1	6	7
Privado conveniado SUS 2	3	4
Privado conveniado SUS 3	3	10
Privado conveniado SUS 4	4	5
Público 1	5	5

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

Os alojamentos conjuntos apresentaram número de técnicos/auxiliar de enfermagem em quantidades diferentes quando comparado em relação à fonte mantenedora de cada hospital. Dessa maneira, verificou-se uma média de 4,1 profissionais dessa categoria por alojamento conjunto.

No que se refere à proporção dos binômios por esses profissionais, o Ministério da Saúde recomenda, no máximo, oito binômios para cada técnico/auxiliar de enfermagem (BRASIL, 1993). Logo, duas (18,2%) instituições hospitalares ultrapassaram essa quantidade exigida, sendo uma (9,1%) do tipo privada não conveniada ao SUS, e a outra (9,1%), privada conveniada ao SUS.

O profissional pediatra é fundamental na assistência ao recém-nascido internado em alojamento conjunto. Dos onze hospitais que possuíam esse tipo de serviço, todos referiram que os recém-nascidos são avaliados diariamente por médico pediatra; no entanto, a distribuição dos binômios por pediatra e a dinâmica de trabalho de cada instituição se dão de maneira particular, a depender de cada serviço.

TABELA 16 – PROPORÇÃO DE PROFISSIONAL PEDIATRA EXCLUSIVO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

TIPO DE HOSPITAL	PEDIATRA EXCLUSIVO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO N(%)	Nº DE NEONATOS POR PEDIATRA*
Público (n=1)	1 (9,1)	18
Privado não conveniado SUS (n=6)	1 (9,1)	8
Privado conveniado SUS (n=4)	1 (9,1)	24
Total	3 (27,3)	-

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Nota: *Pediatra considerado como exclusivo para o alojamento conjunto.

Três (27,3%) hospitais apresentam pediatras exclusivos para o alojamento conjunto, que atendiam todos os recém-nascidos internados; todavia, a disposição deles nesse setor é apenas no período matutino ou diurno, não havendo pediatra exclusivo durante a noite.

Dessa maneira, não é possível avaliar plenamente a relação de pediatras por recém-nascidos internados em alojamento, como preconiza o Ministério da Saúde, já que apenas três hospitais têm esse profissional exclusivo para o setor, enquanto que, nos demais serviços, os neonatos são avaliados por vários profissionais. Ao considerar apenas os três hospitais que possuem pediatra exclusivo, dois (18,2%) atendem à recomendação do Ministério da Saúde, de até 20 recém-nascidos por pediatra (BRASIL, 1993), e o outro (9,1%) ultrapassa essa recomendação.

Nos oito (72,7%) serviços que não possuem pediatra exclusivo para o alojamento conjunto, os recém-nascidos são avaliados ou pelo médico que recepcionou o bebê na sala de parto, ou pelo pediatra plantonista do pronto atendimento infantil ou pelo profissional de escolha da família, ou, até mesmo, pelo médico pediatra da UTIN. Essa avaliação ocorre através de visita ao longo do dia. Nas situações de intercorrências ou complicações com o bebê, durante sua internação, esses hospitais se organizam da maneira apresentada no Gráfico 8.

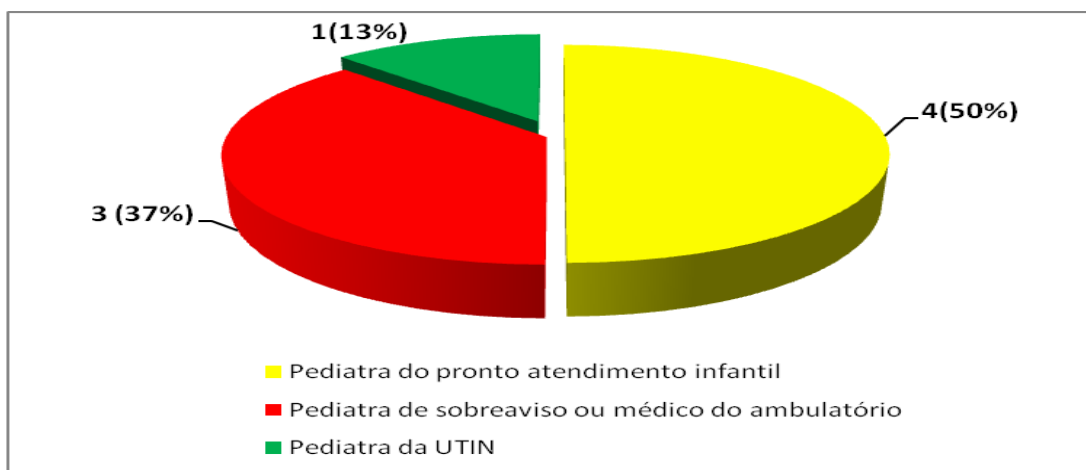


GRÁFICO 8 – PROCEDÊNCIA DO PEDIATRA SOLICITADO PARA ATENDER INTERCORRÊNCIAS COM O RECÉM-NASCIDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO. CUIABÁ, 2008.

Desses oito hospitais, nas situações de intercorrências com o recém-nascido do alojamento conjunto, quatro (50%) referiram solicitar a avaliação do médico do pronto atendimento infantil, três (37,5%) comunicam o pediatra de sobreaviso (plantão a distância) ou do ambulatório vinculado ao hospital, e um (12,5%) informa o médico plantonista na UTIN.

Além dos profissionais de enfermagem e do médico pediatra, o alojamento conjunto deve contar com outros profissionais, compondo a equipe multidisciplinar, não necessariamente exclusivo do alojamento conjunto, mas disponível para este setor de cuidados neonatais, tais como o psicólogo, a assistente social e a nutricionista (TABELA 17).

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO ALOJAMENTO CONJUNTO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

PROFISSIONAIS DO ALOJAMENTO CONJUNTO	Público)	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=11)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Psicólogo	0	1 (9,1)	3 (27,3)	4 (36,4)
Assistente Social	1 (9,1)	1 (9,1)	3 (27,3)	5 (45,5)
Nutricionista	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11(100)
Fisioterapeuta	0	2 (18,2)	3 (27,3)	5 (45,5)
Fonoaudiólogo	0	1 (9,1)	0	1 (9,1)

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Dos hospitais com alojamento conjunto (n=11), apenas nutricionista estava presente em todas as instituições; já o psicólogo foi encontrado apenas em quatro (36,4%), e o assistente social, em cinco (45,5%) hospitais. Os hospitais privados conveniados ao SUS são os que mais possuem essas duas últimas categorias profissionais. Entre os outros profissionais, foram encontrados cinco (45,5%) serviços com fisioterapeuta atendendo em alojamento conjunto, e um (9,1%), o fonoaudiólogo.

É importante que a instituição hospitalar ofereça atualização na área da saúde e invista cada vez mais no aperfeiçoamento dos recursos humanos, para que utilize ferramentas de trabalho adequadas e eficazes. Dos onze hospitais, sete (63,6%) confirmaram oferecer treinamentos específicos aos profissionais para lidar com o recém-nascido em alojamento conjunto, enquanto que três (27,3%) não oferecem treinamento, e uma (9,1%) instituição não soube responder esse questionamento.

4.3.3 Materiais e equipamentos

Apenas um (9,1%) hospital não dispunha dos materiais e equipamentos básicos para assistir o recém-nascido em alojamento conjunto, dispostos em local de fácil acesso, ou seja, próximo da enfermaria ou do leito do recém-nascido.

TABELA 18 – MATERIAIS/EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NA ASSISTÊNCIA NEONATAL E DISPONÍVEIS NO ALOJAMENTO CONJUNTO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

MATERIAIS/EQUIPAMENTOS	Público	Privado não conveniado ao SUS	Privado conveniado ao SUS	Total (n=11)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro	1 (9,1)	6 (54,5)	3 (27,3)	10 (90,9)
Aspirador a vácuo com manômetro	1 (9,1)	3 (27,3)	2 (18,2)	6 (54,5)
Sonda de aspiração traqueal nº 8;10	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Materiais para coleta de sangue	1 (9,1)	5 (45,5)	4 (36,4)	10 (90,9)
Roupas, fraldas e cueiros	1 (9,1)	3 (27,3)	0	4 (36,4)
Material de higiene e antisséptico	1 (9,1)	4 (36,4)	4 (36,4)	9 (81,8)
Balança (15 kg)	1 (9,1)	6 (54,5)	0	7 (63,6)
Bacias individuais para banho	1 (9,1)	5 (45,5)	4 (36,4)	10 (90,9)
Seringas de 1cc e agulhas 13X0,4	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Estetoscópio neonatal	1 (9,1)	5 (45,5)	2 (18,2)	8 (72,7)
Termômetro	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Compressas e gazes estéreis	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)
Clampeador de cordão umbilical	0	2 (18,2)	0	2 (18,2)
Luvras estéreis descartáveis	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	11 (100)

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

Os materiais/equipamentos disponíveis em todos (100%) hospitais foram: sonda de aspiração números 8 e 10, seringa de 1ml e agulhas 13X0,4, termômetro, compressas, gazes e luvas descartáveis e estéreis. A fonte de oxigênio está presente em dez (90,9%) alojamentos conjuntos, sendo que um (9,1%) hospital privado conveniado ao SUS não dispõe de fonte de oxigênio própria do alojamento conjunto, o que pode comprometer o atendimento neonatal em casos de urgências/emergências respiratórias.

O aspirador a vácuo foi encontrado em apenas seis (54,4%) dos hospitais pesquisados. As roupas e cueiros para o recém-nascido só estavam disponíveis no hospital público e em três (27,3%) dos serviços privados não conveniados ao SUS, e nenhum hospital privado conveniado ao SUS dispõe desses materiais no alojamento conjunto.

Um dos itens importantes para avaliação diária do recém-nascido é a balança neonatal. Há sete (63,6%) hospitais com o equipamento, não existindo

balança nos hospitais conveniados ao SUS, enquanto que todos os hospitais públicos e privados não conveniados ao SUS possui esse item no alojamento conjunto.

Em relação aos outros equipamentos presentes no alojamento conjunto, como o aparelho de fototerapia, convencional ou bilitron/bilispot, está disponível em sete (63,6%) hospitais, sendo um (9,1%) público, três (27,3%) privados não conveniados ao SUS e três (27,3%) privados conveniados ao SUS. A quantidade total desses aparelhos, considerando apenas os serviços que deles dispõem é de 22, com uma média de 3,14 equipamentos por alojamento conjunto.

4.3.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

O serviço de alojamento conjunto deve possibilitar a continuidade da assistência neonatal por meio de orientação quanto a realização de exames complementares após alta hospitalar, imunizações e encaminhamentos necessários.

Dos hospitais com alojamento conjunto, todos referiram encaminhar o recém-nascido a um serviço de triagem neonatal para realizar o exame do pezinho. Destes, cinco (45,5%) apresentam referido serviço dentro da estrutura ou anexo ao hospital, garantindo maior comodidade e acesso, sendo todos hospitais privados não conveniados ao SUS. Dos demais, seis (54,5%) não dispõem desse exame no hospital, logo, os recém-nascidos são encaminhados a um laboratório particular ou à rede municipal de saúde de Cuiabá.

É importante ressaltar que um desses seis serviços é público e contam, anexo ao hospital, com o serviço de referência estadual para realização do exame do pezinho em Mato Grosso; porém, a coleta dos recém-nascidos, na instituição realiza-se nos serviços de atenção básica da rede municipal de saúde de Cuiabá.

As orientações sobre a imunização no primeiro mês são oferecidas por todos os hospitais. Os onze serviços de alojamento conjunto

referiram encaminhar, adequadamente, os recém-nascidos a algum serviço preparado para iniciar a imunização. Nenhum hospital realiza a imunização neonatal nas dependências da própria instituição.

Alguns hospitais têm, como rotina, a realização de alguns exames específicos em todos os recém-nascidos. Dos onze serviços de alojamento conjunto, sete (63,7%) realizam exames de rotina, um (9,1%) não o faz e dois (18,2%) não sabem a respeito. Dos exames de rotina oferecidos ou encaminhados por esses serviços (n=7), havia a tipagem sanguínea realizada nos sete (100%) hospitais, a triagem oftálmica (teste do olhinho) encaminhado por apenas um (14,3%) hospital, a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ou também conhecida por teste da orelhinha, realizada em dois (28,6%) hospitais, e o coombs indireto, por um (14,3%) serviço de alojamento conjunto.

Além do exame de tipagem sanguínea em todos os recém-nascidos, um dos hospitais privado e conveniado ao SUS realiza também, como rotina, uma solução “profilática” intramuscular, preparada com aminofilina, solucortef e vitamina K, utilizada para prevenir complicações respiratórias no recém-nascido, durante o período de adaptação extra-uterina.

4.3.5 Aspectos organizacionais e de humanização

Todos os hospitais com alojamento conjunto (n=11) referiram administrar a vitamina K (intramuscular) ao recém-nascido ainda na sala de parto. A primeira antropometria do recém-nascido é realizada na sala de parto em 10 (90,9%) hospitais, e um (9,1%) procede a essa mensuração primária no alojamento conjunto. Em relação às mensurações subseqüentes do bebê, durante a internação, apenas três (27,2%) serviços a realizam no alojamento conjunto.

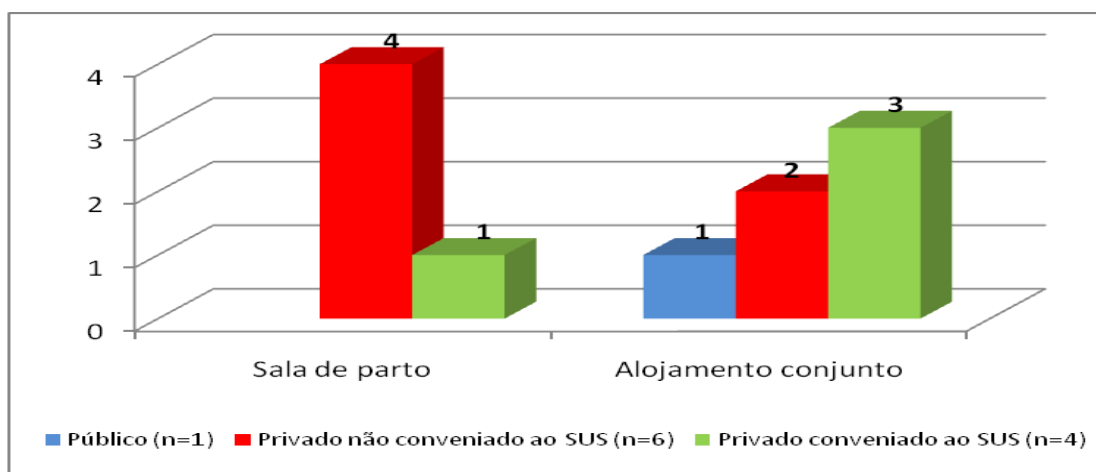


GRÁFICO 9 – LOCAL DA PRIMEIRA HIGIENIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DO HOSPITAL. CUIABÁ, 2008.

De acordo com o Gráfico 9, a primeira higienização do recém-nascido é realizada na sala de parto ou no alojamento conjunto. Dos onze hospitais que dispõem de alojamento conjunto, cinco (45,5%) submete o recém-nascido ao banho ainda na sala de parto, sendo quatro (36,4%) hospitais privados não conveniados ao SUS, e um (9,1%) privado conveniado ao SUS. Seis (54,5%) instituições realizam o primeiro banho do neonato no alojamento conjunto.

No alojamento conjunto, o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar (BRASIL, 1993). Todos os onze hospitais que possui essa modalidade assistencial mantêm os bebês junto à mãe durante todo o período de internação, atendendo a regulamentação do Ministério da Saúde para esse ambiente.

Nas situações de parto normal sem complicações, 100% dos serviços disseram colocar os recém-nascidos, imediatamente após o nascimento, com suas mães em alojamento conjunto, enquanto que, nos partos cirúrgicos, dez (90,9%) serviços colocam o neonato junto à mãe antes da primeira hora de nascimento, e apenas um (9,1%) acomoda o bebê ao lado da mãe, no alojamento conjunto, após uma hora de vida.

No tocante às práticas educativas voltadas para o cuidado neonatal no alojamento conjunto, todos os serviços fazem orientações de apoio à amamentação e higienização adequada do recém-nascido; mas essas orientações

ocorrem, em sua maioria, por meio de ações individuais do profissional para cada mãe. Isso, porque apenas três hospitais possuem encontros com práticas educativas voltados para a família. Desses que apresentam esse tipo de atividade, dois (18,2%) são hospitais privados não conveniados, e um (9,1%), privado conveniado ao SUS. As atividades realizadas incluem palestras e filmes educativos. Os profissionais que participam da realização dessas atividades são, geralmente, enfermeiros e médicos, além de outros, como auxiliar/técnico de enfermagem, nutricionista, anestesista, fisioterapeuta e lactarista.

Os bicos e mamadeiras são proibidos em seis (54,5%) alojamentos conjuntos, onde as orientações reforçando a amamentação já alertavam quanto às desvantagens desses artigos no sucesso do aleitamento materno.

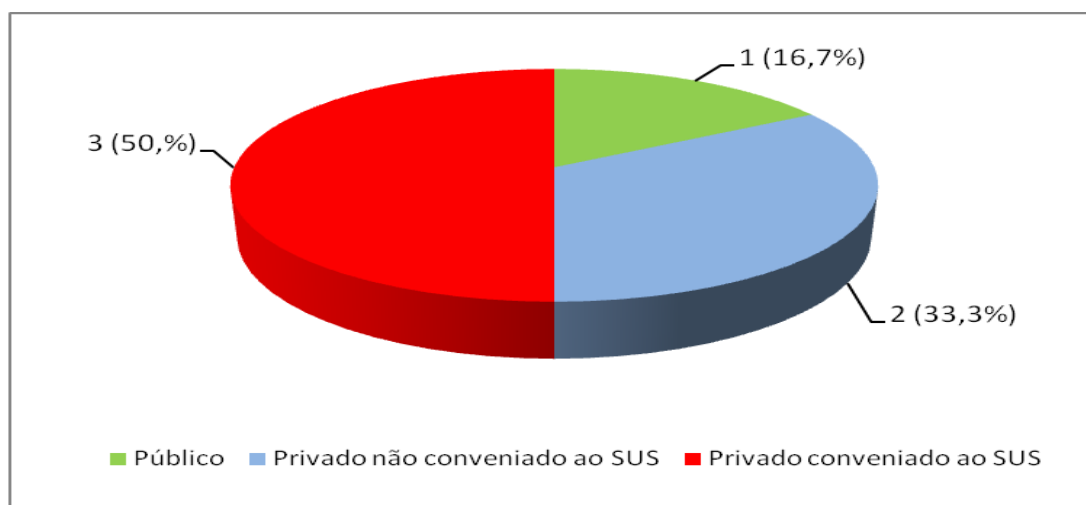


GRÁFICO 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS ALOJAMENTOS CONJUNTOS QUE PROIBIAM O USO DE BICOS ARTIFICIAIS SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO. CUIABÁ, 2008.

Dos seis alojamentos conjuntos que não permitem o uso de bicos pelos recém-nascidos internados no local, um (16,7%) é público, três (50%), privados conveniados ao SUS, e dois (33,3%) privados não conveniados ao SUS (GRÁFICO 10).

Apenas quatro hospitais com alojamento conjunto pesam os bebês diariamente: três (27,3%) privados e não conveniados ao SUS e um (9,1%),

hospital público. Constatou-se que a avaliação do peso do recém-nascido não era uma prática comum na maioria das instituições pesquisadas.

A higienização é realizada, diariamente, em todos os serviços, como uma prática rotineira. Cabe ressaltar que o cuidado prestado ao recém-nascido ocorre de maneira diferente de acordo com a fonte mantenedora do hospital. Na maior parte dos hospitais privados não conveniados ao SUS existe uma funcionária, técnica de enfermagem, responsável pelo cuidado com todos os bebês, realizando o banho, na maioria das vezes, em uma sala de cuidados sem a presença da mãe. A sala é denominada pela equipe de enfermagem como berçário, onde são armazenados os materiais de higiene, dentre outros necessários, e a funcionária é conhecida como berçarista.

Dessa maneira, a assistência prestada à puérpera e ao neonato, nos hospitais descritos, é realizada por profissionais diferentes, e a puérpera é assistida pelo profissional técnico de enfermagem do setor, enquanto os recém-nascidos o são assistidos pela “berçarista”.

A visita dos familiares ao binômio mãe/filho é permitida diariamente, para qualquer membro ou conhecido, desde que identificado. Além disso, sete (63,7%) hospitais oferecem um horário flexível de visitas aos pais dos recém-nascidos. Desses, quatro (36,4%) são privados e não conveniados ao SUS, dois (18,2%), privados conveniados ao SUS, e um (9,1%), hospital público.

4.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Dos 12 hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido, participantes da pesquisa, sete (58,3%) possuem UTIN em sua estrutura, representando 87,5% dos serviços neonatais intensivos existentes no município de Cuiabá, uma vez que um dos serviços não aceitou participar da pesquisa. A distribuição desses hospitais segundo a fonte mantenedora foi a seguinte: dois (16,7%) públicos, dois (16,7%) privados e conveniados ao SUS e três (25%) privados não conveniados ao SUS.

Vale ressaltar que, um dos hospitais privados não conveniados ao SUS apresenta em sua estrutura uma UTIN com proprietário diferente do hospital, e é um serviço com seus leitos conveniados ao SUS. Dessa maneira, essa unidade diferenciada foi classificada como privada e conveniada ao SUS. Logo, das sete UTIN, duas (16,7%) são públicas, três (25%) privadas e conveniados ao SUS, e duas (16,7%) privadas não conveniadas ao SUS.

O tempo de funcionamento das sete UTIN distribui-se de maneira diferenciada: um (14,3%) serviço apresenta entre 1-5 anos, três (42,9%), entre 6-10, um (14,3%), entre 11-20 anos, um (14,3%), entre 21-30 anos e um (14,3%), com mais de 30 anos de funcionamento. Todos têm tempo de funcionamento menor que o de fundação do hospital. Os hospitais que possuem UTIN apresentaram a média de 33,0 anos de funcionamento, enquanto as UTIN, tinham 14 anos de existência.

TABELA 19 – TEMPO DE FUNCIONAMENTO DAS UTIN SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA UNIDADE. CUIABÁ, 2008.

FONTE MANTENEDORA	Tempo de funcionamento da UTIN					Total (N=7)
	1-5 anos	6-10 anos	11-20 anos	21-30 anos	>30 Anos	
Público	-	1 (14,3%)	-	1 (14,3%)	-	2 (28,6%)
Privado não conveniado ao SUS	-	1 (14,3%)	1 (14,3%)	-	-	2 (28,6%)
Privado conveniado ao SUS	1 (14,3%)	1 (14,3%)	-	-	1 (14,3%)	3 (42,9%)
Total	1 (14,3%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)	7 (100%)

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Verifica-se, na Tabela 19, que quatro (57,1%) hospitais têm UTIN com tempo de existência menor que 10 anos, e três (42,9%) funcionam há mais que 10 anos; a unidade mais antiga possui 35 anos de existência.

Em relação ao número de leitos das UTIN, foram levantados, de acordo com as respostas dos questionários, 76 leitos intensivos, com a média de 10,85 (DP 3,43) leitos por hospital e mediana de 11. Destes, 23 leitos estão em

unidades públicas, 21 em unidades privadas não conveniadas ao SUS, e 32 em instituições privadas conveniadas ao SUS. Considerando que o Ministério da Saúde define que o número mínimo de leitos para qualquer tipo de UTI é cinco (BRASIL,1998d), neste estudo o menor número de leitos encontrado nas unidades pesquisadas foi de seis.

4.4.1 Aspectos estruturais

Todas as sete UTIN apresentaram área coletiva de tratamento em neonatologia, onde estavam dispostos 71 leitos neonatais intensivos, equivalendo a 93,4% dos leitos totais levantados, sendo que os outros 5 leitos se localizam em áreas de isolamento. A dimensão mínima exigida na área coletiva da UTIN é de 6m² por incubadora/berço, com distância de 1 metro entre paredes e incubadora/berço, entre berços, exceto cabeceira. Dos sete serviços, dois (28,6%) apresentaram esta dimensão mínima, e cinco (71,4%) não atendiam à recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998d).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 466/1998 (BRASIL, 1998d), toda área coletiva deve apresentar lavatórios de mãos na proporção de um para cada cinco leitos. Dessa maneira, cinco (71,4%) unidades apresentaram lavatórios, e duas (28,6%) não possuíam essa instalação básica e fundamental no controle de infecção hospitalar.

TABELA 20 – TIPOS DE ACESSÓRIOS DOS LAVATÓRIOS DE MÃOS PRESENTES NAS UTIN SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA UNIDADE. CUIABÁ, 2008.

ACESSÓRIOS DOS LAVATÓRIOS DE MÃOS	UTIN Pública	UTIN Privada não conveniada ao SUS	UTIN Privada conveniada ao SUS	Total (n=7)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Dispositivo automático	0	2 (28,6)	0	2 (28,6)
Sabão líquido	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Antisséptico	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	6 (85,7)
Papel toalha descartável	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Jato de ar quente	0	0	0	0

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

Os acessórios presentes em todos os lavatórios de mãos das UTIN pesquisadas foram o sabão líquido e o papel toalha descartável. O dispositivo automático estava presente apenas em dois serviços, os quais são privados não conveniados ao SUS, e o antisséptico foi encontrado em seis (85,7%) unidades. O jato de ar quente não se fazia presente em lavatório algum.

Além da área coletiva, as UTIN podem dispor de leitos em quartos de isolamento, para acomodar neonatos com quadros infecciosos graves, pós-operatórios complexos ou que necessitem de uma intervenção diferenciada. Das sete unidades pesquisadas, três (42,9%) contém isolamento neonatal, um por setor; destas, duas são instituições privadas não conveniadas ao SUS e uma privada conveniada ao SUS. É importante destacar que apenas uma delas dispunha de um leito para cada isolamento; as outras duas possuem dois leitos por isolamento. Não há isolamento nas UTIN públicas.

Em relação ao isolamento das três unidades, todas dispõem de portas próprias, paredes revestidas por material transparente ou vidro, abrangendo uma área de 80cm acima do piso a 210cm de altura, permitindo a observação dos pacientes internados neste espaço e dos monitores, além de lavatórios de mãos exclusivos. Apenas uma (33,3%) das UTIN com quarto de isolamento, possui uma bancada própria para despejo de materiais contaminados, sendo este serviço privado e não conveniado ao SUS.

Das sete UTIN pesquisadas, duas (28,6%) não apresentam posto ou área de serviços de enfermagem. Logo, algumas ações como preparo de medicações e das bandejas de procedimentos, são realizadas em balcões e pias localizadas entre os leitos da área coletiva neonatal. As demais unidades (4) dispõem de um espaço denominado de posto de enfermagem, contendo bancada, pia, armários e demais materiais necessários para a atuação técnica da equipe de enfermagem.

O posto ou área de serviços de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir completa observação dos leitos/berços ou incubadoras, seja através de observação visual ou por meio eletrônico, devendo, neste caso, dispor de uma central de monitores. Além disso, deve obedecer à recomendação de 01 posto de enfermagem/área de serviços para cada 10 leitos (BRASIL, 1998d).

Em relação às condições do posto de enfermagem das UTIN pesquisadas, são dois (28,6%) centralizados, quatro (57,1%) com visão direta para todos os leitos, e três (42,9%) atende à proporção de 01 posto para cada 10 leitos. Em contrapartida estrutural, todas as unidades comportam área específica para prescrição médica com uma dimensão mínima de 1,5m².

TABELA 21 – DISTRIBUIÇÃO DOS AMBIENTES EXIGIDOS PARA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

AMBIENTES EXIGIDOS PARA A UTIN	UTIN Pública	UTIN Privada não conveniada ao SUS	UTIN Privada conveniada ao SUS	Total (n=7)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Sala administrativa	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	5 (71,5)
Copa	1 (14,3)	2 (28,6)	2 (28,6)	5 (71,5)
Local para armazenamento de roupas	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	6 (85,7)
Local para guarda de medicamentos e outros materiais	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Local com pia e balcão para limpeza e desinfecção de equipamentos/artigos	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	5 (71,5)
Sanitário com vestuário para funcionários	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Local de repouso para a equipe de saúde da UTIN	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Local para depósito de materiais de limpeza	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	5 (71,5)

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998c.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

A ANVISA recomenda que toda UTI deve, necessariamente, contar com os oito ambientes relacionados na Tabela 21 (BRASIL, 1998d). De conseguinte, apenas três deles foram encontrados em todas as unidades pesquisadas (n=7), sendo estes o local para guarda de medicamentos/materiais, sanitário com vestuário para funcionários e local de repouso para a equipe de saúde da UTIN. Dessa maneira, nenhuma UTIN apresenta todos os espaços mínimos exigidos.

O local para depósito de materiais de limpeza e a copa estão presentes em cinco (71,5%) UTIN, assim como a copa e o local com pia e balcão para limpeza e desinfecção de equipamentos/artigos. Muitas vezes, esses espaços são pouco valorizados pela equipe ou pelos administradores hospitalares, mas são fundamentais para melhor organização do serviço neonatal, evitando que os profissionais utilizem espaços inapropriados para a guarda de materiais de limpeza ou para alimentação dos funcionários.

Além dos ambientes abordados na Tabela 21, a UTIN deve apresentar outros espaços, como a sala de espera para acompanhantes e o sanitário para o público, podendo ser compartilhados com outros setores do hospital, desde que dimensionados de forma a atender também à demanda da UTI. Apenas uma (14,3%) UTIN pesquisada apresenta sala de espera, fazendo parte do setor, e quatro (57,2%) tinham este espaço, mas fora da UTIN, como parte do hospital, para atender conjuntamente a outros setores. O sanitário para o público foi encontrado em todas as unidades, duas (28,6%) de maneira exclusiva para a UTIN, e as demais, cinco (71,5%), fazendo parte da estrutura do hospital.

A sala de reuniões de equipe e encontros/entrevistas de familiares é considerada um ambiente opcional, que, quando presente possibilita melhor comodidade e conforto para realização de encontros e reuniões da equipe. Das sete UTIN pesquisadas, cinco (71,5%) possuem este local, porém fora da unidade e utilizada conjuntamente com outros setores.

No tocante às instalações mínimas recomendadas para as unidades intensivas, pode-se verificar que todas as UTIN pesquisadas possuem água quente, ar comprimido medicinal, oxigênio, ar condicionado e rede elétrica diferenciada. O exaustor, geralmente utilizado em sala de preparo de medicações, está presente em cinco (71,4%) das UTIN (TABELA 22).

O vácuo clínico foi encontrado em apenas três (42,9%) UTIN, duas (28,6%) públicas e uma (14,3%) privada conveniada ao SUS, e o número dessa instalação era de 1/leito neonatal (TABELA 22).

TABELA 22 – INSTALAÇÕES EXIGIDAS PARA A UTIN SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

INSTALAÇÕES	UTIN Pública	UTIN Privada não conveniada ao SUS	UTIN Privada conveniada ao SUS	Total (n=7)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Água quente	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Ar comprimido medicinal	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Oxigênio	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Vácuo clínico	2 (28,6)	0	1 (14,3)	3 (42,9)
Ar condicionado	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Rede elétrica de emergência	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	6 (85,7)
Rede elétrica diferenciada	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Exaustão	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	5 (71,4)

Fonte utilizada na análise:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 de out. 2007.

Em relação aos demais aspectos estruturais, seis (85,7%) apresentaram relógios visíveis para todos os leitos e sete (100%) possuem uma janela, permitindo certa iluminação visual, apesar de que todas se mantêm fechadas, e a maior parte é coberta por papel insulfilme, o que diminui a intensidade dos raios solares que atravessam o vidro da janela.

O número de pontos de oxigênio para cada leito intensivo variou entre um e dois pontos, sendo que três (42,9%) unidades dispõem de um ponto de oxigênio por leito, e quatro (57,1%) possuem dois por leito intensivo neonatal. Para o ar comprimido, a proporção foi inversa: quatro (57,1%) possuem dois pontos por leito, e três (42,9%) unidades dispõem de um ponto de ar comprimido por leito intensivo neonatal.

TABELA 23 – RELAÇÃO DOS PONTOS DE GASES (OXIGÊNIO E AR COMPRIMIDO) E QUANTIDADE DE TOMADAS ELÉTRICAS POR LEITO INTENSIVO SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA UTIN. CUIABÁ, 2008.

NIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL SEGUNDO FONTE MANTENEDORA	Nº DE PONTOS OXIGÊNIO/ LEITO	Nº DE PONTOS AR COMPRIMIDO/ LEITO	Nº DE TOMADAS ELÉTRICAS/ LEITO
Pública 1	1	1	8
Pública 2	1	1	6
Privada não conveniada ao SUS 1	2	2	8
Privada não conveniada ao SUS 2	2	2	12
Privada conveniada ao SUS 1	2	1	3
Privada conveniada ao SUS 2	1	1	3
Privada conveniada ao SUS 3	2	2	7

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Devido à quantidade excessiva de equipamentos elétricos utilizados no tratamento e manutenção de um recém-nascido internado em unidade UTIN, tais como incubadora, monitor multiparâmetro ou aparelho de oxímetro de pulso, equipamento de fototerapia, ventilador mecânico, bombas de infusão, entre outros, recomenda-se um número mínimo de oito tomadas elétricas por leito (BRASIL, 1998d; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). A quantidade de tomadas é adequada em apenas três (42,9%) das UTIN pesquisadas.

Destaca-se que as duas UTIN privadas e não conveniadas ao SUS apresentam o número de pontos de oxigênio, de ar comprimido e de tomadas elétricas, para cada leito intensivo, adequado.

4.4.2 Recursos humanos

De acordo com a Portaria MS/GM 3.432 (BRASIL, 1998c), as Unidades de Terapia Intensiva devem possuir um responsável técnico médico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica, ou, no caso de UTIN, um médico com título de especialista em pediatria com área de atuação em Neonatologia conferidos pela Associação de Medicina Brasileira.

Das sete UTIN pesquisadas, todas têm um responsável técnico (RT) da área médica. Desses, cinco (71,4%) referiram ter especialização em UTI ou UTIN (intensivista) e especialização em pediatria/neonatologia, enquanto que dois (28,6%) responsáveis técnicos médicos apresentam, apenas um destes requisitos, ou seja, um é especializado em UTI geral ou UTIN, e o outro possuía especialização em pediatria/neonatologia.

O paciente de terapia intensiva exige assistência médica e de enfermagem ininterruptas, sendo condição básica para o funcionamento de uma UTIN a presença de um médico plantonista e equipe de enfermagem 24 horas por dia (BRASIL, 1994).

Todas as UTIN dispõem de médico pediatra plantonista 24 horas por dia. Destas, seis (85,7%) tinham médico que atuava como visitador ou diarista da unidade, responsável pela evolução diária dos pacientes e transmissão das informações sobre o neonato, diariamente, à família. Todos os seis detêm titulação da Sociedade Brasileira de Pediatria. A única UTIN que não apresentava médico diarista tinha, como responsável por essa função, o médico plantonista, sendo esta uma unidade privada conveniada ao SUS.

Das sete UTIN, seis (85,7%) dispõem de enfermeiro coordenador exclusivo para a unidade, e uma (14,3%) não apresenta esse profissional, sendo a responsabilidade pela coordenação de enfermagem na UTIN assumida pelo enfermeiro coordenador do hospital. Em relação à formação/especialização desses profissionais, todos os seis possuem especialização em UTI ou UTIN, além de cursos em outras áreas.

Além disso, todas apresentavam um enfermeiro plantonista 24 horas por dia; no entanto, em apenas quatro (57,1%) unidades, os enfermeiros eram exclusivos da UTIN; nas demais, é profissional era responsável também pela assistência da UTIP que se encontra anexa à UTIN.

O profissional técnico é parte integrante da equipe de enfermagem e fundamental na assistência direta de cada neonato internado em unidade intensiva. A quantidade desses profissionais deve ser suficiente para atender ao número de leitos da UTIN como um todo. O quantitativo de profissionais técnicos de

enfermagem por período matutino, vespertino e noturno é diferentes nas sete UTIN, tendo em vista o número de leitos (TABELA 24).

TABELA 24 – NÚMERO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NOS TRÊS PERÍODOS DE TRABALHO E NÚMERO TOTAL DE LEITOS SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA UTIN. CUIABÁ, 2008.

UTIN SEGUNDO FONTE MANTENEDORA	Nº DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO			Nº DE LEITOS
	Manhã	Tarde	Noite	
Pública 1	5	5	5	10
Pública 2	7	7	4	13
Privada não conveniada ao SUS 1	5	5	5	7
Privada não conveniada ao SUS 2	4	4	4	14
Privada conveniada ao SUS 1	6	6	6	15
Privada conveniada ao SUS 2	4	4	4	6
Privada conveniada ao SUS 3	6	5	6	11

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

De acordo com o número de profissionais descritos na Tabela 24, apenas três unidades apresentam técnicos de enfermagem disponíveis em todos os períodos, manhã, tarde e noite, na proporção de um técnico para cada dois leitos intensivos. Ao questionar essa relação às enfermeiras das unidades, a enfermeira de uma das unidades privadas não conveniada ao SUS informou que, devido à taxa de ocupação dos leitos, em torno de oito, são mantidos quatro técnicos de enfermagem e, ao aumentar o número de neonatos internados (acima de oito), o hospital escala mais profissionais como extras, cobrindo adequadamente o número de leitos.

Logo, dos sete serviços pesquisados, considerando a instituição privada que apresenta funcionário de cobertura, pode-se dizer que quatro (57,1%) UTIN atendiam à exigência do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998c), apresentando um técnico de enfermagem para cada dois leitos intensivos (GRÁFICO 11).

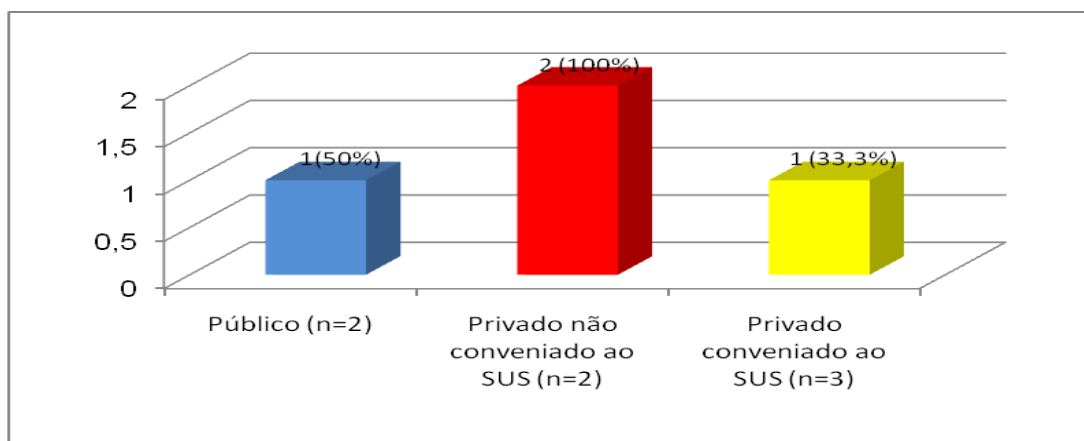


GRÁFICO 11 – UTIN QUE APRESENTAM A RELAÇÃO DE UM TÉCNICO DE ENFERMAGEM PARA CADA DOIS LEITOS SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA UNIDADE. CUIABÁ, 2008.

No que se refere aos demais profissionais atuantes na UTIN, seis (85,7%) unidades referiram ter um profissional nutricionista atendendo os recém-nascidos, porém não exclusivo do setor. Já o fisioterapeuta faz parte da equipe de todas as UTIN pesquisadas, durante o período matutino e vespertino. Cinco (71,4%) unidades disseram ter acesso a um profissional psicólogo ou psiquiatra para as situações em que houvesse necessidade de prestar esse tipo de atendimento aos familiares da criança internada. As duas UTIN que não possuem este tipo de serviço psicológico são privadas e não conveniadas ao SUS. Em relação ao mesmo tipo de serviço direcionado aos membros da equipe de saúde, apenas três (42,9%) UTIN dispõem desses especialistas através do hospital.

Segundo as Portarias nº 3.432/98 e 466/98 (BRASIL, 1998c, 1998d), toda UTI deve dispor de um auxiliar de serviços diversos ou secretário e um funcionário exclusivo para serviços de limpeza, disponíveis 24 horas por dia. Das unidades pesquisadas apenas quatro (57,1%) têm um funcionário administrativo para a UTIN, e cinco (71,4%) apresentam funcionário de limpeza exclusivo em todos os períodos.

Apesar de não ser uma exigência específica para o setor de terapia intensiva, é importante que os profissionais tenham acesso ao serviço de segurança e medicina do trabalho, disponibilizado pela própria unidade ou pelo hospital. Na pesquisa, seis (85,7%) UTIN disseram ter acesso a esse tipo de serviço.

Da mesma maneira, os profissionais devem receber apoio e condições para participar de atividades de capacitação, de forma a contribuir com o aperfeiçoamento profissional, refletindo na atuação dentro do serviço neonatal.

TABELA 25 – DISPOSIÇÃO DOS RECURSOS EDUCACIONAIS DA UTIN SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

RECURSOS EDUCACIONAIS	UTIN Pública	UTIN Privada não conveniada ao SUS	UTIN Privada conveniada ao SUS	Total (n=7)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Treinamento em medicina intensiva para a equipe de saúde	0	2 (28,6)	2 (28,6)	4 (57,1)
Atividades de treinamento específicas para a equipe de enfermagem	0	2 (28,6)	3 (42,9)	5 (71,4)
Biblioteca na UTIN/hospital	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)
Auditório no Hospital	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	6 (85,7)
Núcleo de estudos/pesquisa da UTIN	0	2 (28,6)	2 (28,6)	4 (57,1)
Acervo bibliográfico para consulta na UTIN	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	6 (85,7)

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Dos recursos educacionais pesquisados e disponíveis aos profissionais, o acervo bibliográfico para consulta rotineira e estudo na UTIN está presente em seis (85,7%) unidades, enquanto três (42,9%) hospitais possuem biblioteca para estudo e empréstimo de materiais educativos aos funcionários. Cinco (71,4%) UTIN realizam atividades de treinamento para a equipe de enfermagem, sendo que nenhuma unidade do tipo pública informou receber esse tipo de atividade através da instituição (TABELA 25).

4.4.3 Materiais e equipamentos

A UTIN deve dispor de equipamentos e materiais necessários e em quantidade suficiente para assistir os recém-nascidos em estado grave e os que se encontram já estáveis em processo de recuperação.

Dos 35 equipamentos e materiais permanentes investigados, todas as UTIN dispõem, para uso exclusivo, de incubadora de parede dupla, berço aquecido de calor radiante para cuidados intensivos, monitor eletrocardiograma contínuo, com visoscópio, oxímetro de pulso, bomba de infusão volumétrica, respirador neonatal, jogo de traquéia para respirador, material para modalidade de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e pronga, aparelho de fototerapia convencional ou outros, umidificador para oxigenioterapia, capacetes para oxigenioterapia, balança neonatal (100g a 25 kg), negatoscópio, carro de reanimação/emergência, laringoscópio com jogo de lâminas 0 e 1 reta, bolsa de ventilação (ambú) e máscara neonatal, estetoscópio, esfigmomanômetro com braçadeira neonatal, monitor de pressão não invasiva, jogo de cânula endotraqueal (nº 2,5 a 4) e fita métrica/antropômetro.

Em relação aos demais equipamentos e materiais permanentes (14), a distribuição se deu de maneira diferente nas UTIN estudadas. Alguns itens (4) estavam presentes em todas as unidades, porém não de uso exclusivo do setor, tendo que ser compartilhado com outros ambientes do hospital, enquanto que outros (10) itens não estavam presentes em todas as unidades ou respectivos hospitais.

Quatro (57,1%) UTIN possuíam aparelho de RX móvel próprio, e três (42,9%) tinham acesso a esse equipamento através de outros setores, tendo que locomovê-lo por uma distância considerável até chegar à UTIN. O aparelho para aferição de glicemia capilar estava presente em seis (85,7%) unidades, e uma (14,3%) referiu utilizar esse aparelho através de outros setores do hospital, sendo essa uma unidade pública.

O eletrocardiógrafo foi encontrado em todas as unidades; no entanto, em três (42,9%) são de uso exclusivo da UTIN. Destas unidades, duas são

públicas e uma, privada não conveniada ao SUS, e as outras quatro (57,1%) UTIN utilizam esse equipamento em conjunto com outros setores do hospital.

O uso de medicações em unidades de terapia intensiva é uma terapêutica frequente, que, muitas vezes, exige um local adequado para a guarda dos medicamentos de uso oral, endovenoso ou outros. Além disso, muitos medicamentos exigem armazenamento em geladeira, como antibióticos, albumina ou até mesmo o surfactante. A geladeira para essa finalidade está disponível exclusivamente em seis (85,7%) UTIN pesquisadas, sendo que a única que não apresenta esse refrigerador foi uma unidade pública, que referiu utilizar uma geladeira de maneira conjunta com outro setor do hospital.

Dos 10 itens não presentes em todas as unidades pesquisadas, a bomba de infusão tipo seringa está disponível em apenas três (42,9%) UTIN (100% das unidades privadas não conveniadas ao SUS, ao lado de 50% das públicas), enquanto que o urodensímetro óptico foi encontrado numa proporção ainda menor, apenas uma (14,3%) unidade dispõe dessa tecnologia de uso próprio do setor, sendo essa UTIN privada.

O aspirador elétrico portátil, apesar de ser uma recomendação do Ministério da Saúde, existe em apenas uma (14,3%) das unidades pesquisadas, classificada como pública; seu uso, porém, é raro, visto que a equipe utiliza, geralmente, para o procedimento de aspiração, um frasco adaptado à rede de ar comprimido ou a própria rede de vácuo. O capnógrafo de uso exclusivo da UTIN foi encontrado em apenas duas (28,6%) unidades, enquanto três (42,9%) têm acesso a essa tecnologia via outros setores do hospital. Das instituições possuidoras desse material hospitalar, seja de uso próprio ou não, tem-se a seguinte distribuição: 100% das unidades públicas, 50,0% das privadas não conveniadas ao SUS e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS.

Das sete UTIN envolvidas na pesquisa, cinco (71,4%) dispõem de monitor de pressão invasiva com cabo adequado para tal avaliação, exclusivo para o setor, e uma (14,3%) tem o monitor não de uso próprio. Considerando as unidades que possuem ou têm acesso a esse equipamento, pode ser encontrado então em 100% das unidades públicas, 100% privadas não conveniadas ao SUS e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS.

Em relação à disponibilidade de máscara de nebulização neonatal nas UTIN, seis (85,7%) detêm esse material (100% das unidades públicas, 50% privadas não conveniadas e 100% das privadas conveniadas ao SUS). A Portaria GM/MS nº 3.432 (BRASIL, 1998c) recomenda um conjunto de nebulização, em máscara, para cada leito; no entanto, uma (14,3%) das unidades apresenta essa quantidade, sendo esta privada conveniada ao SUS, enquanto as demais dispõem do material em quantidade menor que o número de leitos da unidade. A cânula de Guedel neonatal também está presente em seis (85,7%) UTINs e ausente em apenas uma (14,3%) unidade, sendo esta pública.

O otoscópio é um equipamento fundamental para avaliação otológica dos pacientes internados em unidades intensivas. Na pesquisa, apenas uma (14,3%) UTIN não dispõe desse recurso; nas demais são todos de uso exclusivo (100% das unidades públicas, 100% privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS). Já o oftalmoscópio foi encontrado em menor número de serviços, ou seja, quatro (57,1%) unidades; destas três (42,9%) são de uso exclusivo, e uma (14,3%), compartilhado. Das instituições que possuem esse material hospitalar, seja de uso próprio ou não, tem-se a seguinte distribuição: nenhuma das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.432 (BRASIL, 1998c), uma UTIN deve ter uma incubadora com parede dupla por paciente. Na pesquisa, apenas quatro (57,1%) serviços dispõem de, pelo menos, uma incubadora/leito neonatal (50% das unidades públicas, 50,0% privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS). Os três outros serviços neonatais não atendem essa relação para incubadoras de parede dupla, sendo que um deles complementa essa exigência com berços aquecidos, enquanto os outros dois, com parte de berços aquecidos e berços comuns de acrílico.

Sabe-se que o berço aquecido de calor radiante também pode ser utilizado em UTINs, porém a quantidade mínima de incubadoras deve ser adequada ao número de leitos neonatais do setor, tendo em vista que todos os leitos são aptos para acomodar recém-nascidos pré-termo e de baixo peso. Os berços aquecidos de calor radiante são indicados para bebês de maior peso, pelo

menos com mais de 2kg. Constatou-se que todas as UTIN pesquisadas têm, pelo menos, um berço aquecido para acomodar essas crianças.

Em relação ao monitor de beira de leito com visoscópio (multiparâmetro), apenas duas (28,6%) das sete UTIN contêm, no mínimo, um monitor desse tipo por leito, (50,0% das unidades públicas, nenhuma privada não conveniada e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS). O Ministério da Saúde recomenda um aparelho de oximetria de pulso para cada dois leitos (BRASIL, 1998d). Das UTIN estudadas, apenas três (42,9%) unidades atendem à normatização citada (nenhuma unidade pública, 100% das UTIN privadas não conveniadas e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS). Vale destacar que, mesmo somando a quantidade de aparelhos multiparâmetros e de oxímetros de pulso, não se atingiu a relação de um aparelho de monitorização de sinais vitais por leito neonatal.

Somando-se o número de bombas de infusão volumétricas e tipo seringa, apenas três (42,9%) serviços apresentaram uma proporção mínima de duas bombas de infusão para cada leito neonatal (50,0% das unidades públicas, 50% das privadas não conveniadas e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS). Dentre essas UTIN, encontrou-se, em média, 2,7 bombas por leito intensivo. É importante ressaltar que, mesmo somando o número de bombas de seringa ao número de bombas de infusão volumétrica, as demais UTIN (57,1%) não atingem a proporção mínima recomendada.

Em contrapartida, todos os serviços pesquisados dispõem de mais de dois respiradores neonatais por leito. Apenas um (14,3%) serviço tem o número de jogo de traquéia menor que o de respiradores neonatais, sendo este um serviço privado conveniado ao SUS. Há uma recomendação mínima de um conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido para cada dois leitos de UTIN (BRASIL, 1998d). Na pesquisa, quatro (57,1%) unidades possuem essa proporção de material para CPAP (50,0% das unidades públicas, 50,0% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS).

Em relação ao número de umidificadores, cinco (71,4%) serviços têm, pelo menos, um para cada leito intensivo (50,0% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS). A

Portaria nº 466/98 recomenda o número de um capacete/Hood por leito (BRASIL, 1998d). Das unidades pesquisadas, apenas em cinco (71,4%) consta essa proporção (50,0% das unidades públicas, 50,0% das privadas não conveniadas e 100% das privadas conveniadas ao SUS). Das sete unidades, quatro (57,1%) têm um reanimador manual para cada leito (50,0% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS).

Seis (85,7%) UTIN atendem à recomendação mínima de três aparelhos de fototerapia para cada leito neonatal (100% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS). A única que não atinge essa recomendação é uma unidade privada conveniada ao SUS, com a proporção um aparelho de fototerapia para cada cinco leitos.

A recomendação para a quantidade de balança neonatal na UTIN é de um aparelho para cada 10 leitos intensivos (BRASIL, 1998c), considerando que uma unidade com mais de 10 leitos tenha, pelo menos, duas balanças, pode-se dizer que quatro (57,1%) atendem a essa exigência (50,0% das unidades públicas, 50,0% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS).

Todas as UTIN pesquisadas apresentam número adequado de negatoscópio, carro de reanimação/emergência, jogo de laringoscópio com lâmina 0 e 1 e cânulas endotraqueais de nº 2,5 a 4. Considerando a Portaria GM/MS nº 466 (BRASIL, 1998d), a disponibilidade do eletrocardiógrafo é de um por setor, podendo ser dividido com outro centro de tratamento intensivo, mas do mesmo hospital. Dessa maneira, todos os serviços dispõem do material em quantidade suficiente.

O termômetro clínico, por tratar-se de um instrumento básico do trabalho de enfermagem e essencial para avaliação rotineira dos neonatos que apresentam instabilidade térmica, foi encontrado em todas as UTIN, porém em quantidade insuficiente; apenas dois (28,6%) serviços têm um termômetro para cada leito de recém-nascido (nenhuma unidade pública, 50% das privadas não conveniadas e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS).

O estetoscópio, também de uso individual, foi encontrado em seis (85,5%) UTIN, na proporção mínima de um para cada leito intensivo (50% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 100% das privadas

conveniadas ao SUS). A quantidade de braçadeira para aferição de pressão arterial não invasiva na maioria (71,4%) dos serviços foi menor que o número de leitos, e, em duas UTIN, a quantidade foi proporcional ao número de leitos. A média geral encontrada é de 0,62 braçadeiras por leito.

O monitor de pressão invasiva está presente em seis (85,7%) UTIN, sendo que nestas apenas uma apresentou a relação de um monitor por leito; nas demais, o número é menor. Já o monitor de pressão não invasiva, presente em todas as unidades apresentou a relação de um por leito em apenas dois serviços (28,6%), sendo um público e outro privado não conveniado ao SUS. A média de monitores encontrada nos serviços, segundo a fonte mantenedora, foi de 0,87 nos públicos, 0,62 nos privados não conveniados e 0,63 nos serviços privados conveniados ao SUS.

Em relação à presença de fita métrica/antropômetro, todas têm pelo menos, uma por setor; no entanto, apenas um serviço conta com fita métrica individual por neonato, sendo esta uma UTIN privada não conveniada ao SUS.

Além dos equipamentos hospitalares e materiais permanentes, a UTIN deve conter bandejas apropriadas para alguns dos procedimentos realizados nessas unidades (TABELA 26).

TABELA 26 – MATERIAL DISPONÍVEL 24 HORAS POR DIA NAS UTIN SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

MATERIAL DISPONÍVEL NA 24h/DIA NA UTIN*	UTIN Pública	UTIN Privada não conveniada ao SUS	UTIN Privada conveniada ao SUS	Total (n=7)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Punção lombar	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Diálise Peritoneal em sistema fechado	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	4 (57,1)
Drenagem torácica em sistema fechado	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Punção pericárdica	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	6 (85,7)
Curativos	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Dissecção venosa	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	7 (100)
Acesso venoso profundo	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,9)	7 (100)
Cateter Central de inserção periférica (PICC)	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	6 (85,7)
Cateterismo vesical de demora em sistema fechado	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	6 (85,7)
Traqueostomia	2 (28,6)	1 (14,3)	3 (42,9)	6 (85,7)

***Fontes utilizadas na análise:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998c.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

Das sete UTIN, todas relataram ter, 24 horas por dia, os materiais para os seguintes procedimentos: punção lombar, drenagem torácica em sistema fechado, curativos em geral, dissecção venosa e acesso venoso profundo. O material para diálise peritoneal está presente em apenas quatro (57,1%) serviços, por ser uma especialidade que exige materiais específicos, geralmente trazidos pelo nefrologista e não do hospital. O Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) só não está disponível em uma (14,3%) unidade pública; nas demais, já faz parte dos procedimentos rotineiros.

Em relação aos materiais e equipamentos para o transporte neonatal, pode-se afirmar que cinco (71,4%) unidades possuem incubadora para transporte (100% das unidades públicas, 50,0% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS); seis (85,7%) apresentam cilindro

transportável de oxigênio (100% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS); apenas duas (28,6%) dispõem de ventilador para transporte (50,0% das unidades públicas, nenhuma das privadas não conveniadas e 33,3% das privadas conveniadas ao SUS) e seis (85,7%) têm bomba de infusão para transporte (50,0% das unidades públicas, 100% das privadas não conveniadas e 100% das privadas conveniadas ao SUS).

4.4.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

Além de serem acompanhados, 24 horas por dia, por um médico intensivista e por uma equipe de enfermagem preparada e experiente, os recém-nascidos internados em UTI ora necessitam de avaliação especializada, ora de exames específicos, a depender da patologia. Das sete UTIN pesquisadas, a maioria referiu ter acesso a essas tecnologias na própria estrutura do hospital ou fora dele; logo, poucas não têm acesso a determinados serviços ou tecnologias.

A assistência cirúrgica pediátrica, clínica/cirúrgica cardiovascular, neurológica e ortopédica, clínica oftalmológica e nefrológica, hematológica, geneticista, nutricional, farmacêutica e psicológica foram consideradas acessíveis por todas as unidades, porém se diferenciam de acordo com o local de acesso, seja na própria UTI, seja no hospital ou em algum serviço externo ao hospital.

TABELA 27 – DISPONIBILIDADE DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA SEGUNDO O LOCAL (UTIN, HOSPITAL E EXTERNO AO HOSPITAL) E A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA	Pública (N%)			Privada não conveniada (N%)			Privada conveniada SUS (N%)			Total (N%)
	UTI	Hosp*.	Externo	UTI	Hosp.	Externo	UTI	Hosp.	Externo	
Cirurgia pediátrica	1 (50)	1 (50)	0	0	2 (100)	0	0	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (100)
Clínica/cirúrgica cardiovascular	0	2 (100)	0	0	2 (100)	0	0	1 (33,3)	2 (66,7)	7 (100)
Clínica/cirúrgica neurológica	0	2 (100)	0	0	1 (50)	1 (50)	0	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (100)
Clínica/cirúrgica ortopédica	0	1 (50)	1 (50)	0	2 (100)	0	0	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (100)
Clínica oftalmológica	0	2 (100)	0	0	2 (100)	0	0	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (100)
Clínica nefrológica	0	2 (100)	0	0	1 (50)	1 (50)	0	2 (66,7)	1 (33,3)	7 (100)
Clinica Hematológica	0	2 (100)	0	0	1 (50)	1 (50)	1 (33,3)	2 (66,7)	0	7 (100)
Radiologia intervencionista	0	2 (100)	0	0	1 (50)	1 (50)	0	2 (66,7)	0	6 (85,7)
Geneticista	0	0	2 (100)	0	0	2 (100)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	7 (100)
Nutricional	0	2 (100)	0	0	2 (100)	0	0	3	0	7 (100)
Farmacêutica	0	2 (100)	0	0	2 (100)	0	0	3	0	7 (100)
Fonoaudiológica	1 (50)	1 (50)	0	0	0	2 (100)	2 (66,7)	0	0	6 (85,7)
Psicológica	0	2 (100)	0	0	0	2 (100)	0	3 (100)	0	7 (100)
Serviço social	0	2 (100)	0	0	0	1 (50)	0	3 (100)	0	6 (85,7)

Fontes utilizadas na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998c.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

Nota: * Hosp= conta com a assistência presente no hospital.

Dos serviços (TABELA 27) considerados menos acessíveis pelas UTIN pesquisadas, tem-se a assistência radiológica intervencionista, acessível em seis (85,7%) unidades (100% das públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS); a assistência fonoaudiológica, acessível em seis (85,7%) unidades (100% das públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS), e o serviço social também em seis (85,7%) UTIN (100% das públicas, 50,0% das privadas não conveniadas e 100% das privadas conveniadas ao SUS).

Dentre os serviços de suporte diagnóstico e tratamento, considerados fundamentais na assistência neonatal intensiva, todas as UTIN possuem acesso a eles 24 horas por dia, sendo a maioria através do hospital ou até mesmo externa ao hospital (TABELA 28).

TABELA 28 – DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS SEGUNDO O LOCAL (UTI, HOSPITAL E EXTERNO AO HOSPITAL) E A FONTE MANTENEDORA DO SETOR. CUIABÁ, 2008.

SERVIÇO ESPECIALIZADO	Pública (N%)			Privada não conveniada (N%)			Privada conveniada SUS (N%)		
	UTI	Hosp*.	Externo	UTI	Hosp.	Externo	UTI	Hosp.	Externo
Hemoterápico	0	2(100)	0	0	1(50)	1 (50)	0	3(100)	0
Díalise	0	1(50)	1(50)	0	0	2(100)	0	0	3(100)
Laboratório clínico	0	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	0	3(100)	0
Anatomia patológica	0	1(50)	1(50)	0	2(100)	0	0	3(100)	0
Radiológico convencional	0	2(100)	0	1 (50)	1 (50)	0	0	3(100)	0
Ultrassonografia	0	2(100)	0	1 (50)	1 (50)	0	0	3(100)	0
Ecodoppler	0	1(50)	1(50)	0	0	2(100)	0	1(33,3)	2(66,7)
Tomografia computadorizada	0	2(100)	0	0	2(100)	0	0	2(66,7)	1(33,3)
Fibrobroncoscopia	0	1(50)	1(50)	0	0	2(100)	0	1(33,3)	2(66,7)
Eletroencefalografia	0	1(50)	1(50)	0	0	2(100)	0	1(33,3)	2(66,7)
Banco de leite	0	2(100)	0	0	0	2(100)	0	1(33,3)	2(66,7)

Fontes utilizadas na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998c.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

Nota: *Hosp= conta com o serviço do hospital.

Dentre as instituições públicas e privadas conveniadas ao SUS, nenhuma apresentou serviços especializados na própria UTIN, conforme mostra a Tabela 25; já uma das instituições privadas não conveniadas ao SUS dispõe de serviço radiológico convencional e ultrassonográfico no próprio setor, com equipamentos exclusivos.

4.4.5 Aspectos organizacionais e de humanização

O processo de internação em uma UTIN é um momento difícil para toda família, principalmente para a mãe, que é impossibilitada de levar seu filho para casa, após o parto, devido a problemas de saúde. Diante dessa situação, as UTIN devem seguir algumas orientações, de forma a garantir um cuidado mais humanizado, inserindo a família no processo de recuperação do bebê.

Das sete UTIN envolvidas na pesquisa, seis (85,7%) oferecem informações diárias sobre a evolução dos neonatos aos familiares, de maneira rotineira e não aleatória (100% das públicas, 100% das privadas não conveniadas e 66,7% das privadas conveniadas ao SUS).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 3.432 (BRASIL, 1998c), é fundamental que todo serviço intensivo garanta visitas diárias dos familiares à beira do leito do paciente. No tocante a essa recomendação, todas as unidades permitem visitas diárias; em cinco (71,4%) eram diariamente, em horários livres para as mães e pré-determinado para outros familiares; e em duas (28,6%), as visitas eram diariamente, em horários pré-determinados, tanto para os pais como para outros familiares (GRÁFICO 12).

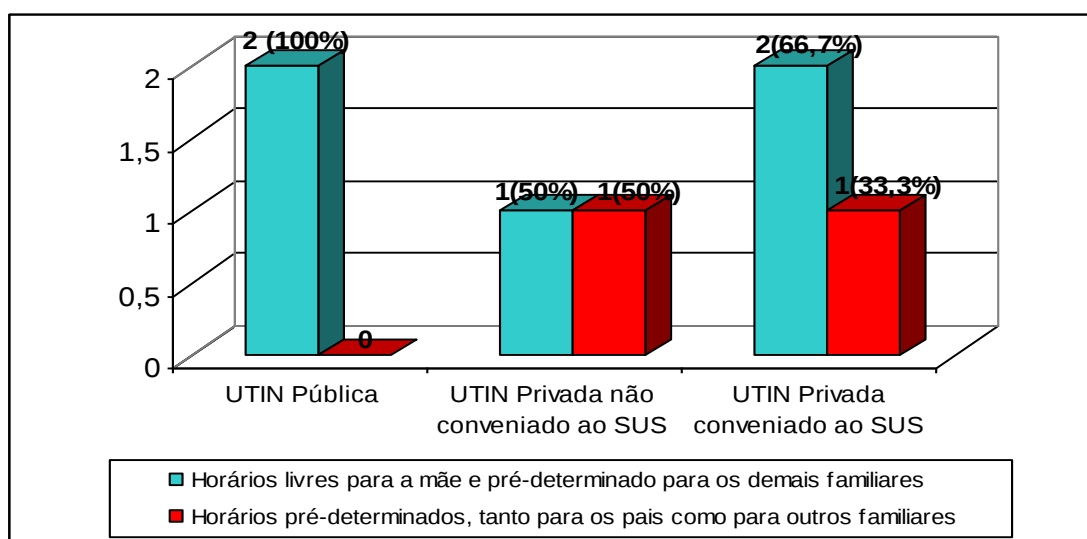


GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS UTIN SEGUNDO O TIPO DA VISITA FAMILIAR E A FONTE MANTENEDORA DA UNIDADE. CUIABÁ, 2008.

Os familiares autorizados a visitar o recém-nascido internado nas UTIN foram, em sua maioria, os pais e avós, ou seja, cinco (71,4%) unidades permitem visitas apenas aos pais e avós, enquanto duas (28,6%), oferecem também aos irmãos, sendo estas duas unidades privadas e conveniadas ao SUS.

O método mãe canguru foi pesquisado nos serviços neonatais. Apenas duas (28,6%) unidades disseram ter esse método implantado na UTIN conforme as recomendações do Ministério da Saúde (as duas são UTIN privadas conveniadas ao SUS). Em relação à organização e oferecimento de atividades educativas aos pais e familiares dos bebês internados nas UTIN, duas (28,6%) realizam atividades educativas, porém não se sabe se são rotineiras (UTIN privadas conveniadas ao SUS). Por sua vez, o grupo de apoio aos pais não existe em qualquer UTIN pesquisada.

4.5 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS

A UCIN é um setor destinado ao atendimento aos recém-nascidos oriundos do alojamento conjunto ou da UTIN, dando continuidade ao tratamento, mas que ainda não tenham condições de alta para casa, além de cuidar de neonatos com afecções menos graves, com desconforto respiratório leve, que não necessitem de assistência ventilatória mecânica, fototerapia, antibioticoterapia, entre outros agravos (BRASIL, 1999b).

Recomenda-se que esta unidade esteja localizada dentro do hospital, próxima de outros setores de cuidados neonatais, a fim de facilitar a comunicação, deslocamento do pessoal e, eventualmente, remoção do recém-nascido (BRASIL, 1994). Das 12 instituições hospitalares estudadas, duas (16,7%) têm UCIN. Ambas se localizam anexa à UTIN, com algumas áreas físicas em comum. É importante ressaltar que as duas unidades intermediárias participantes da pesquisa representam 100% das unidades desse tipo no município de Cuiabá, ambas de fonte mantenedora privada conveniada ao SUS.

O tempo de funcionamento das duas unidades é diferente; uma, considerada antiga no município, já que possuía 35 anos de existência, e a outra, apenas nove anos.

O número de leitos apresentados pelas duas unidades foi igual, ou seja, 10 leitos de cuidados intermediários em cada serviço, totalizando 20 leitos deste tipo em Cuiabá. De acordo com a Portaria GM/MS nº 466 (BRASIL, 1998d), “o número máximo de leitos da Unidade de Tratamento Semi-Intensivo não pode ultrapassar o número de leitos da UTI correspondente”. Nesse sentido, ambas atendiam a essa regulamentação.

4.5.1 Aspectos estruturais

Destaca-se, em relação à estrutura física, que uma (50%) apresenta espaçamento de, no mínimo 1m, entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2m, enquanto ambas (100%) têm área de prescrição médica em conjunto com a UTIN. As duas unidades (100%) dispõem de área de cuidados e higienização exclusiva. Uma apresenta apenas uma área desse tipo, e a outra, duas áreas de higienização na UCIN.

O posto de enfermagem está presente em todas as unidades, sendo que uma (50,0%) era exclusivo para a UCIN, e a outra (50,0%) tem esse espaço físico, porém em conjunto com a UTIN. Todas possuem cinco salas de apoio, mas de uso conjunto com a UTIN e não exclusivas da UCIN. Entre as salas de apoio, foram encontrados os seguintes ambientes apresentados na Tabela 29.

TABELA 29 – AMBIENTES DE APOIO PRESENTES NAS UCIN. CUIABÁ, 2008.

AMBIENTES DE APOIO	UCIN (N)	Porcentagem (%)
Copa	1	50,0%
Sala de reunião	1	50,0%
Área de repouso médico	2	100%
Área de estar para os pais	2	100%
Área de repouso e vestiário para os profissionais	2	100%
Área de ingresso	2	100%

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1091, 25 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 1999b. Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1063>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

A copa e a sala de reuniões foram encontradas em metade das UCIN. A ausência de um local próprio para realizar determinados procedimentos pode levar os profissionais ou a própria família a utilizar, de maneira inadequada, outros ambientes, comprometendo o funcionamento do setor e a assistência neonatal. Apenas uma (50,0%) das unidades apresenta sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite, dividindo este espaço com a UTIN.

As UCIN (n=2) apresentaram os seus respectivos leitos dispostos em área coletiva neonatal, não havendo leito em quarto de isolamento. Segundo a normatização da ANVISA, o isolamento é um ambiente opcional nessas unidades.

Das duas UCIN, uma (50,0%) possui um lavatório de mãos para os 10 leitos, enquanto outra (50,0%) dispõe de três lavatórios de mãos para a mesma quantidade de leitos intermediários neonatais. Os acessórios presentes nos lavatórios de mãos das duas (100%) UCIN foram sabão líquido, antisséptico e papel toalha descartável, como disposto na Tabela 30.

TABELA 30 – ACESSÓRIOS DOS LAVATÓRIOS DE MÃOS DAS UCIN. CUIABÁ, 2008.

CARACTERÍSTICAS	UCIN (N)	Porcentagem (%)
Dispositivo automático	0	0%
Sabão líquido	2	100%
Antisséptico	2	100%
Papel toalha descartável	2	100%
Jato de ar quente	0	0%

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1091, 25 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 1999b. Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1063>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

A UCIN deve conter expurgo, com pia profunda confeccionada em material inoxidável. As duas UCIN (100%) possuíam expurgo com essas características; todavia, são utilizados conjuntamente com a UTIN.

Dentre as instalações recomendadas para esse tipo de serviço neonatal, pode-se afirmar que todas apresentam água fria, água quente, ar comprimido medicinal e oxigênio, sendo que a metade das UCIN dispõe de vácuo clínico e rede elétrica de emergência em suas instalações.

O Ministério da Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.091, recomenda que a UCIN tenha pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito (BRASIL, 1999b). Em relação à presença desses gases terapêuticos, todos os leitos (20) das duas (100%) UCIN possuem um ponto de oxigênio e um de ar comprimido para cada leito intermediário. Não foi encontrado nenhum ponto de vácuo. Além disso, todas dispõem de relógios com visualização para todos os leitos e de alguma iluminação natural no local da UCIN.

4.5.2 Recursos humanos

Dos serviços intermediários, todos têm um responsável técnico médico com especialização em neonatologia/pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria, atendendo às recomendações para esse profissional. Vale destacar que

esse profissional é ao mesmo tempo o responsável técnico das UTIN vinculadas à respectiva UCIN.

A Portaria GM/MS nº 1.091 (BRASIL, 1999b) define que se tenha na UCIN 01 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de dois anos em neonatologia. Esse profissional deve ser responsável por, no máximo, 15 leitos (BRASIL, 1999b). Das unidades intermediárias, todas possuem esse médico diarista, atendendo aos 10 leitos neonatais, porém também assumem a função de diarista dos leitos das UTIN vinculadas a essas unidades, ultrapassando o máximo de leitos recomendados por profissional.

Da mesma maneira, há médico pediatra com especialidade em pediatria disponível para a UCIN 24 horas por dia, porém não exclusivo. A proporção de leitos intermediários para cada pediatra era de 1:10 leitos em ambas as instituições. Pelo fato de uma das instituições ser um hospital universitário, além do médico plantonista pediatra na unidade, estavam presentes também internos de medicina e residentes de pediatria, que contribuem com o serviço médico, assumindo o tratamento de parte dos neonatos, sob a supervisão de um professor.

As duas (100%) UCIN têm coordenador de enfermagem do setor, porém não exclusivo, sendo estes também responsáveis técnicos de enfermagem das respectivas UTIN. Em relação ao enfermeiro plantonista, as duas unidades contam com um enfermeiro 24 horas por dia, não exclusivo do setor. Esses profissionais são responsáveis pelos 10 leitos intermediários mais os leitos da UTIN correspondente. O Ministério da Saúde recomenda um profissional exclusivo para cada 15 leitos de cuidados intermediários (BRASIL, 1999b).

No que se refere ao número de técnicos de enfermagem, uma unidade apresenta a relação de 1 técnico para cada 5 leitos, enquanto a outra dispõe de 1 técnico de enfermagem para cada 3 leitos, estando em conformidade com as normatizações vigentes, que recomendam 1 técnico para cada 5 leitos (BRASIL, 1999b). Já o profissional de limpeza, em ambas as unidades pesquisadas (100%), não é próprio do setor, sendo responsável pela limpeza da UTIN e da

UCIN, enquanto que as normas recomendam ser exclusivo do setor (BRASIL, 1998d)

4.5.3 Materiais e equipamentos

Em relação à presença dos equipamentos e materiais utilizados na UCIN, todos os serviços não dispõem dos seguintes materiais para uso rotineiro: esfigmomanômetro, monitor de beira de leito com visoscópio, ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão, aspirador portátil e conjunto de CPAP nasal com umidificador aquecido (TABELA 31).

Entre os materiais presentes e de uso próprio da unidade, podemos destacar que as duas unidades (100%) apresentam incubadora de parede dupla, berço simples ou aquecido, material para reanimação neonatal - ambú com reservatório e válvula, máscaras para prematuros e neonatos a termo, capacetes/hood para oxigênio, estetoscópio, conjunto de nebulizador, bomba de infusão, aparelho de fototerapia e balança neonatal (TABELA 31).

TABELA 31 – DISPONIBILIDADE DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PRESENTES NAS UCIN (N=2). CUIABÁ, 2008.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS UCIN	Não possui	Possui próprio	Tem acesso via outros setores do Hospital
	N(%)	N(%)	N(%)
Berço de calor radiante	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0
Incubadoras de parede dupla	0	2 (100%)	0
Incubadoras simples	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0
Berços simples ou aquecidos	0	2 (100%)	0
Material para reanimação neonatal - ambú com reservatório e válvula.	0	2 (100%)	0
Máscaras para recém-nascidos a termo e pré-termo	0	2 (100%)	0
Capacetes/hood para oxigênio	0	2 (100%)	0
Oxímetro de pulso	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0
Termômetro eletrônico portátil	1 (50,0%)	1 (50,0%)	0
Esfigmomanômetro	2 (100%)	0	0
Estetoscópio	0	2 (100%)	0
Otoscópio	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Oftalmoscópio	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Monitor de pressão não invasiva;	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)
Monitor de beira de leito com visoscópio	2 (100%)	0	0
Carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal	0	1 (50,0%)	1 (50,0%)
Ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão	2 (100%)	0	0
Conjunto de nebulizador em máscara	0	2 (100%)	0
Aspirador portátil	2 (100%)	0	0
Conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido	2 (100%)	0	0
Bomba de infusão	0	2 (100%)	0
Aparelho de fototerapia	0	2 (100%)	0
Balança eletrônica neonatal	0	2 (100%)	0
Incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido	1 (50,0%)	0	1 (50,0%)
Negatoscópio	0	0	2 (100%)

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1091, 25 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 1999b. Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1063>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

Além de conter os materiais e equipamentos necessários para atender os recém-nascidos em tratamento semi-intensivo neonatal, as UCIN devem dispor destes em quantidade suficiente para o número total de leitos do setor. O berço aquecido com calor radiante, encontrado em 50,0% das unidades pesquisadas, apresentava uma relação de 9 berços para 10 leitos. Considerando que a recomendação do Ministério da Saúde é equivalente a, no mínimo, 10% do número de leitos do setor (BRASIL, 1999b), pode-se então concluir que o número de berços aquecidos com calor radiante é adequado.

A quantidade de incubadoras de paredes duplas e de incubadoras simples deve seguir a relação de 20% dos leitos intermediários para cada tipo desse equipamento. A quantidade de incubadoras de parede dupla presentes em uma unidade foi 1 e, na outra, era 3; logo, somente uma unidade (50,0%) atendia à relação de, no mínimo, 20% dos leitos intermediários para esse equipamento. Em relação às incubadoras simples, a única (50,0%) unidade que dispõe desse equipamento continha três, apresentando quantidade suficiente, ou seja, maior que 20% dos leitos.

Em relação aos demais equipamentos necessários na UCIN, pode-se dizer que as duas (100%) unidades dispõem em quantidade adequada os seguintes itens: máscaras para recém-nascido pré-termo e a termo, estetoscópio, otoscópio, oftalmoscópio, carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal, bomba de infusão, balança eletrônica neonatal e negatoscópio, enquanto apenas uma (50,0%) das unidades detém um número adequado de capacetes para oxigênio, monitor de pressão não invasiva; conjunto de nebulizador em máscara, aparelho de fototerapia e incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido.

TABELA 32 – COMPARAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE MATERIAIS / EQUIPAMENTOS DAS UCIN (N=2) E RECOMENDADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

(continua)

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	UCIN 1		UCIN 2	
	Quantidade disponível (N)	Quantidade mínima recomendada* (N)	Quantidade disponível (N)	Quantidade mínima recomendada* (N)
Berço de calor radiante	0	1	9	1
Incubadoras de parede dupla	3	2	1	2
Incubadoras simples	0	2	3	2
Berços simples ou aquecidos	8	5	13	5
Material para reanimação neonatal - ambú com reservatório e válvula.	1	3,3	1	3,3
Máscaras para recém-nascido a termo e pré-termo	17	3,3	5	3,3
Capacetes/hood para oxigênio	2	2,5	15	2,5
Oxímetro de pulso	0	3,3	2	3,3
Termômetro eletrônico portátil	1	2,5	1	2,5
Esfigmomanômetro	0	2,5	0	2,5
Estetoscópio	10	2,5	10	2,5
Otoscópio	1	1	1	1
Oftalmoscópio	1	1	1	1
Monitor de pressão não invasiva	0	1	6	1
Monitor de beira de leito com visoscópio	0	10	0	10
Carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal	1	1/15 Leitos	1	1/15 Leitos
Ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão	0	1/15 Leitos	0	1/15 Leitos
Conjunto de nebulizador em máscara	2	10	10	10
Aspirador portátil	0	1	0	1
Conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido	0	2,5	0	2,5
Bomba de infusão	5	5	5	5
Aparelho de fototerapia	7	2,5	1	2,5
Balança eletrônica neonatal	1	1	1	1

TABELA 32 – COMPARAÇÃO ENTRE A QUANTIDADE DE MATERIAIS / EQUIPAMENTOS DAS UCIN (N=2) E RECOMENDADA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE. CUIABÁ, 2008.

(conclusão)

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	UCIN 1		UCIN 2	
	Quantidade disponível (N)	Quantidade mínima recomendada* (N)	Quantidade disponível (N)	Quantidade mínima recomendada* (N)
Incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido	1	1	0	1
Negatoscópio	1	1	1	1

Fonte utilizada na análise:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1091, 25 de agosto de 1999. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 1999b. Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1063>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

Os materiais e equipamentos não encontrados nas UCIN ou presentes, porém em quantidade insuficiente, foram: ambú com reservatório e válvula, oxímetro de pulso, termômetro eletrônico portátil, esfigmomanômetro, monitor de beira de leito com visoscópio, ventilador respiratório, aspirador portátil e conjunto de CPAP nasal.

Recomenda-se que toda UCIN tenha disponível, 24 horas por dia, bandejas para procedimentos, como punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso central, sondagem vesical e traqueostomia (BRASIL, 1999b). Das unidades pesquisadas, todas (100%) dispõem de materiais específicos para punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso central e traqueostomia. Em relação ao procedimento de sondagem vesical, uma (50,0%) dispõe de material para cateterismo de alívio, e outra (50,0%), de cateterismo vesical de demora com sistema fechado. Ambos (100%) serviços referiram ter disponível PICC.

4.5.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

O recém-nascido internado em UCIN pode necessitar de suporte tecnológico de diagnóstico e tratamento, ao longo de sua recuperação. Dessa maneira, o serviço neonatal deve dispor desses recursos ou na própria maternidade

em que a UCIN está inserida, ou, ainda, se ausente, ter acesso via outras instituições fora do hospital.

Dos recursos recomendados para o diagnóstico/tratamento em UCIN, as duas (100%) referiram ter acesso a eles através do hospital ou fora da instituição. Dentre os acessíveis na estrutura hospitalar, tem-se o laboratório de análises clínicas, laboratório de microbiologia, hemogasômetro, agência transfusional, ultrassonografia, aparelho de raios -X móvel, serviço de radiologia e serviço de psicologia e de assistência social. Em relação aos serviços de nutrição enteral/parenteral e o banco de leite humano, uma unidade referiu tê-los no próprio hospital, e a outra tem acesso por meio de serviços extra-hospitalar.

4.5.5 Aspectos organizacionais e de humanização

A humanização pode ser vista como a capacidade do serviço em oferecer um atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos ao bom relacionamento. Para isso, todos os serviços devem apresentar rotinas que humanizem a assistência. Em relação aos aspectos de humanização, pode-se notar que apenas uma (50,0%) das UCIN oferece informações diárias aos pais sobre a evolução do quadro clínico do neonato.

As visitas familiares são, em um (50,0%) dos serviços, diárias em horário livre para as mães e pré-determinados para os demais parentes, enquanto que, no outro (50,0%), é diária, porém com horários pré-estabelecidos tanto para os pais como para os outros familiares. As pessoas autorizadas a visitar o recém-nascido em UCIN são, em uma (50,0%) delas, somente pais e avós, e, na outra (50,0%), também os irmãos.

Todas as unidades referiram ter implantado o método mãe canguru como uma prática de humanização da assistência neonatal, além de também realizar atividades educativas com os familiares que freqüentam o setor; no entanto, nenhuma delas tem funcionando na unidade um grupo de apoio aos pais, sendo este um recurso importante para a promoção da saúde e instrumentalização da família para o cuidado do filho.

4.6 ALGUNS ASPECTOS RELACIONADOS AOS ÓBITOS NEONATAIS OCORRIDOS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

A partir do levantamento realizado na Vigilância de Nascimentos e Óbitos da Secretaria Municipal de Saúde, foram identificadas 162 Declarações de Óbitos fetais e neonatais (0-28dias) ocorridos em Cuiabá no ano de 2007 e residentes nesta cidade. Não foram incluídos os casos de crianças residentes em outros municípios, que, por algum motivo, buscaram assistência hospitalar na capital e aqui morriam. Dos 163 óbitos selecionados, 71 (43,6%) foram fetais, ou seja, morreram antes do nascimento, não chegando a receber atendimento neonatal hospitalar, e 92 (56,4%) eram neonatais, sendo submetido a algum atendimento neonatal.

Dos óbitos neonatais, foram investigadas informações relevantes, tais como, idade no momento do óbito, sexo, raça/cor, local de ocorrência do óbito, idade gestacional no momento do nascimento, tipo de gravidez, tipo de parto, morte relacionada ao parto, peso de nascimento e principais causas do óbito.

Vale destacar que o setor de Vigilância de Nascimentos e Óbitos investiga todos os óbitos em menores de um ano de vida, incluindo então os neonatais, fornecendo, e até mesmo, esclarecendo algumas informações que, às vezes, não foram adequadamente preenchidas pelo profissional médico que assinou a declaração de óbito. Esse trabalho de investigação contribui para que os dados, a serem lançados futuramente no Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde, sejam mais fidedignos.

No que se refere à idade dos recém-nascidos no momento do óbito, 16 (17,4%) morreram com menos de duas horas de vida, provavelmente ainda na sala de parto ou de recepção do recém-nascido, 53 (57,6%) morreram no período de 0-6 dias, neonatal precoce, enquanto 22 (23,9%) haviam morrido entre 7-28 dias de vida. A distribuição utilizada para análise da idade do RN no momento do óbito foi baseada no site do DATASUS do Ministério da Saúde. Apenas uma (1,1%) das declarações não trazia informações claras sobre a idade do óbito, sendo considerado ignorado.

Destaca-se que a maioria dos óbitos neonatais se concentrou no período neonatal precoce, reforçando uma tendência no município de Cuiabá e também no Brasil. Ao se agrupar os óbitos das primeiras duas horas de vida aos de 0-6 dias, essa proporção pode chegar até a 75% dos óbitos neonatais.

Encontrou-se uma proporção maior de óbitos em neonatos do sexo masculino (57,6%) e menor para o feminino (42,4%). A cor/raça de 74 (80,4%) dos recém-nascidos é parda, sendo 16 (17,4%) branca e dois (2,2%) preta.

A maioria dos recém-nascidos (97,8%) havia morrido em instituições hospitalares, sendo um total de 90. Dos 13 hospitais que prestam atendimento ao recém-nascido no município de Cuiabá, apenas nove têm óbitos neonatais, referentes a esse levantamento. Desses nove hospitais, oito têm UTIN, e uma não dispõe desse serviço, sendo este um hospital de pequeno porte, com apenas sala de parto e alojamento conjunto. É importante destacar que duas grandes maternidades, privadas e conveniadas ao SUS, concentram a maioria dos óbitos, sendo uma com 26 (28,9%), e a outra com 32 (35,6%) dos óbitos hospitalares (TABELA 33).

TABELA 33 - DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS NEONATAIS HOSPITALARES OCORRIDOS EM CUIABÁ, NO ANO DE 2007, SEGUNDO A FONTE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO.

Fonte Mantenedora do Hospital	Óbitos neonatais (n)	Óbitos neonatais (%)
Hospital Público 1	9	10%
Hospital Público 2	7	7,8%
Hospital Privado não conveniado ao SUS 1	9	10%
Hospital Privado não conveniado ao SUS 2	1	1,1%
Hospital Privado não conveniado ao SUS 3	3	3,3%
Hospital Privado conveniado ao SUS 1	26	28,9%
Hospital Privado conveniado ao SUS 2	32	35,6%
Hospital Privado conveniado ao SUS 3	1	1,1%
Hospital Filantrópico	2	2,2%
Total	90	100%

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Dessa maneira, constata-se que a maioria (65,5%) dos óbitos neonatais do município ocorreu em instituições privadas e conveniadas ao SUS,

provavelmente porque tem maior quantidade de nascimentos, e não pela simples presença de UTIN, já que a maior parte deles tem esse ambiente de cuidado neonatal especializado.

Em relação à idade gestacional no momento do óbito, pode-se afirmar que a maior quantidade dos óbitos ocorreu em prematuros, com a seguinte distribuição: 3,3% apresentando menos de 22 semanas de Idade gestacional, 29,3% com 22 a 27 semanas, 18,5% com 28 a 31 semanas, 19,6% com 32 a 36 semanas, 20,7% com 37 a 41 semanas, 4,3% com 42 semanas e mais. Dos 92 óbitos neonatais, 4 (4,3%) foram ignorados, ou seja, não dispõem dessa informação.

A gestação única está presente em 83 (90,2%) dos óbitos pesquisados, e a maioria (58,7%) dos partos foi natural. Por tratar-se de óbitos neonatais, uma boa parte ocorreu depois do parto, representando 84,8% dos óbitos, os demais foram um (1,1%) durante o parto e treze (14,1%) sem informações precisas sobre esta variável.

No que se refere ao peso de nascimento dos recém-nascidos que foram a óbito, encontrou-se uma distribuição com diferença entre menores que 2500g (60 óbitos), representando recém-nascidos de baixo peso, e maiores que 2500g (29 óbitos), neonatos não baixo-peso. Isso demonstra que o baixo peso é um fator relevante nos óbitos neonatais do município (GRÁFICO 13).

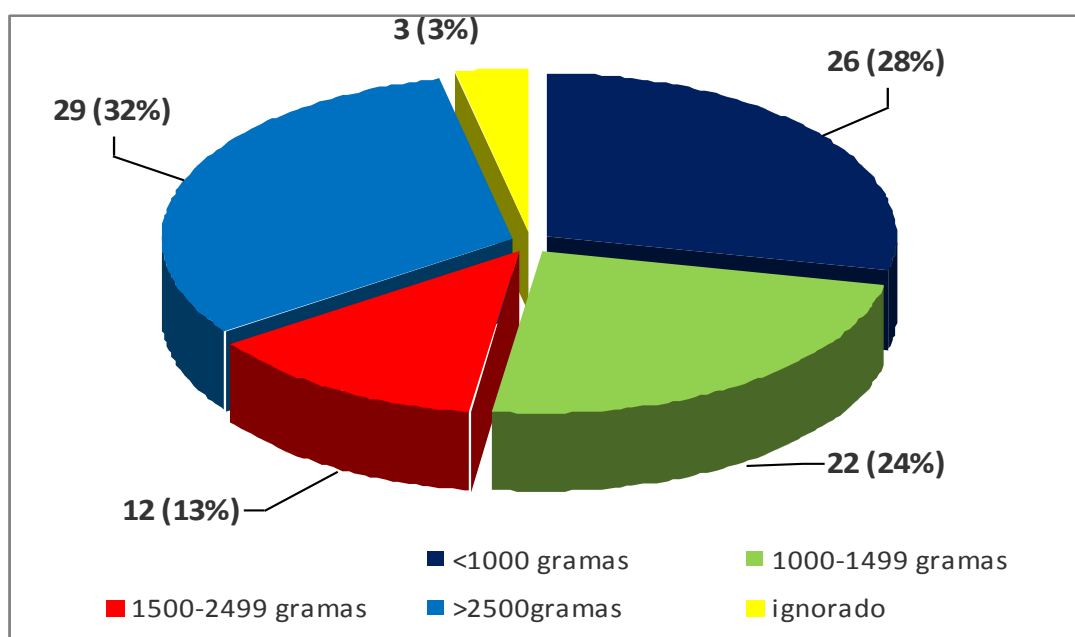


GRÁFICO 13 – NÚMERO DE ÓBITOS NEONATAIS EM 2007 NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ, SEGUNDO O PESO DE NASCIMENTO DO RECÉM-NASCIDO.

Não se pode negar que uma parcela expressiva de óbitos ainda ocorre em recém-nascido com peso acima de 2500g, representando 32% dos óbitos desse município.

De acordo com o levantamento realizado, foram encontradas 283 causas, sejam elas básicas ou relacionadas ao óbito, nas 92 Declarações de Óbitos. Cada neonato apresentou uma média de três causas, agrupadas de acordo com as principais causas de morte (Tabela 34).

TABELA 34 – PRINCIPAIS CAUSAS DOS ÓBITOS NEONATAIS HOSPITALARES OCORRIDOS EM CUIABÁ, EM 2007.

Causa do óbito (CID 10)	Causas presentes nas declarações de óbitos	
	(n)	(%)
Anomalias dentofaciais (K07)	1	0,4%
Reação anormal em paciente ou complicação tardia, causada por intervenção cirúrgica ou por outros atos cirúrgicos, sem menção de acidente durante a intervenção (Y83)	1	0,4%
Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas, não obrigatoriamente relacionadas com a gravidez atual (P00)	10	3,5%
Feto e RN afetados por outras complicações maternas da gravidez (P01)	11	3,9%
Feto e recém-nascidos afetados por outras complicações do trabalho de parto e do parto (P03)	3	1,1%
Transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer, não classificados em outra parte (P07)	61	21,6%
Hipóxia intra-uterina (P20)	4	1,4%
Asfixia ao nascer (P21)	9	3,2%
Desconforto respiratório do recém-nascido (P22)	36	12,7%
Pneumonia congênita (P23)	5	1,8%
Síndrome da aspiração neonatal de mecônio (P24)	9	3,2%
Enfisema intersticial e afecções correlatas originadas no período perinatal (P25)	3	1,1%
Hemorragia pulmonar originada no período perinatal (P26)	1	0,4%
Outras afecções respiratórias originadas no período perinatal (P28)	35	12,4%
Transtornos cardiovasculares originados no período perinatal (P29)	8	2,8%
Septicemia bacteriana do recém-nascido (P36)	38	13,4%
Outras infecções específicas do período perinatal (P39)	11	3,9%
Hemorragia intracraniana não traumática do feto e do recém-nascido (P52)	6	2,1%
Kernicterus (P57)	1	0,4%
Icterícia neonatal devido a outras causas e às não especificadas (P59)	1	0,4%
Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos transitórios do período neonatal (P74)	1	0,4%
Outros transtornos do aparelho digestivo do período perinatal (P78)	2	0,7%
Outras afecções originadas período perinatal (P96)	2	0,7%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-99)	24	8,5%
Total	283	100%

Fonte: pesquisa realizada pela autora.

Das principais causas de óbitos destaca-se a mais frequente, o transtorno relacionado à gestação curta e peso baixo ao nascer (21,6%), seguido de septicemia bacteriana do recém-nascido (13,4%), desconforto respiratório do recém-nascido (12,7%), outras afecções respiratórias originadas no período

perinatal (12,4%) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (8,5%). As malformações mais encontradas foram anencefalia, cardiopatias congênitas, espinha bífida e outras malformações congênitas.

V. DISCUSSÃO

5.1 REGIONALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS QUE PRESTAM ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO, ACESSO GEOGRÁFICO E DISPOSIÇÃO DOS LEITOS NEONATAIS

A assistência hospitalar ao neonato em Cuiabá está presente em uma parcela importante dos hospitais da cidade. Por ser a capital do Estado de Mato Grosso, Cuiabá é considerada referência para diversos serviços especializados em saúde, incluindo a assistência ao neonato de baixo e alto risco.

Oferecer uma assistência regionalizada é facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Espera-se que uma cidade de grande extensão tenha serviços básicos disponíveis à população das diferentes regiões, possibilitando a chegada da mulher parturiente aos hospitais específicos e ofertando leitos para acomodá-la adequadamente, assim como seu recém-nascido.

Considerando que a assistência ao parto e ao recém-nascido, na nossa capital, é, atualmente, realizada em nível hospitalar, constatou-se, através da pesquisa, que nem todas as regiões dispõem desse tipo de assistência, fator que dificulta o acesso geográfico aos serviços hospitalares neonatais. A região Oeste apresentou maior quantidade de hospitais (58,3%) que prestam atendimento ao recém-nascido e, conseqüentemente, maior número de leitos obstétricos (alojamento conjunto) e de leitos neonatais, enquanto uma das regiões, a Norte, não dispõe de serviço hospitalar para atender a parturiente e o recém-nascido, fazendo com que gestantes busquem serviços em outras regiões, consideradas mais centrais do município.

Em relação à fonte mantenedora desses hospitais, poucos (16,7%) são públicos, e a maioria, do tipo privada conveniada ou não ao SUS (83,3%). Dos onze serviços que têm maternidade – centro obstétrico, apenas um serviço é público (9,1%), enquanto os demais são privados conveniados ou não ao SUS (90,9%).

A partir das informações do Datasus e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos, encontrou-se que o hospital não participante da pesquisa tinha como leitos neonatais apenas nove de UTIN; dessa maneira, ao se considerar a quantidade de leitos dessa unidade, pode-se dizer que o município de Cuiabá tem 266 leitos neonatais. Ao se comparar o número de leitos de todas as instituições (13) que prestam atendimento ao recém-nascido do município, pode-se afirmar que apenas 41 (15,4%) leitos são públicos. Isto leva a concluir que o serviço público utiliza uma boa parte de serviços conveniados para atender mulheres em trabalho de parto e oferecer assistência neonatal hospitalar, visto que há poucos leitos exclusivamente públicos em alojamento conjunto.

O setor público tem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em seus dois (100%) hospitais, enquanto 50,0% dos hospitais privados, seja conveniados ou não ao SUS, têm esse serviço intensivo. Quando se compara a quantidade de leitos de UTIN, os hospitais demonstraram um número diferente, sendo os públicos com 23 leitos, os privados não conveniados ao SUS com 21 e os privados conveniados ao SUS com 32 leitos intensivos. Apesar de encontrarmos, no município estudado, maior número de leitos públicos exclusivos do que de leitos privados não conveniados ao SUS, sabe-se que a quantidade de leitos públicos ainda não é suficiente, tanto que é complementado com leitos conveniados, de maneira a atender a demanda da população do SUS.

De acordo com as informações do CNES, Cuiabá tinha, na época da coleta de dados, 256 leitos intensivos, para atender toda a população neonatal, pediátrica e adulta. Desses leitos, 76 (29,7%) eram de UTIN e apenas oito de UCIN (BRASIL, 2008), enquanto a pesquisa encontrou 20 leitos de UCIN. Um aspecto a se comentar é que as informações presentes no site do CNES, na maioria das vezes, não são as mesmas encontradas ao visitar as unidades separadamente.

No que se refere ao número de leitos intensivos neonatais e à regionalização do serviço de UTIN, a sua distribuição variou entre 1:43 nascidos vivos na região Oeste e 1:98 na região Leste, não apresentando leitos intensivos para essa população nas regiões Norte e Sul, sendo essas regiões extremas do município. Logo, existe uma concentração desse tipo de leito nas regiões centrais de Cuiabá. De acordo com o estudo de Souza (2003), realizado no município de

São Paulo, também verificou-se uma distribuição desproporcional de Unidades de Terapia Pediátricas e Neonatais, com grande concentração nas regiões centrais (61,7%) e menor nas regiões periféricas do município (9,3%).

Barbosa (2004) comenta que, nas últimas décadas, houve um aumento do número de leitos intensivos neonatais e pediátricos, porém sem planejamento estratégico adequado, e o resultado, há muito percebido pelos usuários do sistema, é a não equidade na distribuição dos leitos, havendo desigualdades nacionais e regionais e o acesso limitado, penalizando quase sempre a parcela mais carente da população.

Bronstein e colaboradores, citado por Souza (2003), demonstraram que recém-nascidos de muito baixo peso, que nascem em hospitais com UTIN ou que são transferidos imediatamente para esses serviços, têm menor morbidade e mortalidade do que aqueles que nascem em hospitais sem UTIN. Além disso, fatores importantes, como acesso, pré-natal de qualidade e seguridade de encaminhamento de gestantes de risco aos serviços que têm atenção neonatal especializada podem melhorar essa condição.

5.2 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO LOCALIZADA NO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL

De acordo com os resultados apresentados, a maior parte dos hospitais (72,7%) com sala de parto e recepção do recém-nascido funciona há mais de 10 anos, o mais velho, com mais de 30 anos. Considera-se que esses serviços tinham um tempo suficiente para adequação de sua estrutura, já que realizavam esse tipo de assistência há mais de uma década.

5.2.1 Aspectos estruturais

O setor de recepção do neonato na sala de parto deve estar organizado para atender todos os recém-nascidos, buscando condições ótimas de adaptação à vida extra-uterina, através da manutenção térmica do neonato, avaliação e apoio cardiorrespiratório, entre outros, permanecendo preparada para intervir naqueles casos que apresentem patologias que coloquem em risco a vida do bebê (BRASIL, 1994; MINAS GERAIS, 2005).

A pesquisa levantou a quantidade de salas de parto disponíveis nos centros obstétricos, o que evidenciou que os hospitais de caráter público e privado conveniados ao SUS têm, em sua estrutura, salas diferenciadas para atender mulheres em situação de parto normal e cirúrgico, enquanto que, nas instituições privadas não conveniadas, a maioria das salas de parto se apresentava como salas cirúrgicas, possibilitando a realização tanto de partos cirúrgicos como de partos normais. Além disso, os hospitais privados estudados, por serem hospitais gerais, dispõem, preferencialmente, de salas cirúrgicas, já que podem ser utilizadas tanto para parto como para atender pacientes cirúrgicos de modo geral.

Essa disposição de salas cirúrgicas nos hospitais privados pode ser justificada pelo caráter da própria instituição, que, por ser do tipo lucrativa, dispõem de um espaço com maior aproveitamento, podendo atender qualquer demanda cirúrgica que venha a surgir na instituição.

De acordo com a Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002), o setor de recepção do recém-nascido deve estar localizado dentro do centro-obstétrico, podendo estar na sala de parto ou em sala adjacente, desde que siga as normatizações vigentes. Quando inserido na sala de parto deve apresentar dimensão de 0,8m², além da dimensão da própria sala, ou seja, cada sala terá sua área específica para a recepção do neonato. Quando o centro obstétrico apresentar uma sala específica para este fim, deverá ela ter 6,0m² para até duas salas de parto e acrescer 0,8m² para cada sala adicional. Neste ambiente deverá haver precisão no armazenamento dos materiais, de forma ordenada e visível, de todo o material de assistência neonatal.

No que se refere a essa normatização, a sala de recepção está adequada em nove (81,9%) maternidades. Em um estudo de avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo, realizado no ano de 1997-1998 pelo Conselho Regional de Medicina da região, avaliou-se o local onde ocorre a reanimação do recém-nascido e as condições de equipamento, material e medicamentos necessários para esse procedimento. Dentre uma amostra de 98 hospitais (16 públicos, 73 privados e 9 universitários), 9% referiram, como local de reanimação do recém-nascido, o berçário, sendo considerado um local inadequado, por localizar-se fora do ambiente do centro obstétrico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2000).

No que se refere às instalações exigidas para a sala de recepção do recém-nascido, encontrou-se oxigênio e rede elétrica em todas as maternidades, sendo que a presença de outras instalações como água quente, ar comprimido medicinal, vácuo clínico e rede elétrica diferenciada variou entre 63,6% e 90,0% das instituições.

A preocupação com os aspectos assépticos dos profissionais que atendem o recém-nascido neste local não pode ser esquecida. Na sala de recepção ou na proximidade desta, deve existir um lavatório, com torneira acionável de preferência com o cotovelo, pés ou com sensor de movimento. Deve também dispor de sabão líquido ou antisséptico e toalhas descartáveis, que propiciem a correta higienização das mãos (BRASIL, 1994). Em relação ao lavatório, todas têm essa instalação, que é utilizada tanto para as salas de parto/cirúrgicas como para os profissionais atuantes na sala de recepção do recém-nascido.

5.2.2 Recursos Humanos

Segunda a presente pesquisa, todas as maternidades dispõem de profissional médico pediatra e equipe de enfermagem na sala de recepção do recém-nascido, durante todo o funcionamento do hospital, sendo este um aspecto positivo no que se refere aos recursos humanos.

No estudo realizado num distrito do Estado de São Paulo, envolvendo 12 maternidades com adesão ao Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), que atendiam pacientes do SUS, encontrou-se, a partir da observação dos partos ocorridos naquelas maternidades estudadas, que apenas 8,3% delas dispunham de médico pediatra e enfermeira no momento da assistência neonatal durante a sua recepção (PARADA; CARVALHÃES, 2007).

Isso implica atentar para o fato de que, no cotidiano da assistência neonatal no centro obstétrico a disposição dos profissionais pode ser diferente do que a apresentada na pesquisa. De qualquer maneira, um recurso como esse, médico e profissional de enfermagem disponíveis na sala de parto, não pode ser negligenciado por tantas maternidades, como se observou no estudo realizado em São Paulo, descrito anteriormente. A ausência de recursos humanos treinados em reanimação neonatal e, adequadamente, lotados neste ambiente de cuidado neonatal, contribui para uma assistência ineficaz ao recém-nascido nos primeiros momentos de vida, podendo levar a falhas e sequelas irreparáveis ao bebê.

5.2.3 Materiais e equipamentos

O material necessário para assistência ao recém-nascido, na sala de parto, deve estar preparado, testado e disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento da criança. Consiste ele em mesa de reanimação com fonte de calor radiante (berço aquecido); fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro; aspirador a vácuo com manômetro; sonda de aspiração traqueal nº 8 e 10; adaptador para aspiração de mecônio; balão de reanimação auto-inflável com capacidade de 240 a 750 ml com válvula de segurança e reservatório de oxigênio aberto com traquéia, de no mínimo, 15 cm de comprimento, ou fechado; máscaras para recém-nascidos a termo e pré-termo; laringoscópio com lâminas retas nº 0 e 1; cânulas traqueais de diâmetro uniforme, sem balão nº 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0; fio-guia esterilizado; pilhas e lâmpadas sobressalentes; seringas de 20, 10 e 1ml; agulhas; estetoscópio neonatal; compressas e gazes; clampeador de cordão umbilical; luvas estéreis descartáveis e óculos de proteção (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

Dos materiais/equipamentos descritos, pode-se dizer que 27,3% das instituições pesquisadas dispõem de todos eles, representando 100% dos públicos, 33,3% dos privados não conveniados ao SUS e nenhum dos conveniados ao SUS. Dos materiais não encontrados em todos os serviços pode-se destacar o berço aquecido, adaptador para aspiração de mecônio, fio guia, lâmpadas e pilhas sobressalentes e óculos de proteção, lacunas estas que podem comprometer a qualidade da assistência neonatal. No estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2000), apenas 24% das maternidades investigadas (85) tinha todos os equipamentos necessários para atender o recém-nascido na sala de recepção.

De acordo com o estudo de Parada e Carvalhães (2007), foi encontrado berço aquecido apenas em 33,3% das maternidades pesquisadas, sendo que os demais itens não foram levantados. Na presente pesquisa foi encontrado um número maior de berços aquecidos na sala de parto, atingindo a 90,9% dos serviços. O único hospital que não dispõe desse equipamento é de fonte mantenedora privada e não conveniada ao SUS.

Por tratar-se de um local pequeno e voltado apenas para assistência imediata, na sala de recepção deverá haver apenas medicamentos necessários. Os medicamentos considerados indispensáveis se constituem de adrenalina - 1/1000; bicarbonato de sódio - 5% ou 8,4%; soro fisiológico 0,9%; solução ringer-lactato; dopamina; naloxone; ampolas de água destilada; nitrato de prata a 1%; vitamina K1 e antisséptico (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1997).

Pode-se dizer que 45,5% das instituições pesquisadas têm todos os medicamentos recomendados, representando 50% dos hospitais privados não conveniados ao SUS e 50% dos hospitais privados conveniados ao SUS e nenhum público. Os medicamentos ausentes, nos demais serviços, foram a solução de ringer lactato, a dopamina e o naloxone, demonstrando potencial problema na assistência devido à ausência de medicamentos considerados importantes.

Comparando esses achados com o estudo realizado em maternidades de São Paulo, em relação à presença de medicamentos imprescindíveis para a segurança do trabalho dos profissionais e ao adequado

atendimento à criança, foram encontrados todos disponíveis em apenas 38% das maternidades de São Paulo pesquisadas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (2000).

Na presente pesquisa, todos os serviços dispunham de vitamina K na sala de recepção do recém-nascido, e todos disseram realizar a administração deste medicamento na sala de parto ou no alojamento conjunto, sendo este um indicador de estrutura. No estudo de Parada e Carvalhães (2007), que avaliou indicadores tanto de estrutura como de processo, observou-se que o Kanakion foi administrado em 99,3% dos recém-nascidos durante o período de observação da pesquisa, sendo esta uma prática rotineira das maternidades. Dessa maneira, ambos os estudos demonstraram que a administração de vitamina K era realizada nas maternidades, sendo isso um aspecto satisfatório para assistência neonatal.

5.2.4 Aspectos de humanização

No que se refere aos aspectos de humanização esperados na sala de recepção do recém-nascido, sabe-se que o aleitamento materno é um dos critérios valorizados pelo Ministério da Saúde. Tanto a mãe como a criança passa por um período sensível durante a primeira hora após o parto. Trata-se de um momento em que o interesse materno pela criança pode ser intenso. Esse período de tempo deve ser aproveitado, caso a mãe queira interagir com seu filho. Em respeito a esse momento, a primeira hora após o nascimento é excelente para iniciar a amamentação, visto que o neonato usualmente está bem alerta e atento, com o reflexo de sucção ativo (BRASIL, 2002a).

O recém-nascido deve ser coberto com campo aquecido e seco, sendo colocado junto à sua mãe, para que esta o posicione para mamar sempre que possível e o aqueça com o calor de seu corpo. A equipe de saúde que assiste ao parto deverá propiciar um ambiente de tranquilidade e apoio, assim como conforto físico e emocional, no sentido de facilitar o contato íntimo entre ambos, o mais precocemente (BRASIL, 2002a).

Toda instituição que deseja possuir um programa de incentivo ao aleitamento materno deve ter como norma a prática de colocar os recém-nascidos para sugar durante a primeira hora de vida, desde que mãe e bebê se encontrem em boas condições (BRASIL, 2001b, 2002a). Esta prática, porém, não está presente nas maternidades e hospitais do país, encontrando resistências na implantação do cuidado.

Diante dos critérios avaliados nesse sentido, a pesquisa demonstrou que, em 90,9% das maternidades, os recém-nascidos são colocados junto à mãe logo após o nascimento, representando 100% dos públicos, 83,3% dos privados não conveniados ao SUS e 75% dos privados conveniados ao SUS. Além disso, a maioria dos serviços disse colocar o bebê para ser amamentado ainda na primeira hora de vida, o que demonstra um resultado positivo na perspectiva do aleitamento materno precoce. O estudo de Parada e Carvalhães (2007), entretanto, dispõe de resultados diferentes, onde, em apenas 31 (23,1%) dos partos avaliados, os recém-nascidos eram colocados para sugar ainda na primeira hora de vida.

Isso leva crer que, muitas vezes, o profissional refere realizar essa prática, já que sabe da importância dela para o binômio mãe/filho, porém, na rotina do serviço, não percebe a realização de tal atendimento em tempo oportuno. Convém, além de observar indicadores de estrutura, também levantar indicadores de processo nas maternidades de Cuiabá, para melhor elucidar a questão.

5.3 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DOS SERVIÇOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO

Depois de ser atendido na sala de parto, o recém-nascido em boas condições de adaptação extra-uterina é encaminhado ao alojamento conjunto. Esse setor deve estar localizado próximo aos demais setores de internação perinatal, do centro obstétrico e da UTIN quando houver, para facilitar o deslocamento da equipe e organização apropriada da assistência.

5.3.1 Aspectos estruturais

Em relação à presença de uma sala de cuidados para atender os recém-nascidos do alojamento conjunto, pode-se afirmar que uma parcela pequena (45,5%) das maternidades dispõe desse espaço dentro do próprio alojamento, enquanto que a maioria delas tem que encaminhar a criança para uma sala localizada em outro setor, caso seja necessário realizar algum procedimento ou fazer os cuidados rotineiros de alojamento conjunto. Das que possuem a sala de cuidados neonatais específica para o setor, todas têm as instalações necessárias, como água quente, janelas vedadas sem correntes de ar, pia com água corrente e prateleiras para organizar os materiais e roupas.

Em relação à área ocupada pelo binômio mãe/filho, apesar de a Portaria GM/MS, 1.016/93 exigir espaço mínimo de 3m² (BRASIL, 1993), o Manual de Assistência ao recém-nascido (BRASIL, 1994) orienta o tamanho de, aproximadamente, 5m², o que permitirá a localização do leito da mãe, o berço de seu filho, uma mesa de cabeceira e uma cadeira ou poltrona, que permitam a permanência do pai ou outro acompanhante. Cada serviço poderá fazer as adaptações de acordo com suas necessidades. Cabe destacar que, apesar de o manual do Ministério da Saúde ter sido redigido recentemente, foi adotado como parâmetro para essa pesquisa o espaço mínimo de 3m². Recomenda-se ainda que o berço fique com separação mínima de 2m do outro, e o número de duplas mãe-filho por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis (BRASIL, 1993, 1994).

Muitas vezes, as normatizações são redigidas para auxiliar na adequação do serviço, mas podem acabar gerando distorções e incompreensão, resultando no descumprimento da norma. Ao permitir a presença de, no máximo, seis duplas de mães-filhos numa mesma enfermaria, todos atenderam à normatização, porém, quando se avalia a mensuração de 3m² para cada binômio, apenas 45,5% tem essa área para os leitos de todas as enfermarias, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 1.016 (BRASIL, 1993). Esta parcela de hospitais é representada por 66,6% das maternidades privadas não conveniadas ao SUS, 25,0% das privadas conveniadas e nenhuma pública. Verificou-se que as maternidades privadas não conveniadas encontraram melhor adequação a essa norma.

Diante do tamanho das enfermarias das maternidades pesquisadas e visando a maior privacidade e conforto aos pacientes de alojamento conjunto, o número médio de leitos para os binômios por enfermaria deveria ser em torno de quatro; contudo, não é isso que se tem na maioria dos hospitais de Cuiabá. Em relação à distância de 2m entre os berços dos recém-nascidos, sete (63,3%) atendiam à norma, sendo representados por 100% dos públicos, 50,0% dos privados não conveniados ao SUS e 75,0% dos conveniados ao SUS. Logo, a maior parte dos hospitais estava em conformidade com essa norma.

É importante destacar que o alojamento conjunto é uma modalidade assistencial direcionada às puérperas e recém-nascido de baixo-risco, sendo realizada num ambiente de clínica obstétrica, com outros tipos de pacientes, tais como mulheres gestantes apresentando complicações obstétricas e/ou mulheres com afecções ginecológicas. Diante desta clientela, a equipe organiza os leitos, de forma a agrupar as gestantes, as puérperas com seus recém-nascidos e as mulheres com afecções ginecológicas, se possível, em enfermarias diferenciadas.

Alguns hospitais privados não conveniados ao SUS, entretanto, têm uma distribuição diferenciada dos leitos de alojamento conjunto. Muitas vezes, nessas instituições, as gestantes e puérperas são atendidas em uma clínica conjunta com outros tipos de pacientes, geralmente cirúrgicos. Isto foi justificado pelos profissionais das referidas instituições, pelo fato de elas não apresentarem alto índice de partos, não se constituindo em uma clínica específica e sim, em uma enfermaria, com puérperas e recém-nascidos, localizada dentro de outra clínica.

Observa-se que esse tipo de organização não se caracteriza como um alojamento conjunto tradicional, visto que a equipe de enfermagem da clínica deve dar conta de vários tipos de pacientes com diversas patologias e, ao agrupá-los, descaracteriza o ambiente de nascimento, tão propício para realização de práticas educativas e educação em saúde.

Para que o setor funcione de maneira adequada são exigidos, na área destinada a cada binômio mãe/filho, os seguintes recursos materiais: cama, mesa de cabeceira, berço, cadeira e material de higienização (BRASIL, 1993). No que se refere à adequação dessa norma, três (27,3%) maternidades têm todos os

mobiliários e material de higienização descritos (nenhum público, 33,3% dos privados não conveniados ao SUS e 25,0% dos conveniados ao SUS). O item menos encontrado foi o material de higienização, que, segundo as instituições que não oferece esse suporte, a família é que dispõe dos materiais para o recém-nascido.

Existem ainda alguns critérios organizacionais e que corroboram uma assistência de qualidade no alojamento conjunto, como realização de exame clínico do recém-nascido em seu próprio berço ou no leito materno; procedimentos mais complexos, como coleta de sangue, realizados fora do alojamento conjunto (BRASIL, 1993). Em relação ao exame no berço do neonato, todas as maternidades detêm condições físicas para tal procedimento, porém não foi avaliada a atuação prática; já o local específico para colher exames complexos dos bebês foi encontrado em oito (72,7%) maternidades, o que leva a pensar que nos demais serviços, esse tipo de procedimento pode ser realizado na enfermaria diante da mãe e de outras puérperas.

5.3.2 Recursos humanos

As unidades hospitalares com sistema de alojamento conjunto devem manter uma equipe mínima de recursos humanos, de rotina e de plantão, respeitando seu grau de complexidade. Recomenda-se uma equipe multiprofissional treinada, com enfermagem (1 enfermeiro para 30 binômios, 1 auxiliar para 8 binômios); médicos (1 obstetra para 20 mães, 1 pediatra para 20 crianças) e outros profissionais, como assistente social, psicólogo e nutricionista (BRASIL, 1993).

A portaria do Ministério da Saúde antes citada não deixa claro se os profissionais devem ser exclusivos do alojamento conjunto; porém, ao se seguir uma recomendação de número de binômios, compreende-se que um profissional não exclusivo atuante em outros setores irá facilmente extrapolar essa relação de paciente sob sua responsabilidade. Na prática, observa-se que, raramente, se têm profissionais exclusivos, mas apenas os técnicos de enfermagem.

O profissional enfermeiro foi encontrado em todas as maternidades apenas no período matutino, diminuindo a disposição deles nos outros turnos de trabalho, com melhores resultados nas instituições públicas e privadas não conveniadas. Pode-se dizer que apenas 63,6% das maternidades de Cuiabá tinha enfermeira no alojamento conjunto, disponível durante todo o dia (24 horas por dia). Apesar destes dados, o município investigado demonstrou melhores resultados que os encontrados nas maternidades de São Paulo, onde não havia enfermeira 24 horas por dia, atendendo as puérperas em nenhuma das instituições pesquisadas, e em apenas uma (8,3%) maternidade havia enfermeira disponível durante todo o dia, para atender o neonato (PARADA; CARVALHÃES, 2007).

Em relação à quantidade de binômios recomendada, nas sete maternidades que tinham enfermeira exclusiva do setor 24 horas por dia (100% públicas, 66,5% das privadas não conveniadas ao SUS e 50,0% das privadas conveniadas ao SUS), todas atendem à normatização, de no máximo, 30 binômios por esse profissional. Já a relação de técnicos por binômios está em conformidade em nove (81,8%) hospitais. No que se refere à presença de pediatra exclusivo 24 horas por dia no alojamento conjunto, nenhuma maternidade dispõe dessa condição, sendo encontrado apenas exclusivo no período diurno em apenas três (27,3%) maternidades.

Da mesma maneira, a Portaria GM/MS 1.016/93 (BRASIL, 1993) não deixa explícito se o pediatra deve ser exclusivo, mas é difícil seguir uma proporção de número de recém-nascidos por pediatra, ao se considerar que esse profissional não é exclusivo. O que seria aconselhável é ter, pelo menos, um pediatra plantonista, 24h por dia, no pronto atendimento do hospital para atender às intercorrências, mesmo sendo um local voltado para atender recém-nascido de baixo risco. Em relação aos demais profissionais, o nutricionista foi o único disponível em todas as maternidades.

5.3.3 Materiais e equipamentos

Dentre os materiais/equipamentos comumente utilizados na assistência ao recém-nascido, nenhum hospital dispõe de todos eles. O mais preocupante foi descobrir que equipamentos importantes, como fonte de oxigênio e aspirador a vácuo, estão disponíveis, respectivamente, em 90,9% e 54,5% dos serviços de alojamento conjunto pesquisados.

No hospital público, apenas um dos materiais investigados não está presente no alojamento conjunto, o clampeador de cordão umbilical. Vale ressaltar que esse material está disponível na sala de recepção do recém-nascido. O clampeador de cordão umbilical está disponível em apenas dois (18,2%) alojamentos conjuntos. Considerando esta situação, pode-se concluir que o serviço de alojamento conjunto dessa maternidade pública está adequado.

No que se refere ao item questionado sobre roupas, fraldas e cueiros, apenas 36,4% das maternidades dispõem deles, sendo 100% dos públicos, 50,0% dos privados não conveniados ao SUS e nenhum privado conveniado. No estudo de Parada e Carvalhães (2007), o indicador de estrutura referente à roupa para mãe e recém-nascido no alojamento conjunto está presente em 91,7% das maternidades investigadas.

A icterícia é o sinal mais comum observado em recém-nascidos internados em alojamento conjunto e UTIN e, embora, na maior parte dos casos, os recém-nascidos se encontrem saudáveis, este sinal, em alguns momentos, pode exigir cuidados específicos. Segundo Vieira et al (2004), cerca de 60% dos recém-nascidos desenvolve esta alteração, de forma clinicamente detectável, nos primeiros dias de vida.

O equipamento de fototerapia é fundamental no tratamento de icterícia neonatal, sendo mundialmente conhecido e de uso rotineiro nas maternidades. Apesar de sua importância, na presente pesquisa só está disponível em 63,6% dos serviços, o que se torna um fator desfavorável para a instituição, dificultando o manejo adequado dessa patologia tão frequente no período neonatal.

5.3.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

Neste aspecto, todos os serviços referiram encaminhar adequadamente os recém-nascidos para realizar a triagem neonatal e imunização, independente da fonte mantenedora da instituição, sendo considerada uma ação positiva. Além disso, mais da metade dos serviços (63,7%) realiza também outros exames, como a tipagem sanguínea em maior frequência e o teste do olhinho em menor proporção.

5.3.5 Aspectos organizacionais e de humanização

A capacidade de regulação da temperatura do recém-nascido é bem limitada, se comparado ao adulto, sendo fundamental a manutenção de sua temperatura corporal nos primeiros momentos de vida, para que tenha uma adaptação à vida extra-uterina bem sucedida. Esta manutenção da temperatura é regulada por interações complexas entre a temperatura do ambiente em que o bebê se encontra e a produção/perda de calor. Quando ele não consegue manter um bom controle, ocorre o resfriamento ou superaquecimento e, depois, a exaustão do mecanismo de termorregulação, que evolui para hipóxia e morte neonatal (KENNER, 2001).

O descuido profissional com a manutenção de um ambiente termoneutro para receber e acomodar o recém-nascido após o nascimento vem a ser uma das causas dos transtornos térmicos, visto que pouca importância é demonstrada à termorregulação.

O banho é um procedimento potencialmente estressante para o recém-nascido; ele pode causar hipotermia e aumento do choro, com elevação do consumo de oxigênio, sofrimento respiratório e desestabilização dos sinais vitais, principalmente se realizado sem os cuidados devidos (CUNHA, 2004). Diante disso, recomenda-se que o primeiro banho do bebê ocorra no alojamento conjunto, quando este estiver estável, não sendo necessário submetê-lo ao banho logo após o parto. A pesquisa, porém, levantou que 45,5% das maternidades realizam o

primeiro banho ainda na sala de parto, ou seja, em nenhum público, 66,6% dos serviços privados não conveniados ao SUS e 25,0% dos conveniados ao SUS.

Pesquisa realizada em um alojamento conjunto de uma maternidade do Estado do Ceará, descrevendo a qualidade do serviço, o acesso e o acolhimento, segundo a satisfação de 76 puérperas, mostrou que 74,3% das respondentes se encontram muito satisfeitas com a assistência recebida. Os principais motivos foram: o hospital oferece um bom atendimento, os profissionais são bons, atenciosos, tratam com respeito e tiram as dúvidas; o hospital é limpo, foi atendida rapidamente, é tudo no horário certo, medicação e comida; prestaram muita assistência ao bebê, o hospital tem uma boa estrutura e tem equipamentos para o bebê (QUEIROZ, 2007). Apesar de o presente estudo não abordar indicadores de resultados, compreende-se que os aspectos estruturais, como estrutura física adequada, materiais/equipamentos fundamentais e aspectos de humanização, têm impacto significativo na satisfação das puérperas atendidas em alojamento conjunto.

Segundo a Portaria GM/MS 1.016/93, as visitas ao binômio mãe/filho devem ser diárias, com facilitação da presença do pai. Deve ser evitada a oferta de bicos ou leites artificiais às crianças amamentadas ao seio e promover educação em saúde no setor (BRASIL, 1993). Em relação à amamentação, uma parcela importante disse colocar os neonatos para amamentar ainda na primeira hora de nascimento, o que se configura como um aspecto positivo dos serviços.

Os bicos e mamadeiras são proibidos em 54,5% dos serviços, sendo em maior proporção nos serviços público e privado conveniados ao SUS. Logo, é uma característica menos comum dos hospitais privados não conveniados ao SUS, visto que a proibição é algo que vai contra o direito da mãe de tomar a decisão do que quer para o filho, mesmo que não seja o mais apropriado para sua saúde. Além disso, as práticas de incentivo ao aleitamento materno devem oferecer condições para que a mãe escolha o que é melhor para o recém-nascido.

Poucos serviços (27,3%) realizam encontros educativos de rotina, com temas pré-determinados e voltados para o cuidado neonatal ou aleitamento materno. De acordo com o estudo de Parada e Carvalhães (2007), apenas 16,7% dos serviços pesquisados por eles dispõem de práticas sistematizadas educativas

para as mães. Além disso, o Ministério da Saúde esclarece que a equipe técnica do alojamento conjunto tem por obrigação ministrar às mães palestras e aulas com conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição (BRASIL, 1993). Pode-se dizer que a ferramenta de educação em saúde, geralmente aplicada pela enfermagem, vem sendo pouco praticada de maneira sistematizada nas maternidades investigadas, o que pode influenciar na prática da amamentação do recém-nascido e nos cuidados oferecidos pela mãe de maneira geral.

5.4 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAIS

Em mais de 90% dos nascimentos, a transição da vida intra para a extra-uterina ocorre tranquilamente, mas, em 10% dos casos, o bebê pode apresentar dificuldade antes ou durante o parto e após o nascimento e necessitar de assistência especializada, muitas vezes, tendo que ser encaminhado para um serviço de terapia intensiva neonatal (MINAS GERAIS, 2005).

Nas últimas décadas do século XX, houve um incremento na tecnologia de assistência médica hospitalar e, em especial, na atenção ao neonato prematuro e de muito baixo peso ao nascer. A organização e implantação das UTIN, na década de 80, possibilitaram a sobrevivência de crianças até então consideradas inviáveis devido à prematuridade e ao baixo peso de nascimento (KLAUS; FANAROFF, 1995). À medida que a medicina continua a desenvolver tecnologias para a manutenção da vida, muitos recém-nascidos de alto risco, que, no passado, teriam morrido algumas horas ou dias após o nascimento, hoje sobrevivem (KENNER, 2001; VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

Nem todos os hospitais dispõem de UTIN, apenas sete (58,3%): um de médio porte e cinco de grande porte. De acordo com a Portaria GM/MS nº 466/98 (BRASIL, 1998d), todo hospital materno-infantil que atenda gravidez/parto de alto risco deve dispor de UTI de Adulto e Neonatal. Dos hospitais que não dispõem de UTIN, nenhum é referência para gestação/parto de alto risco, apenas

de baixo risco, e todos são de médio porte, estando em conformidade com a regulamentação.

Um dos hospitais que têm UTIN, considerado referência em atenção materno/infantil, com atendimento de gestantes de alto risco, não dispõe de UTI adulto em sua estrutura; portanto, diante de qualquer complicação grave, a mãe é encaminhada a um serviço especializado de outro hospital, resultando na internação do recém-nascido e da mãe em hospitais diferentes. Assim, este hospital privado não conveniado ao SUS não se adequa a essa normatização do MS e se trata de uma instituição privada não conveniada ao SUS (BRASIL, 1998d).

O estudo de Souza (2003), realizado com UTIN e UTIP de São Paulo, constatou um discreto predomínio de unidades públicas (47%), seguido pelas privadas (37,6%) e filantrópicas (15,3%). No município de Cuiabá, a pesquisa demonstrou uma distribuição diferente, havendo um predomínio de instituições privadas não conveniadas ao SUS (25,0%), seguida de privada conveniada ao SUS (16,7%) e públicas (16,7%). Ao se considerar que a demanda de usuários do SUS é bem maior que a de pacientes em instituições privadas, pode-se dizer que as unidades públicas são poucas se comparadas às privadas. Essa condição leva os gestores da rede pública de saúde a utilizar leitos conveniados para compensar essa desproporção.

5.4.1 Aspectos estruturais

Recomenda-se que as UTIN sejam instaladas em locais de fácil acesso, próximo ao alojamento conjunto e do centro cirúrgico. No que diz respeito a esta recomendação, todas as UTIN estão em conformidade, tanto que uma delas se localiza, praticamente, ao lado do centro cirúrgico.

As inadequações da estrutura da UTIN, entretanto, são muitas e relevantes, podendo comprometer a qualidade da assistência neonatal, a exemplo disto, tem-se a proporção de apenas 28,6% das unidades atendendo à dimensão mínima exigida para cada leito neonatal (3m²), conforme a Portaria GM/MS nº 466/98 (BRASIL, 1998d). Segundo o estudo de Barbosa citado por Souza (2003),

realizado em UTI neonatais e pediátricas do Rio de Janeiro, ao analisar a área individual por leito, observou-se que 90% das unidades não dispõem de área física com tamanho adequado para cada leito intensivo.

Esses resultados sugerem maior preocupação por parte dos gestores com a preservação de um espaço confortável a ser dimensionado para cada leito intensivo, principalmente ao se considerar a presença de familiares junto ao bebê na unidade, este espaço torna-se insuficiente.

É importante destacar que muitas das normatizações propostas para as UTIN visam ao controle e redução da infecção hospitalar, principalmente ao se considerar que o neonato tem maior facilidade para desenvolver infecções e que é, rotineiramente, submetido a inúmeros procedimentos invasivos. Pensando nessa condição, encontrou-se UTIN que não cumpre tais exigências, dificultando o exercício de uma assistência mais segura para o bebê e equipe.

Em relação aos acessórios dos lavatórios de mãos, observou-se que todas as unidades privadas não conveniadas ao SUS atende às recomendações mínimas, diferentemente das públicas e das conveniadas ao SUS, em que somente parte das unidades atende à recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998d). No estudo de Souza (2003), que avaliou os aspectos estruturais de UTIN e UTIP, encontrou-se um baixo percentual (29,4%) de lavatórios de mãos que são acionados, dispensando o uso das mãos. Nesse sentido, os dados de Cuiabá demonstram resultados semelhantes, onde 28,6% das UTIN apresentam lavatórios com dispositivo automático.

Outro aspecto inadequado foi a presença de dois leitos neonatais juntos num mesmo isolamento, descaracterizando a real indicação desse ambiente. Os isolamentos detêm as características básicas exigidas, exceto uma UTIN, que não possui bancada para despejo de material contaminado dentro do local.

Toda UTIN deve possuir os seguintes ambientes para o desenvolvimento de suas atividades: posto de serviços de enfermagem, área para prescrição médica, sala de utilidades, sala administrativa, copa, rouparia, sala de preparo de equipamentos/material (desinfecção), depósito de equipamentos/material, sanitário com vestiário para funcionários, sala de espera para visitantes, sanitário para público, depósito de material de limpeza, sala de

reuniões, quarto de plantão ou repouso com banheiro e área de estar para a equipe de saúde. É importante relatar que a sala administrativa deve estar localizada dentro da UTIN (BRASIL, 1998d).

Na pesquisa, apenas 28,6% das unidades dispunha de todos os ambientes obrigatórios, sendo estas UTIN privadas conveniadas ao SUS; já das outras unidades, nenhuma dispõe de todos os espaços necessários. O mais preocupante é que, na ausência de ambientes fundamentais, a equipe opta por fazer uso de outros espaços. Isto acontece com a ausência de um local apropriado para fazer desinfecção dos equipamentos, o que leva muitas unidades a realizá-la na área coletiva, gerando transtornos na rotina do setor.

Apesar de a sala de reuniões e área de estar para a equipe serem ambientes recomendados pela Vigilância Sanitária, eles são considerados opcionais nas UTIN (BRASIL, 1998d). Encontrou-se sala de reuniões e de espera em 71,5% das UTIN, consideradas de uso exclusivo da unidade ou do hospital. São locais que, mesmo opcionais, devem ser valorizados, pois oferecem condições para a realização de discussão de casos, reuniões de equipe e realização de grupos de estudo ou de apoio aos familiares dos neonatos internados.

A exigência de um determinado ambiente não significa que ele garanta condições satisfatórias de assistência; para isto também devem ser seguidas algumas recomendações mínimas em determinados ambientes da UTI, quando se pensa em assistência de qualidade. De acordo com a Portaria GM/MS nº 466 (BRASIL, 1998d), o posto de enfermagem deve obedecer à proporção de um posto para cada dez berços ou incubadoras, além de estar instalado de forma a permitir completa observação dos leitos, seja por observação visual ou por meio eletrônico, devendo, neste caso, dispor de uma central de monitores.

Na presente pesquisa, cinco (71,4%) unidades têm posto de enfermagem, mas, ao se considerar as características exigidas para este espaço, apenas duas UTIN possuem posto adequado. A área para prescrição da equipe de saúde estava em conformidade em todas as unidades. Em seu estudo, Souza (2003) investigou a metragem da área de prescrição e do posto de enfermagem e encontrou que 86,4% das unidades eram adequadas para o primeiro e 57,6% para o segundo aspecto.

Ainda referente às instalações exigidas no ambiente de terapia intensiva, por tratar-se de um setor inserido num contexto hospitalar e que realiza procedimentos de alta complexidade, há necessidade de que tenha rede de água fria e quente; ar comprimido medicinal; oxigênio; vácuo clínico; ar condicionado; iluminação natural; rede elétrica de emergência; rede elétrica diferenciada - cada circuito com fases e disjuntores independentes e sistema de exaustão (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2002). Apenas uma (14,3%) UTIN pesquisada possui todos os itens exigidos pelo Ministério da Saúde, sendo esta pública. O item mais ausente nas unidades foi o vácuo, porém observou-se, na prática das UTIN, que a assistência não apresenta prejuízos quando não tem essa instalação, visto que utiliza a rede de ar comprimido para instalação de aspirador.

Comparando a adequação de pontos de oxigênio e ar comprimido e tomadas aterradas, viu-se que as unidades privadas não conveniadas atenderam, em sua totalidade, às três recomendações, sendo que a pública e a conveniada ao SUS demonstraram piores proporções dessas instalações. Por outro lado, a pesquisa realizada por Souza (2003) encontrou uma alta taxa de conformidade, independente da fonte mantenedora. Compreende-se que instalações básicas como estas não podem ser em número reduzido, pois comprometem a utilização dos gases de maneira mais ágil e necessidade de se ligarem vários equipamentos num mesmo leito.

Pode-se afirmar que os problemas estruturais não se restringem apenas às unidades neonatais. Em estudo de análise estrutural de serviços hospitalares, realizado em duas UTI de adulto de um hospital universitário da cidade de Campo Grande - MS, Olinda Araújo (2000) constatou que existem diversos problemas estruturais nas unidades estudadas. Dessa maneira, tanto nas unidades que prestam atendimento ao adulto como ao recém-nascido, a estrutura, quando inadequada, contribui para uma assistência ineficaz aos usuários.

5.4.2 Recursos humanos

A disposição dos profissionais se encontra de acordo com o tipo de assistência prestada ao recém-nascido e deve seguir as normatizações quanto ao número e especialização profissional, determinadas pelo Ministério da Saúde. De acordo com a Portaria MS/GM nº 3.432 (BRASIL, 1998c¹), a equipe básica inclui:

Um responsável técnico, com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica ou no caso de UTIN, um médico com título de especialista em pediatria com área de atuação em Neonatologia conferidos pela Associação de Medicina Brasileira;

Um médico diarista para cada dez leitos ou fração, com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica, ou no caso de UTIN, um médico com título de especialista em pediatria com área de atuação em neonatologia conferidos pela Associação de Medicina Brasileira;

Um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; um auxiliar técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno; acesso a cirurgião pediátrico, torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

No estudo realizado por Souza (2003), em UTIP e UTIN de São Paulo, verificou-se que 96,4% dos serviços pesquisados apresentam o diretor médico exclusivo do serviço; todos eles são especialistas em pediatria ou em medicina intensiva. Em relação ao plantonista, uma das 85 unidades informou não possuir médico 24 horas por dia no ambiente da UTI. As 12 horas noturnas são cobertas pelo plantonista de emergência. Observou-se que a maioria dos profissionais médicos tinha a titulação exigida, talvez por tratar-se de serviços localizados em uma cidade de grande porte, em que a oferta de especializações profissionais é maior, diferente do que ocorre em algumas regiões do país, como no

¹ Informação extraída de documento acessado em meio eletrônico.

Estado de Mato Grosso, que apresenta número restrito de capacitação e especialização para os profissionais.

Cabe destacar que o médico plantonista deve ser, pelo menos, pediatra ou neonatologista, enquanto o responsável técnico, pediatra/neonatologista e ter especialização em medicina intensiva, para que conheça com propriedade a dinâmica desse serviço, que é a UTIN. No município de Cuiabá, das sete UTIN pesquisadas, todas dispõem de responsável técnico médico, e, desses, 71,4% possuem especialização conforme as exigências do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998c). No que se refere ao plantonista médico, todos são pediatras, estando em conformidade com as normatizações; entretanto apenas 42,85% atendia à proporção de um médico para cada 10 leitos intensivos.

Em relação ao profissional enfermeiro, notou-se, no estudo de Souza (2003), que apenas 59,5% das unidades de terapia intensiva possui, em seu quadro de profissionais, um enfermeiro-chefe exclusivo do setor. No que se refere ao enfermeiro assistencial, quase que a totalidade das unidades (95,5%) possui enfermeiros 24 horas por dia.

Em Cuiabá, 85,7% das unidades têm enfermeira coordenadora do setor, e todas dispõem de plantonista enfermeira nas 24 horas; porém em somente quatro unidades são exclusivas para o setor, sendo que, nas demais, são plantonistas responsáveis pela assistência de enfermagem também da UTIP, que se encontra anexa à UTIN. Um aspecto que merece destaque é o fato de a maioria dos coordenadores de enfermagem ser também os plantonistas do setor. Além disso, observou-se sobrecarga de trabalho para alguns enfermeiros plantonistas lotados nessas UTI mistas (UTIP e UTIN), uma vez que tinham que assistir pacientes de duas unidades intensivas, muitas vezes, com mais de 10 leitos sob sua responsabilidade.

Outra inconformidade preocupante foi a quantidade de técnicos de enfermagem para cada leito neonatal. Neste caso, apenas 57,1% das UTIN tinha número adequado de técnicos, enquanto, nas outras, os técnicos prestam cuidados individuais a mais de dois recém-nascidos, desobedecendo a recomendação do MS. Cabe destacar que a divisão do trabalho nas UTIN da região se dá pelo cuidado integral, em que o profissional técnico de enfermagem assume todos os

cuidados com o neonato. Souza (2003) encontrou valores não muito diferentes em seu estudo, com 68% das unidades atendendo à relação de um técnico para cada dois pacientes.

De qualquer maneira, esse número de profissionais não é suficiente, principalmente ao se considerar as situações quando esses profissionais precisam ausentar-se do serviço, por motivo de doença, férias ou capacitação, reduzindo a quantidade desses trabalhadores nas unidades, ocasionando sobrecarga de trabalho e prejuízo na qualidade do atendimento ao neonato.

Em relação à fonte mantenedora, ao contrário do que se pensava inicialmente, não houve diferença relevante entre unidades públicas, privadas não conveniadas e privadas conveniadas, segundo a presença dos profissionais médicos e enfermeiros. Segundo o número de técnicos de enfermagem, encontrou-se adequação em 50,0% das públicas, 100% das privadas não conveniadas ao SUS e 33,3% das conveniadas ao SUS.

O profissional fisioterapeuta foi o único presente em todas as unidades no período diurno e em algumas unidades também no período noturno, sendo este um profissional que vem ao longo da última década conquistando cada vez mais o seu espaço no ambiente de UTIN. O nutricionista, considerado não exclusivo, mas um profissional necessário no quadro de funcionários do hospital onde as unidades estão instaladas, está presente em 85,7% das UTIN pesquisadas. Em relação aos psicólogos, a proporção foi menor, de 71,4%, como acessível. É importante destacar que profissionais, como nutricionista, psicólogo, assistente social e outros, não fazem parte do quadro exclusivo da UTIN, mas a qualidade da assistência depende do acesso a eles, já que contribuem para o cuidado integral ao neonato.

Em relação aos funcionários de apoio, administrativo e de limpeza, a quantidade foi ainda menor, levando muitas vezes a distribuição de determinadas tarefas para outros profissionais, a exemplo da enfermeira, que, diante dessas condições, assume trabalhos administrativos, dispensando menor tempo aos cuidados diretos do neonato e família, ou treinando o pessoal de enfermagem.

No que se refere aos recursos educacionais, as unidades privadas não conveniadas ao SUS demonstraram melhores condições para oferecer atividades de capacitação aos seus profissionais, como treinamentos e oferta de biblioteca para estudo. Não se sabe, porém, se os profissionais realmente utilizam esses recursos, considerados essenciais para a melhoria da qualidade do serviço.

5.4.3 Recursos materiais

Um aspecto positivo encontrado é que dos 35 itens investigados, considerados materiais e equipamentos mínimos recomendados para UTIN, todas as unidades informaram dispor, seja de uso exclusivo ou não, dos seguintes artigos: incubadora de parede dupla, berço aquecido de calor radiante para cuidados intensivos, monitor eletrocardiograma contínuo, com visoscópio, oxímetro de pulso, bomba de infusão volumétrica, respirador neonatal, jogo de traquéia para respirador, material para modalidade de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) e pronga, aparelho de fototerapia convencional ou outros, umidificador para oxigenioterapia, capacetes para oxigenioterapia, balança neonatal (100g a 25 kg), negatoscópio, carro de reanimação/emergência, laringoscópio com jogo de lâminas 0 e 1 reta, bolsa de ventilação (ambú) e máscara neonatal, estetoscópio, esfigmomanômetro com braçadeira neonatal, monitor de pressão não invasiva, jogo de cânula endotraqueal (nº 2,5 a 4) e fita métrica/antropômetro, aparelho de RX móvel próprio, aparelho para aferição de glicemia capilar, eletrocardiógrafo e geladeira.

Souza (2003), em seu estudo, encontrou alguns resultados semelhantes, em que todas as unidades pesquisadas dispõem de CPAP, capacete/hood, ambú neonatal, estetoscópio, incubadoras, berços aquecidos e inalador com máscara. Esta autora ainda refere que os resultados encontrados são concordantes com os achados de um estudo realizado no Rio de Janeiro, em 1998, por Barbosa, em UTIN e UTIP do município. Diferente dos resultados da presente pesquisa, o inalador não foi encontrado em todas as unidades do município de Cuiabá, mesmo sendo considerado um material básico no cuidado intensivo.

Existem, todavia, unidades que não dispõem dos outros equipamentos, apresentando menor nível de conformidade nas unidades, tais como urodensímetro (14,3%), aspirador elétrico portátil (14,3%), capnógrafo (28,6%) monitor de pressão invasiva (71,4%), máscara de nebulização (85,6%), otoscópio (85,6%), oftalmoscópio (57,1%) e cânula de guedel neonatal (85,6%), sendo esta condição de recursos materiais um complicador para uma assistência neonatal efetiva. Em respeito a estes itens, encontrou-se uma melhor proporção nas unidades públicas e privadas não conveniadas ao SUS. A bomba de infusão tipo seringa não está descrita nas normatizações do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998d), mesmo sendo um equipamento fundamental, visto que permite administrar volumes menores de soluções, evitando desperdício de medicamentos quando comparado às bombas convencionais. Esse dispositivo encontra-se disponível em apenas 42,9% das unidades.

No estudo de Souza (2003) encontrou-se que, as unidades intensivas neonatais, quando comparadas às pediátricas, eram significativamente mais carentes de recursos materiais mínimos. Nem sempre ter um material ou equipamento é sinônimo de acesso a ele, porque o serviço pode dispor em quantidade insuficiente, tendo que escolher em qual neonato utilizar certo equipamento. Esta situação é considerada inadequada e não condiz com as recomendações vigentes para um serviço de alta complexidade, que é uma UTIN.

Diante dos resultados, pode-se dizer que a maioria dos materiais/equipamentos pesquisados não está disponível em quantidade suficiente em todas as unidades, destacando as seguintes proporções de unidades em conformidade: incubadora de parede dupla (57,1%), monitor beira de leito com visoscópio (28,6%), aparelho de oxímetro de pulso (42,9%), bomba de infusão (42,9%), CPAP e balança neonatal (57,1%), umidificador e capacete/hood (71,4%), aparelho de fototerapia (85,7%), termômetro (28,6%), estetoscópio (85,7%) e fita métrica (14,2%). Em relação ao quantitativo dos artigos, observa-se que as unidades privadas não conveniadas ao SUS apresentaram melhores proporções segundo as recomendações exigidas.

Em relação às bandejas e *kits* para determinados procedimentos básicos realizados nas unidades, exceto o material para traqueostomia, disponível em 50% das unidades privadas não conveniadas ao SUS, os demais materiais

desse tipo estão presentes em 100% dessas unidades. Já nas unidades públicas e privadas conveniadas ao SUS, observou-se menor atendimento às normas; entretanto, os equipamentos de transporte (incubadora para transporte neonatal, cilindro transportável de oxigênio, ventilador para transporte e bombas de infusão), estão disponíveis em sua totalidade em apenas uma (14,2%) unidade, sendo esta privada conveniada ao SUS.

Além de o setor dispor dos materiais, é importante a realização de cuidados específicos para sua manutenção e organização. Todos os equipamentos em uso na UTI devem apresentar-se limpos, desinfetados e/ou esterilizados, conforme necessidade de uso, em plenas condições de funcionamento e com todos os alarmes ligados e regulados. A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e procedimentos indicados pelos fabricantes, visando garantir o seu funcionamento dentro dos padrões estabelecidos (BRASIL, 1998d).

5.4.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

A assistência ao neonato de risco exige acesso a equipamentos de alta densidade tecnológica, possibilitando um diagnóstico rápido, a fim de tratá-lo de forma integral, com o mínimo de sequelas. A assistência e os serviços especializados podem estar disponíveis dentro do hospital ou fora, desde que seja possível o acesso a eles, todavia, quando o serviço está disponível dentro da própria unidade ou do hospital, observa-se que o acesso é facilitado, contribuindo para o diagnóstico e tratamento mais rápidos.

Em relação aos diversos tipos de assistência especializada, pode-se afirmar que a maioria das unidades tem acesso a elas, poucos na própria UTIN, e a maior parte delas no hospital ou fora dele. Vale destacar que os serviços públicos mostraram uma boa disponibilidade desta assistência no próprio hospital, o que é um aspecto vantajoso, que agiliza a assistência. De acordo com o estudo realizado por Souza (2003), nas UTIP e UTIN em São Paulo, a maioria delas informou ter acesso a todos os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

preconizados pela legislação vigente. Isto demonstra que, pelo menos, a assistência especializada é oferecida aos recém-nascidos, independente da fonte mantenedora; mas, não se sabe o tempo que se demora em conseguir essa assistência.

Em relação aos serviços especializados de hemoterapia, diálise, laboratório clínico, anatomia patológica, radiologia convencional, ultrassonografia, ecodoppler, tomografia computadorizada, fibrobroncoscopia, eletroencefalografia e banco de leite, todas as unidades têm acesso a eles, seja no próprio hospital seja fora dele.

5.4.5 Aspectos organizacionais e de humanização

Por tratar-se de um ambiente repleto de suporte tecnológico e profissionais especializados, não se pode excluir desse ambiente a preocupação com um cuidado humanizado. Diante de uma assistência especializada com tanto suporte, os pais têm necessidade de receber informações detalhadas sobre o funcionamento da UTIN, as condições do bebê e seu tratamento. Das unidades pesquisadas, 85,7% oferece diariamente informações sistemáticas e detalhadas aos pais, sendo uma maneira de confortá-los e, ao mesmo tempo, sanar prováveis dúvidas das famílias.

Diariamente nascem e morrem crianças que foram desejadas por suas famílias e se encontram, neste momento, separadas física e emocionalmente. Para os pais, a UTIN é um ambiente de esperança e de medo; esperança, por saber que esse é um local preparado para atender melhor o seu filho e aumentar as chances de sobrevivência; medo, por não estarem, de modo geral, preparados para esta separação (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Como forma de minimizar a distância entre a família e o recém-nascido, a Portaria GM/MS nº 466 (BRASIL, 1998d) assegura o acesso diário de visitantes e familiares aos pacientes internados em UTIN, conforme rotina e horário estabelecidos pelo responsável técnico e chefia de enfermagem. Considerando essa determinação, todas as unidades estão adequadas; todavia, ao se considerar

o Estatuto da Criança e da Adolescência (BRASIL, 1995), que assegura a toda criança direito a ser acompanhada por um familiar durante a internação, a realidade investigada foi diferente. Vale lembrar que a maioria (71,4%) das UTIN tem horário de visita livre para as mães, o que representa um aspecto positivo na humanização do cuidado, porém o estudo não avaliou as condições estruturais das unidades para acomodar as mães, bem como se elas têm liberação para permanecer todos os períodos, inclusive o noturno com seu filho, atendendo ao Estatuto, contrariando o estudo de Souza (2003), que encontrou uma proporção de 45% de unidades que permite visitas em horários livres para as mães.

Pesquisa que investigou a participação da família no cuidado ao prematuro em uma UTIN pública de Cuiabá já mostrava que os pais eram submetidos a horários pré-estabelecidos para ter acesso ao filho hospitalizado, e os avós eram os únicos membros da família que podiam visitar o bebê (GAÍVA; SCOCHI, 2005). A presente pesquisa demonstrou certo avanço, ao encontrar flexibilidade de horários de visita, pelo menos, para as mães na maioria das unidades.

As unidades públicas foram as que apresentaram melhores resultados em relação aos critérios aqui descritos. Dessa maneira, um serviço que se preocupa com esse contexto de humanização do cuidado deve organizar suas rotinas de forma a garantir visitas diárias dos familiares, disponibilizando informações da evolução diária dos bebês (BRASIL, 1998c).

No Brasil, o método canguru consiste em um esforço de humanização da assistência, que envolve três etapas: a internação na UTIN, na unidade canguru e o acompanhamento no ambulatório de seguimento após a alta hospitalar até o peso de 2.500 g. Em todas as etapas, o contato pele a pele e o aleitamento materno são incentivados. Além disso, na segunda etapa, a mãe permanece, diuturnamente, assumindo os cuidados do seu filho progressiva e continuamente até a alta hospitalar (BRASIL, 1999a).

O estudo de Lamy Filho et al (2008), que avaliou os resultados do método mãe canguru em 16 unidades neonatais brasileiras, evidenciou que a maior diferença encontrada foi quanto ao aleitamento materno exclusivo na alta (2,34 vezes mais frequente no grupo canguru). Isto deve ocorrer porque o contato pele a

pele estimula o vínculo mãe-bebê, reforçando a continuidade do aleitamento materno.

Infelizmente, no presente estudo, apenas duas (28,6%) UTIN informaram realizar o método mãe-canguru, conforme as normatizações do Ministério da Saúde; todavia, esse aspecto deve ser melhor avaliado através de indicadores de processo e resultado para melhor detalhar esse resultado, tendo em vista que muitas unidades acreditam que o método se reduz apenas ao contato do recém-nascido com a pele da mãe. No que diz respeito às atividades educativas, duas UTIN informaram realizá-las, entretanto nenhuma tinha grupo de apoio aos pais, sendo esta uma atividade pouco valorizada pelas unidades já que envolve disponibilidade e interesse da equipe. As unidades que dispõem dos itens descritos anteriormente são privadas não conveniadas ao SUS.

5.5 AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS

A UCIN deve estar localizada, dentro do hospital, próxima de outros setores de cuidados neonatais, a fim de facilitar a comunicação, deslocamento do pessoal e, eventualmente, remoção do recém-nascido (BRASIL, 1994). Geralmente se encontra nas dependências da UTI, o que possibilita o atendimento mais eficiente, caso a criança tenha seu estado de saúde agravado, deslocando-a para a unidade de alto risco. Neste estudo, as únicas unidades se localizam nas dependências das respectivas UTIN, e ambas são privadas não conveniadas ao SUS.

Segundo Souza (2003), existe uma relação de leitos intensivos neonatais para leitos semi-intensivos, na qual a maior quantidade de leitos deve ser disposta em unidade de cuidados semi-intensivos. Esta autora destaca que, para o município de São Paulo, seriam recomendados 790 leitos neonatais, sendo distribuídos em 265 (33,5%) intensivos e 525 (66,5%) semi-intensivos.

O município de Cuiabá dispunha, na época do estudo, de 76 leitos de UTIN, chegando a 85, se somados os leitos da UTIN não participante, para

apenas 20 leitos de UCIN. Ao se considerar a proporção aplicada no estudo acima, Cuiabá deveria ter uma proporção menor de leitos intensivos e maior de semi-intensivos. Da maneira como os leitos neonatais (UTIN e UCIN) estão disponíveis, há uma utilização inadequada de leitos intensivos para crianças que poderiam estar sendo cuidadas em UCIN, resultando, assim, no aumento de custos da assistência neonatal.

5.5 1 Aspectos estruturais

O espaço sugerido para cada leito de UCIN é de 3-4m² com uma distância de 1m entre cada berço/incubadora e paredes, permitindo a circulação de 2m entre eles (BRASIL, 1994, 1999b). No tocante a esta recomendação, apenas 50,0% das unidades estava em conformidade, sendo que a outra UCIN dispõe de leitos muito próximos uns dos outros, prejudicando a acomodação dos pais junto aos leitos nos momentos de visita e o fluxo adequado da equipe nesse local.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 1.091 (BRASIL, 1999b), as UCIN devem dispor de ambientes voltados para uma assistência de qualidade, devendo conter: uma área para prescrição da equipe de saúde, área de cuidados e higienização na proporção de um para cada quinze leitos, posto de enfermagem na proporção de um para cada quinze leitos, sala de serviço na proporção de uma para cada posto, área coletiva de internação, sala de acolhimento para amamentação ou ordenha do leite materno e ambientes de apoio.

Na presente pesquisa, ambas as UCIN fazem parte da estrutura das UTIN, com vários espaços em comum; logo, torna-se mais difícil avaliar a sua adequabilidade, já que não existem normatizações detalhadas para direcionar esses casos. Dessa maneira, acredita-se que cada unidade deve utilizar os espaços em comum com bom senso, de forma a não prejudicar a qualidade da assistência. Um exemplo disso é a área de prescrição médica, a sala de acolhimento para amamentação ou ordenha do leite materno e os ambientes de apoio, podendo ser utilizados conjuntamente pelas UTIN e as duas UCIN, estando, nesse caso, em conformidade com a normatização (BRASIL, 1999b). Dos ambientes considerados como de uso exclusivo da UCIN, tem-se o posto de

enfermagem, presente em apenas 50,0% das unidades; já os demais espaços estão em conformidade.

Além disso, o Manual de Assistência ao Recém-nascido do Ministério da Saúde acrescenta a este setor alguns ambientes, como área de armazenamento de material e roupa limpa, área de preparação de medicação e material esterilizado que seja afastada dos leitos, mas permita visualização dos bebês; expurgo afastado de todo o setor, e que a saída do material contaminado seja realizada por uma passagem diferente da utilizada pelo acesso ao setor limpo; área de estar para pais e filhos, muito utilizada para amamentação dos bebês (de 9-10m²) com um lavatório; área de repouso dos funcionários; área de ingresso com armários contendo roupas privativas e um lavabo para higienização das mãos (BRASIL, 1994). Neste caso, os ambientes de apoio citados não foram avaliados detalhadamente por pertencerem às UTIN, não havendo necessidade de ser exclusivos das UCIN.

Mesmo sendo uma unidade de cuidados intermediários, é exigida a presença de fontes de oxigênio, se houver uma central de distribuição, esta será através de um mural com pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas reguladoras de pressão, além de pontos de vácuo para cada leito. Se o local não dispuser deste sistema, deverá conter um torpedo de oxigênio para cada leito e, pelo menos, um aparelho portátil de aspiração para todo o setor. As fontes de energia elétrica também seguem as normatizações do Ministério da Saúde, dispondo de quatro por leito (BRASIL, 1994, 1999b).

Considerando a relação de um lavatório de mãos para cada dez leitos, têm-se todas as UCIN como adequadas; porém, nenhuma delas possui dispositivos automáticos nos lavatórios de mãos, o que é recomendado. Todas estão em conformidade quanto à presença de expurgo, água fria e quente e quantidade de pontos de oxigênio e ar comprimido para cada leito; de outro modo, 50,0% não dispõem de vácuo clínico e rede elétrica de emergência, o que é um fator elétrico agravante.

5.5.2 Recursos humanos

Da mesma forma que na UTIN é exigida a presença de profissionais especializados, também há uma normatização para os trabalhadores da UCIN, porém em proporções diferentes. Por serem neonatos de médio-risco, os profissionais são responsáveis por um número maior de leitos, conforme normatizado na Portaria GM/MS nº 1.091 (BRASIL, 1999b²):

01 (um) responsável técnico com título de especialista em neonatologia (TEN) ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia comprovada por meio de declaração de serviço;

01 (um) médico diarista com título de especialista em neonatologia ou residência médica em pediatria reconhecida pelo Ministério da Educação ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria, com experiência de 02 (dois) anos em neonatologia, comprovada por meio de declaração de serviço, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

01 (um) médico plantonista com especialidade em pediatria exclusivo para cada 15 (quinze) leitos ou fração, por turno de trabalho; 01 (um) enfermeiro coordenador; 01 (um) enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 15 (quinze) leitos ou fração; 01 (um) técnico/auxiliar de enfermagem para cada 05 (cinco) leitos, por turno de trabalho e 01 (um) funcionário exclusivo responsável pela limpeza do serviço.

Em relação aos recursos humanos, todas as UCIN dispõem desses profissionais com formação adequada e disponível para o setor. O que se questiona, todavia, é a exclusividade ou não deles, já que a maior parte da equipe é a mesma da UTIN, com exceção dos técnicos de enfermagem, que são exclusivos e em número suficiente, conforme a normatização do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999b).

O responsável técnico médico, o diarista e o pediatra plantonista podem ser os mesmos da UTIN correspondente. Para o responsável técnico não há

²Informação extraída de documento acessado em meio eletrônico.

limite de leitos por profissional; para os demais, há uma proporção mínima de leitos recomendada para cada um deles. Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, o médico pediatra e o diarista devem atender à relação máxima de 1:15 leitos intermediários. Como nas duas instituições, esse profissional não é exclusivo do setor, atendendo também os leitos da UTIN correlata, a proporção de pediatra por leitos diminui, visto que uma das UCI/UTIN tem, no total, 25 leitos e, a outra, 21 leitos. Dessa maneira, os médicos diaristas e plantonistas das unidades semi-intensivas podem ser os mesmos que atendem a UTI correspondente, desde que não seja ultrapassada a relação médico/leitos estabelecida (BRASIL, 1998c, 1999a).

No que se refere ao coordenador de enfermagem na unidade, este pode ser o mesmo da UTIN correspondente, estando em conformidade com a regulamentação vigente, enquanto o plantonista-enfermeiro deve ser exclusivo da UCIN. Neste caso, nenhuma unidade dispõe deste profissional exclusivo, o que pode resultar em sobrecarga de trabalho e prejuízo na assistência neonatal realizada por esse profissional.

Souza (2003) considera que as unidades semi-intensivas devem ficar sob a coordenação da mesma equipe da UTI, uma vez que são destinadas, em parte, a dar seguimento à assistência aos pacientes procedentes da unidade intensiva, já em recuperação e mais estáveis. Neste caso, concorda-se com a autora, porém não se pode permitir uma sobrecarga de pacientes para os profissionais responsáveis por atender ambas as unidades.

5.5.3 Materiais e equipamentos

Por referir-se a um local que atende bebês oriundos da UTIN que estão estáveis, mas que ainda requerem cuidados específicos quanto ao ganho de peso e aleitamento materno, os materiais exigidos são também diferenciados e adequados às condições da clientela que receberá o cuidado.

Constatou-se que os equipamentos não disponíveis nas UCIN foram aqueles indicados no atendimento de recém-nascidos não estáveis, como

esfigmomanômetro, monitor de beira de leito com visoscópio (multiparâmetro), respirador, aspirador portátil e conjunto de CPAP. Todas as unidades informaram que o quadro geral dos neonatos atendidos nas unidades semi-intensivas não exige este suporte de materiais e equipamentos. Quando vier a precisar, é ele encaminhado à UTIN correspondente. A Portaria GM/MS nº 1.091 (BRASIL, 1999b) não faz referência a esta peculiaridade, condição a ser discutida pelos órgãos regulamentadores da assistência neonatal, de maneira a esclarecer estas situações. Em relação aos demais materiais/equipamentos investigados, a maior parte deles está disponível na própria UCIN.

Considerando o quantitativo previsto nas normatizações, nenhuma das unidades dispõe de todos os artigos investigados em quantidade suficiente, e a diferença entre as duas UCIN foi mínima. Isto leva a crer que as unidades privadas conveniadas ao SUS também encontram dificuldades em adequar-se às normatizações no Ministério da Saúde (BRASIL, 1998d, 1999b), faltando-lhes recursos materiais importantes para a assistência neonatal. Em relação aos *kits* e bandejas para procedimentos específicos, se não considerar apenas a presença de material para sondagem vesical (independente de ser de alívio ou de demora), todas informaram dispor das bandejas 24 horas por dia na unidade.

5.5.4 Tecnologias de diagnóstico e tratamento

Para atender o recém-nascido de maneira integral, o hospital deverá dispor, 24 horas por dia, de laboratório de análises clínicas e de microbiologia, hemogasômetro, banco de sangue, ultrassonografia, aparelho de raios-x móvel, serviço de radiologia, serviço de nutrição enteral ou parenteral, banco de leite humano, serviço de psicologia e de assistência social (BRASIL, 1999b). Todas as UCIN dispõem destas tecnologias na própria unidade, no hospital ou em serviços fora da instituição.

Dessa maneira, todas atendem às recomendações, porém, quando se trata de serviço de dietética e banco de leite, frequentemente utilizado pelos pacientes neonatais, sabe-se que sua disposição na própria estrutura do

hospital possibilita melhor acesso para a unidade. Ao comparar esta situação, uma (50,0%) das unidades possui melhores condições de acesso a esses serviços.

5.5.5 Aspectos organizacionais e humanização

As UCIN apresentaram inconformidades a estes aspectos, já que apenas 50,0% das unidades oferecem informações sistemáticas aos familiares. As visitas são mais flexíveis em uma delas, enquanto, na outra, os horários são pré-estabelecidos até para as mães.

É importante incentivar a participação da mãe nos cuidados do bebê, além do estímulo ao aleitamento materno dos recém-nascidos que apresentem condições clínicas para serem alimentados dessa forma (BRASIL, 1994). O método mãe canguru está sendo aplicado em ambas, sendo oferecidas práticas educativas aos familiares em 100% delas. Assim como nas UTIN, nenhuma das UCIN dispõe de grupo de apoio aos pais, sendo este um aspecto ainda pouco valorizado pelos profissionais das unidades neonatais.

No processo de construção de uma assistência integral e humanizada, novas estratégias de cuidados dirigidas ao pais/familiares de neonatos internados em UTIN têm sido propostas. Nesta perspectiva, os grupos de apoio aos pais/familiares de recém-nascidos têm sido implantados em muitas unidades brasileiras. Estudo realizado em um hospital de Recife-PE com mães acompanhantes de prematuros, analisando a vivência delas em um grupo de apoio, mostrou que a estratégia de ajuste apropriado neste espaço aliviou tensões, promoveu trocas e ajudou na aquisição de força para superar as dificuldades dos familiares. O grupo também possibilitou à equipe multiprofissional conhecer as reais necessidades da família e, a partir disso, planejar e oferecer os cuidados adequados aos acompanhantes do neonato (VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

O grupo de apoio aos familiares é uma necessidade das UTIN, pois é uma tecnologia que favorece a humanização do cuidado à família, e os seus benefícios estão bem descritos em pesquisas com pais participantes da

experiência. Eles propiciam que os pais se vinculem à equipe e encontrem, nos profissionais e nas outras famílias, apoio e as informações de que necessitam acerca do bebê, para que se sintam acolhidos e fortalecidos para superar a situação da hospitalização do filho (GAÍVA; SANTOS; GOMES, 2005).

Dessa maneira, compreende-se que é fundamental o investimento em uma estrutura física adequada, em profissionais especializados, materiais e equipamentos, possibilitando o acesso a tecnologias de diagnóstico e tratamento, independente do ambiente em que o recém-nascido é assistido.

5.6 ALGUNS ASPECTOS REFERENTES AOS ÓBITOS NEONATAIS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ

Pensar que os óbitos neonatais no Brasil têm como principal causa a ausência de serviços hospitalares que realizam o parto pode não ser correto. De acordo com o registro das declarações de nascidos vivos, apresentado pelo Ministério da Saúde, no ano de 2005, cerca de 97% dos nascimentos ocorreu no âmbito hospitalar. A maioria dos nascimentos ocorre nos hospitais, o que significa que grande parte das parturientes chega às maternidades ou hospitais da região em que residem, tendo ou não sido acompanhada no seu pré-natal (BRASIL, 2007b).

Da mesma forma, a maioria dos óbitos neonatais ocorridos no Brasil, no ano de 2005, se deu no ambiente hospitalar, com o total de 93% dos casos (BRASIL, 2007b). Essa realidade também é a mesma de Cuiabá, onde a maioria dos nascimentos e dos óbitos neonatais ocorre no ambiente hospitalar. Cabe destacar que a assistência pré-natal e o acesso adequado a esses hospitais podem influenciar na maneira como a gestante chega ao serviço, agravando seu quadro e aumentando o risco de óbito materno e neonatal.

A partir deste quadro, o que é mais preocupante é o fato de alguns serviços hospitalares não estarem acessíveis a população e/ou estruturados adequadamente, a ponto de evitar os óbitos neonatais e garantir uma assistência de qualidade a esta clientela.

Destaca-se, através da pesquisa, que a maioria dos óbitos neonatais se concentrou no período neonatal precoce, reforçando uma tendência no município de Cuiabá e também no Brasil. Ao se agruparem os óbitos das primeiras duas horas de vida aos de 0-6 dias, essa proporção pode chegar até a 75% dos óbitos neonatais. Ao mesmo tempo não se pode desconsiderar que parte desses óbitos neonatais ocorre após a alta hospitalar, já no ambiente domiciliar.

Em contraste ao que ocorre no Brasil, nos países industrializados, o monitoramento desenvolvido para a mortalidade infantil recai primordialmente sobre a primeira semana de vida, e, em alguns deles, tem-se verificado uma estagnação da mortalidade pós-neonatal e um decréscimo menor da mortalidade neonatal tardia do que da precoce, enquanto, no Brasil, encontra-se pouca redução da mortalidade neonatal (LEAL; SZWARCOWALD, 1996).

Das principais causas de óbitos, destaca-se, como mais frequente, o transtorno relacionado à gestação curta e peso baixo ao nascer (21,6%), seguido de septicemia bacteriana do recém-nascido (13,4%), desconforto respiratório do recém-nascido (12,7%), outras afecções respiratórias originadas no período perinatal (12,4%) e malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (8,5%). Estas causas demonstram que a atuação dos serviços de saúde devem abranger medidas perinatais, com investimento em pré-natal, tendo em vista a redução da prematuridade, na assistência hospitalar ao parto e nos serviços neonatais hospitalares, de maneira a estar adequadamente estruturados para atender a estes problemas neonatais.

Sabe-se que a assistência neonatal precária eleva as taxas de mortalidade neste período, além de aumentar a ocorrência de sequelas nos recém-nascidos que sobrevivem, incluindo complicações neuro-psico-motoras, distúrbios de aprendizagem, cegueira, surdez, deficiências de crescimento e distúrbios respiratórios crônicos (MINAS GERAIS, 2005). Diante disso, o hospital deve ser um local voltado tanto para a prevenção, como também para a recuperação da saúde do recém-nascido, evitando tais óbitos e minimizando eventuais complicações.

VI. CONCLUSÕES

O presente estudo buscou descrever e analisar as condições da assistência hospitalar ao neonato no município de Cuiabá-MT, incluindo, na pesquisa, instituições públicas, privadas conveniadas ou não ao SUS, o que possibilitou o reconhecimento da rede hospitalar de atenção a este segmento. Através do levantamento e caracterização destes serviços do município, foi possível avaliar a qualidade da atenção ao recém-nascido, do ponto de vista estrutural.

Apesar do progresso tecnológico e do crescimento da rede de atenção neonatal no Brasil, ainda são poucos os estudos que analisam os serviços neonatais, especialmente a rede hospitalar. Muitas maternidades e UTIN são construídas nas cidades brasileiras, mas o aumento de leitos não é sinônimo de uma assistência eficaz e de qualidade. Em relação ao município de Cuiabá, ainda há muito que se investir nos aspectos estruturais, recursos humanos, materiais e equipamentos, de forma que a qualidade seja equânime.

Os serviços de atenção ao neonato estão distribuídos de forma desproporcional no município. A maioria se localiza em uma única regional de saúde, e existe regional que não possui unidade de atendimento hospitalar ao recém-nascido.

Houve uma distribuição desproporcional entre leitos públicos e privados, com déficit no setor público. Com um total de 257 leitos distribuídos em diferentes ambientes de atenção neonatal, destes, 41 leitos estão em hospitais públicos, 106 em serviços privados não conveniados ao SUS e 110 neonatais em instituições privadas conveniadas ao SUS.

Em relação às unidades de atenção neonatal em funcionamento no município de Cuiabá, observou-se uma diversidade quanto aos seguintes aspectos:

6.1 Sala de recepção ao recém-nascido

As instalações das salas de recepção ao recém-nascido atendem, parcialmente, às recomendações do Ministério da Saúde. Quanto aos materiais e equipamentos, constatou-se uma distribuição diferenciada, de acordo com a fonte mantenedora dos serviços, com ausência de equipamentos essenciais, como a mesa de reanimação com fonte de calor radiante.

A maioria das unidades implementa ações de humanização, como colocar o recém-nascido junto à mãe logo após o nascimento e estimulam o aleitamento materno na primeira meia hora de vida.

6.2 Alojamento Conjunto

Quanto aos aspectos estruturais, as instituições que possuem alojamento conjunto atendem, parcialmente, às recomendações, com destaque de maiores carências nos hospitais privados conveniados ao SUS.

O quantitativo de recursos humanos não atende às exigências definidas pelo Ministério da Saúde, pois o profissional enfermeiro não se encontra presente, exclusivamente, para o setor em todos os turnos, além de que a proporção de técnicos de enfermagem e recém-nascidos não é adequada em duas instituições; o pediatra, apesar de presente em todas as unidades, não atua, exclusivamente, neste setor, e a relação pediatra/recém-nascidos também não atende ao recomendado.

No que diz respeito aos materiais e equipamentos, somente o hospital público dispõe de, praticamente, todos os materiais exigidos. A maioria dos serviços não possui tecnologias de diagnóstico e tratamento necessárias para a clientela atendida no alojamento conjunto dentro do próprio hospital e encaminham os recém-nascidos para outros serviços.

Em relação aos aspectos de humanização da assistência, todos os serviços de alojamento conjunto mantêm os bebês 24 horas por dia ao lado da mãe, mas um dos hospitais não coloca os recém-nascidos com suas mães imediatamente após o nascimento. Os bicos e mamadeiras ainda estão presentes em metade das unidades de alojamento conjunto, a maioria, nos hospitais privados não conveniados ao SUS.

6.3 Unidades de Terapia Intensiva Neonatais

Dos 12 hospitais estudados, sete possuem UTIN, duas públicas, três privadas e conveniadas ao SUS e duas privadas não conveniadas ao SUS.

Quanto à área física e instalações das UTIN, verificou-se uma variação pequena de conformidade às regulamentações, sem diferença significativa em relação às fontes mantenedoras.

No tocante aos recursos humanos, todas as UTIN possuem médico plantonista 24 horas por dia, que atua como visitador ou diarista da unidade, responsável pela evolução diária dos pacientes e transmissão das informações sobre o neonato, diariamente, à família. Quanto ao enfermeiro responsável técnico, seis UTIN dispõem de enfermeiro coordenador exclusivo para a unidade; o enfermeiro assistencial está presente em todos os turnos de trabalho; todavia, em apenas quatro unidades, os enfermeiros são exclusivos da UTIN; nas demais, esse profissional é responsável também pela assistência da UTIP, que se encontra anexa à UTIN. Quanto aos demais profissionais, o único presente em todas as UTIN é o fisioterapeuta. Somente metade das UTIN atende as exigências do Ministério da Saúde, quanto à relação de 01 técnico de enfermagem para cada dois leitos intensivos.

Constatou-se, durante a construção do referencial teórico, que algumas Portarias do Ministério da Saúde dispõem de orientações diferentes para alguns critérios de avaliação, sendo isto mais típico em relação às proporções dos equipamentos, em que a Portaria nº 466/98 divergia da Portaria nº 3.432/98, o que pode confundir alguns profissionais.

Dentre os materiais e equipamentos mínimos exigidos para o bom funcionamento de uma UTIN, a distribuição se deu de maneira diferente entre as unidades públicas e privadas, sendo que alguns itens não são de uso exclusivo do setor, tendo que ser compartilhado com outros ambientes do hospital. Algumas unidades não dispõem de materiais e equipamentos na quantidade mínima exigida para uma UTIN, tais como bombas de infusão de seringa, monitor de pressão invasiva, incubadoras de parede duplas e monitor multiparâmetros.

Dentre os serviços de suporte diagnóstico e tratamento, considerados fundamentais na assistência neonatal intensiva, todas as UTIN têm acesso a eles 24 horas por dia, sendo a maioria através do hospital ou até mesmo externa ao hospital.

Quanto à humanização da atenção, a maioria das UTIN oferece informações diárias aos familiares sobre a evolução dos recém-nascidos; todas as unidades permitem visitas diárias, sendo que, em cinco unidades, as visitas são em horários livres para as mães e pré-determinado para outros familiares, e, em duas, as visitas são em horários pré-determinados, tanto para os pais como para outros familiares. Quanto ao suporte aos familiares, nenhuma unidade possui atividades regulares, como reuniões de pais ou grupos de apoio à família. Apenas duas UTIN, privadas e conveniadas ao SUS, disseram ter o método mãe-canguru implantado conforme as recomendações do Ministério da Saúde, demonstrando que ainda é baixa a adoção desta metodologia de cuidado no município de Cuiabá.

6.4 Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais

Dos 12 hospitais estudados, somente dois têm UCIN, localizadas em hospitais privados conveniados ao SUS, com 10 leitos cada uma delas. As instituições que prestam este tipo de atendimento possuem estrutura parcialmente adequada ao preconizado.

Quanto à distribuição dos recursos humanos, os profissionais, como o médico e a enfermeira, apesar de presentes nas 24 horas, não atuam, exclusivamente, na unidade, pois atendem também os leitos da UTIN correlata. A

relação de técnicos de enfermagem por número de leitos, nos dois serviços, está em conformidade com as normatizações vigentes.

As UCIN não possuem materiais e equipamentos necessários para atender o recém-nascido em tratamento semi-intensivo nas quantidades mínimas recomendadas, mas as unidades fazem uso de materiais de outros setores do hospital. As duas UCIN disponibilizam os recursos para diagnósticos e tratamento dos recém-nascidos com acesso através do hospital ou fora dele.

Em relação à implementação de ações voltadas à humanização da atenção ao neonato e família, as duas UCIN referiram ter implantado o método mãe canguru. As visitas ao bebê internado, apesar de diárias, têm restrição de horários para os familiares. As duas UCIN disseram oferecer atividades educativas às mães; porém, nenhuma delas possui atividades formais de suporte aos familiares, como grupo de apoio. Dessa maneira, destaca-se que as não conformidades dos serviços podem interferir na assistência neonatal.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência neonatal hospitalar qualificada é um importante instrumento do setor saúde para reduzir os índices de mortalidade neonatal. A monitoração da qualidade da assistência prestada ao recém-nascido, nos diferentes espaços de cuidados, por meio de uma avaliação cotidiana e institucionalizada, é uma forma de se conseguirem índices mais satisfatórios de saúde para a clientela. Além disso, as informações obtidas pelos processos avaliativos contribuem para o uso adequado de recursos tecnológicos, alcançando resultados eficientes.

Diante do exposto, compreende-se que os resultados da pesquisa realizada em Cuiabá trazem contribuições, não apenas para a área da enfermagem, mas, principalmente, aos serviços responsáveis pelo cuidado neonatal no âmbito hospitalar, uma vez que a análise de estruturas de serviços de atendimento ao neonato permite, de maneira indireta, conhecer os locais de atuação de trabalhadores de várias categorias profissionais.

Além disso, os resultados da pesquisa podem ser utilizados pelos gestores municipais, subsidiando políticas públicas locais para a organização da rede regionalizada e hierarquizada de atenção perinatal e neonatal no município de Cuiabá.

Por tratar-se de um estudo inédito no município, considera-se ter sido este o primeiro passo em busca da qualidade da assistência hospitalar prestada ao recém-nascido e, ainda, pode servir de embasamento para pesquisas futuras sobre a avaliação de serviços, por meio da utilização de indicadores, não menos importantes, de processo e resultado.

REFERÊNCIAS

ADAMI, M. P.; MARANHÃO, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. **Acta Paul. Enf**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 47-55, 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mar. 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 20 de out. 2007.

ARAÚJO, N. S. de A. **O papel da assistência hospitalar ao recém-nascido na mortalidade neonatal precoce na região sul do município de São Paulo**: estudo caso-controle. 2006. 221 f. Tese (Doutorado)—Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ARAÚJO, O. M. R. de. **Avaliação da qualidade da estrutura de atendimento nas unidades de terapia intensiva de adulto de um hospital universitário**. 2000. 165 f. Dissertação (Mestrado)—Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

AVERY, G. B.; FLETCHER, M. A.; MACDONALD, M. G. **Neonatologia**: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor perfeito. Tradução: Waltensir Dutra. 8. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, A. P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p.150-153, 2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Organização dos textos, notas remissivas e índices. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Programa de assistência integral à saúde da criança**. Brasília, DF, 1984a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 1998a.

_____. **Análise de mortalidade**: delineamentos básicos. Brasília, 1991a.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso**: método mãe-canguru: manual do curso. Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Brasília, DF, 2002a.

_____. **Indicadores e dados básicos**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/matriz.htm#mort>>. Acesso em: 20 set. 2007.

_____. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Materno-Infantil, 1994.

_____. **Mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2001a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 25 mar. 2007.

_____. **Norma da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru**. Brasília, DF, 1999a.

_____. **Painel de indicadores do SUS nº 3: panorâmico/Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007a.

_____. Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 set. 1993.

_____. Portaria nº 1067, de 04 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 2005a.

_____. Portaria nº 1091, 25 de agosto de 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 1999b. Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=1063>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

_____. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do anexo, a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007b. Seção 1, p. 84-85.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.224 em 5 de dezembro de 2002. Estabelecer o sistema de classificação hospitalar do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2002b.

_____. Portaria nº 3.016 de 19 de Junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jun. 1998b. Seção 1, p. 33-34.

_____. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 1998c.

_____. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000a. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/home.php>>. Acessado em 20 de outubro de 2007.

_____. Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000. Aprovar a norma de orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jul. 2000b. Seção 1, p. 15.

_____. **Programa de assistência à saúde perinatal. Bases programáticas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Documentação, 1991b.

_____. **Vade-mécum da acreditação hospitalar brasileira.** Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde, 1999c.

_____. **Programa de assistência integral à saúde da mulher.** Brasília, DF, 1984b.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e seus respectivos anexos. Brasília, DF, 1998d. Disponível em: <<http://www.amib.com.br/portaria466.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde:** indicadores/leitos. Brasília, DF, 2007c. DATASUS – site atualizado em setembro de 2007. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**: indicadores/leitos. Brasília, DF, 2008. DATASUS – site atualizado em setembro de 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?cnes/cnv/leintbr.def>>. Acesso em: 30 nov. 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF, 2001b.

CARVALHO, M.; GOMES, M. A. S. M. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 111-118, 2005. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a14.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução 196/96. Aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 29 abr. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Brasília, DF, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Avaliação dos serviços de assistência ao parto e ao neonato no Estado de São Paulo 1997-1998**. Cristiano Fernando Rosas (Coord.). São Paulo: CREMESP, Departamento de Fiscalização, 2000. 91 p.

_____. Recomendação CREMESP nº 3, de 12 de agosto de 1997. Dispõe sobre o Atendimento ao recém-nascido na sala de parto. **Diário Oficial [do] Estado de São Paulo**, Poder Executivo, São Paulo, 6 set. 1997. Seção 1, p. 39.

CUIABÁ. Câmara Municipal. Lei 3.262 de 11 de janeiro de 1994. Regulamenta o art. 74 da Lei Orgânica do município e dá outras providências. **Gazeta Municipal [da] Prefeitura Municipal de Cuiabá**, Cuiabá, n. 184, 17 jan. 1994.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Estimativa populacional do município de Cuiabá**. Cuiabá: Secretaria Municipal de Saúde, Diretoria de Planejamento, 2008.

CUNHA, M. L. C. **Efeito do banho sobre a flora microbiana da pele do recém-nascido pré-termo**. 2004. 117 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)– Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, [s.l.], v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988. Disponível em: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/Applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Assessed_-_Donabedian.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2008.

DINIZ, E. M. A; CECCON, M. E. J. R. Síndrome de aspiração meconial. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 36, p. 42-44, jun. 2000. Edição especial.

FERRARI, L. S. L. et al. Mortalidade neonatal no Município de Londrina, Paraná, Brasil, nos anos 1994, 1999 e 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1063-1071, maio 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2006000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2006.

GAIVA, M. A. M.; SANTOS, D. S. D.; GOMES, M. M. F. Grupo de apoio às famílias de recém-nascidos internados em UTIN: experiência de mães participantes. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3-4, p. 248-253, 2005.

_____.; SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 5, n. 14, p. 444-448, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERREIRO, J. V. et al. Diagnóstico do atendimento obstétrico e perinatal no estado da Paraíba, 1999. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 67-76, dez. 2000.

IBGE. **Fecundidade, natalidade e mortalidade**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/pesquisas/fecundidade.html>>. Acesso em: 09 nov. 2007.

KAMADA, I.; SCOCHI, C. G. S.; ROCHA, S. M. M. Assistência ao recém-nascido e sua organização a nível hospitalar: revisão de literatura. **Rev. Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 5, n. 28, p. 65-73, maio 1990.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Revisão técnica de Maria Isabel Carmagnani. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2001.

KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

LAMY FILHO, F. et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1 - Análise por grupo etário segundo região de residência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, out. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101996000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2008.

MAGALHÃES, M. da C. **Atenção hospitalar perinatal e a mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora – MG**. 2000. 89 f. Dissertação (Mestrado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

MARANHÃO, A. G. K. et al. A Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **TEMA**, São Paulo, p. 6-17, 1999.

MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em números 4 – 1998**: Sistema de Informação em Saúde. 3. ed. Cuiabá, 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência hospitalar ao neonato**. Maria Albertina Santiago Rego. Belo Horizonte, 2005. 296 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, D.C., 1990. 2 v. (Publicación científica, 524).

PARADA, C. M. G. de L. M.; CARVALHÃES, M. A. de B. L. Childbirth care: contributing to the debate on human development. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 792-798, 2007. Edição especial.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

QUEIROZ, M. V. O. et. al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-7072007000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2008.

REICHERT, A. P. da S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização no cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 25 nov. 2007.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. 245 f. Tese (Livre Docência)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: delineamento para um modelo multidimensional correlacional. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

SOUZA, D. C. de. **Avaliação da estrutura das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo**. 2003. 206 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

VASCONCELOS, M. G. L.; FERREIRA, E. B.; SCOCHI, C. G. S. Vivência materna no grupo de apoio a mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo. **REME - Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 167-172, abr./jun. 2008.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

VIEIRA, A. A. et al. O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 4, p. 359-366, out./dez. 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Michelly Kim de Oliveira Rosa, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso, peço a sua participação em minha pesquisa. Meu objetivo neste trabalho é Avaliar a estrutura das instituições hospitalares que assistem ao neonato no município de Cuiabá-MT, tendo em vista a inevitabilidade do óbito neonatal. Por isto, solicito sua colaboração através do preenchimento de um questionário sobre a estrutura e organização da assistência ao neonato em seu hospital.

A pesquisa não lhe trará benefícios diretos, mas lhe possibilitará um momento de reflexão sobre a organização da assistência prestada na instituição em que você atua. Ao mesmo tempo não lhe oferecerá nenhum risco, apenas certo desconforto em mostrar seu ambiente de trabalho e dispensar seu tempo para responder ao questionário. A sua participação é livre e sua suspensão poderá ser solicitada a qualquer momento.

Além disso, comprometo-me a não revelar os nomes das instituições, bem como não os referir nas observações que serão feitas por mim, ou seja, as informações serão apresentadas no trabalho sem qualquer possibilidade de identificação dos serviços. Ao assinar este documento você autoriza a sua participação, julgando-se adequadamente informada (o) e concordando em participar da mesma.

Cuiabá, _____ de _____ de 2008.

Partipante: _____

Michelly Kim de Oliveira Rosa – COREN/MT 1629 E.mail: kim_ufmt@yahoo.com.br.
Endereço: Rua Alves de Oliveira, nº1870, Bairro Cristo Rei – Várzea grande/MT. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller. Qualquer dúvida entrar em contato com o mesmo através do endereço: Rua Luís Philippe Pereira Leite, S/N - Alvorada - Cuiabá-MT - CEP 78048-902 ou Tel. (65) 615-7254.

Apêndice B – Questionário aplicado ao hospital



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



PESQUISA: AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO NEONATO

Questionário n: _____ Data da coleta: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

Hospital _____
Endereço _____ Bairro _____
CEP _____ Cidade _____ Telefone _____
Regional de saúde _____ Ano de inauguração do Hospital: _____

CARACTERÍSTICA DO HOSPITAL

1. Questionário respondido por:

- () Diretor do Hospital
- () Diretor médico da unidade
- () Chefe de enfermagem da unidade
- () Médico plantonista da unidade
- () Enfermeiro plantonista da unidade

2. Tipo de Hospital em relação ao serviço oferecido:

- () Hospital Público
- () Hospital Privado não conveniado ao SUS
- () Hospital Privado conveniado ao SUS
- () Hospital Filantrópico
- () outros

3. Se público, qual o vínculo governamental do hospital?

- () Federal
() Estadual
() Municipal

4. Em relação ao vínculo educacional, qual o tipo de hospital?

- () Universitário
() Não Universitário e não permite estágio
() Não Universitário e permite estágio

5. Classificação do hospital em relação ao tipo de especialidade ()

- 0- Hospital Geral
1- Hospital Pediátrico
2- Clínica de emergência pediátrica
3- Maternidade
4- Hospital Materno-infantil
5- outros

6. Número total de leitos no hospital: _____

7. Número de leitos obstétricos: _____

8. Número total de leitos neonatais: _____

9. Tipo de serviço neonatal hospitalar:

- () Sala de recepção do recém-nascido/sala de parto
() Alojamento Conjunto
() Berçário
() Unidade de Terapia Intensiva
() Unidade de Cuidados Intermediários

10. Número de leitos neonatais de acordo com tipo de serviço:

- () Alojamento Conjunto
() Berçário
() Unidade de Terapia Intensiva
() Unidade de Cuidados Intermediários

SALA DE RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO/ SALA DE PARTO

Não se aplica ☐

Tempo de funcionamento: _____anos

Aspectos estruturais

11. Quantas salas de parto normal e/ou cirúrgicas há no hospital?

- () parto normal () parto cirúrgico () parto normal/cirúrgica

12. Há local específico para recepção do recém-nascido no centro-obstétrico/centro-cirúrgico? NÃO ☐ SIM ☐

13. A área de recepção do recém-nascido está localizada?

() dentro da sala de parto

() em sala específica/separada

14. No caso de a área localizar-se dentro da sala de parto, esta apresenta no mínimo 0,8m² de tamanho? NÃO ☐ SIM ☐

15. No caso de a área do RN localizar-se em sala específica, esta apresenta no mínimo 6m² de tamanho? NÃO ☐ SIM ☐

16. Na sala de recepção do recém-nascido apresenta as seguintes instalações?

16.1 Água quente NÃO ☐ SIM ☐

16.2 Ar comprimido medicinal NÃO ☐ SIM ☐

16.3 Oxigênio NÃO ☐ SIM ☐

16.4 Vácuo clínico NÃO ☐ SIM ☐

16.5 Rede elétrica de emergência NÃO ☐ SIM ☐

16.6 Rede elétrica diferenciada (cada circuito com fases e disjuntores independentes, sistema com tensão diferenciada, aterramento) NÃO ☐ SIM ☐

Recursos Humanos

17. Presença de um pediatra com conhecimento em reanimação neonatal? NÃO ☐ SIM ☐

18. Presença de profissional de enfermagem, enfermeiro ou técnico de enfermagem, auxiliando na assistência? NÃO ☐ SIM ☐

Materiais e equipamentos

19. Os materiais e equipamentos encontram-se disponíveis em local de fácil acesso? NÃO ☐
SIM ☐

20. Dentre os materiais necessários, responda NÃO ou SIM para seguintes perguntas:

20.1 Presença de mesa de reanimação com fonte de calor radiante? NÃO ☐ SIM ☐

20.2 Há fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro? NÃO ☐ SIM ☐

20.3 Há aspirador a vácuo com manômetro ? NÃO ☐ SIM ☐

20.4 Contém sonda de aspiração traqueal nº 8 e 10? NÃO ☐ SIM ☐

20.5 Presença de adaptador para aspiração de mecônio? NÃO ☐ SIM ☐

20.6 Há balão de reanimação auto-inflável (ambú) com capacidade de 240 a 750 ml com válvula de segurança e reservatório de oxigênio aberto com traquéia de no mínimo 15 cm de comprimento? NÃO ☐ SIM ☐

20.7 Possui máscaras para recém-nascidos a termo e pré-termo NÃO ☐ SIM ☐

- 20.8 Há laringoscópio com lamina reta nº 0 e 1? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.9 Contém cânulas traqueais de diâmetro uniforme, sem balão (nº 2,5 – 3,0 – 3,5 – 4,0)? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.10 Possui fio-guia esterilizado? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.11 Há pilhas e lâmpadas sobressalentes? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.12 Contém seringas de 20, 10 e 1cc e agulhas? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.13 Possui estetoscópio neonatal? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.14 Possui compressas e gazes? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.15 Há clampeador de cordão umbilical (dispositivo para pinçamento do cordão)? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.16 Possui luvas estéreis descartáveis? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.17 Presença de óculos de proteção no local? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.18 Tem balança neonatal? NÃO ☐ SIM ☐
- 20.19 Tem antropômetro/fita métrica NÃO ☐ SIM ☐

21. Dentre os medicamentos necessários, responda não ou sim para seguintes perguntas:

- 21.1 Possui adrenalina - 1/1000? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.2 Possui bicarbonato de sódio - 5% ou 8,4%? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.3 Possui soro fisiológico 0,9%? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.4 Possui solução ringer-lactato? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.5 Possui dopamina? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.6 Possui naloxone? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.7 Possui ampolas de água destilada? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.8 Possui nitrato de prata a 1% (argirol)? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.9 Possui vitamina K1 (kanakion)? NÃO ☐ SIM ☐
- 21.10 Possui antisséptico (clorexidina, álcool a 70%)? NÃO ☐ SIM ☐

Aspecto de humanização

22. Os recém-nascidos são colocados junto à mãe logo após o nascimento? NÃO ☐ SIM ☐
23. Os recém-nascidos são amamentados na primeira ½ hora de vida? NÃO ☐ SIM ☐
24. O aparelho de ar condicionado é desligado no momento do parto? NÃO ☐ SIM ☐
25. A sala de cuidados possui correntes de ar? NÃO ☐ SIM ☐
26. A mãe é informada imediatamente sobre a condição de nascimento de seu filho? NÃO ☐
- SIM ☐

ALOJAMENTO CONJUNTO

Não se aplica ☐

Tempo de funcionamento: _____anos

Aspectos estruturais

27. Há local específico para recepção e primeiros cuidados do recém-nascido que chega da sala de parto? NÃO ☐ SIM ☐

28. Se sim para a questão anterior, a área de recepção e cuidados ao recém-nascido está localizada:

() dentro da clínica () em local separado

29. Na sala de recepção do recém-nascido apresenta as seguintes instalações?

() Água quente

() Janelas vedadas, sem correntes de ar

() Pias com água corrente

() prateleiras

30. O alojamento conjunto possui posto de enfermagem? NÃO ☐ SIM ☐

31. Possui área para prescrição médica? NÃO ☐ SIM ☐

32. As enfermarias possuem a metragem de 3m² para cada binômio, ou seja, abrangendo cada leito materno/berço? NÃO ☐ SIM ☐ PARCIAL ☐

33. Os berços obedecem à separação mínima de 2m entre eles? NÃO ☐ SIM ☐ PARCIAL ☐

34. O número de duplas por enfermaria obedece à norma de 03 duplas/enfermaria? NÃO ☐ SIM ☐ PARCIAL ☐

35. Na área de enfermaria destinada a cada binômio, estão localizadas:

35.1 Cama NÃO ☐ SIM ☐

35.2 Mesa de cabeceira NÃO ☐ SIM ☐

35.3 Berço NÃO ☐ SIM ☐

35.4 Cadeira NÃO ☐ SIM ☐

35.5 Material de asseio/higiene do RN NÃO ☐ SIM ☐

36. Existe local específico para coleta de material para exames e avaliação do recém-nascido? NÃO ☐ SIM ☐

Recursos Humanos

37. Existem quantos enfermeiros na clínica por plantão? Manhã: ____ Tarde: ____ Noite: ____

38. Um enfermeiro é responsável por quantos binômios mãe/filho? _____

39. Existem em média quantos auxiliares/técnicos de enfermagem na clínica por plantão? _____
40. Cada auxiliar/técnico de enfermagem é responsável por quantos binômios mãe/filho? _____
41. Existe pelo menos 01 pediatra por plantão? NÃO ☐ SIM ☐
42. Descreva a dinâmica da atuação do pediatra (exclusivo do setor ou do PA, sobreaviso, cada pediatra responsável por seu bebê, outros)? _____
43. A clínica conta com quais dos seguintes profissionais:
- () psicólogo
- () assistente social
- () nutricionista
- () outros Quais? _____
44. Os funcionários do alojamento conjunto realizam treinamentos específicos para lidar com o recém-nascido em alojamento conjunto? NÃO ☐ SIM ☐

Materiais e equipamentos

45. Os materiais e equipamentos encontram-se disponíveis em local de fácil acesso? NÃO ☐ SIM ☐

46. Dentre os materiais necessários, responda NÃO ou SIM para seguintes perguntas:

46.1 Há fonte de oxigênio umidificado, com fluxômetro?	NÃO ☐	SIM ☐
46.2 Há aspirador a vácuo com manômetro?	NÃO ☐	SIM ☐
46.3 Contém sonda de aspiração traqueal nº 8 e 10?	NÃO ☐	SIM ☐
46.4 Possui materiais para coleta de sangue do recém-nascido para exame?	NÃO ☐	SIM ☐
46.5 Possui roupas, fraldas e cueiros para trocas diárias do RN?	NÃO ☐	SIM ☐
46.6 Possui material de higiene do recém-nascido? (sabonete glicerinado, álcool à 70%, cotonete, algodão)	NÃO ☐	SIM ☐
46.7 Possui balança (15 kg) para recém-nascido?	NÃO ☐	SIM ☐
46.8 Possui bacias individuais para banho do recém nascido?	NÃO ☐	SIM ☐
46.9 Contém seringas de 1cc e agulhas insulínicas para administração de medicamentos?	NÃO ☐	SIM ☐
46.10 Possui estetoscópio neonatal?	NÃO ☐	SIM ☐
46.11 Possui termômetro?	NÃO ☐	SIM ☐
46.12 Possui compressas e gazes estéreis?	NÃO ☐	SIM ☐
46.13 Há clampeador de cordão umbilical?	NÃO ☐	SIM ☐
46.14 Possui luvas estéreis descartáveis?	NÃO ☐	SIM ☐

47. A enfermagem tem aparelhos de fototerapia? NÃO ☐ SIM ☐ Quantos? _____
48. A equipe do AC administra Kanakion (vitamina K1) nos recém-nascidos? NÃO ☐ SIM ☐
49. Em que setor é administrado o kanakion? () sala de parto () alojamento conjunto
50. A equipe de enfermagem do AC realiza a antropometria do recém-nascido? NÃO ☐ SIM ☐
51. Em que setor é realizada a primeira antropometria do RN? () sala de parto () alojamento conjunto
52. Onde é realizada a primeira higienização do RN? () sala de parto () alojamento conjunto

Tecnologias de diagnóstico e tratamento/cuidados

53. Os recém-nascidos são encaminhados para o serviço de triagem neonatal - teste do pezinho? NÃO ☐ SIM ☐
54. O serviço de triagem neonatal localiza-se? () dentro do hospital () fora do hospital
55. Os recém-nascidos são encaminhados para a imunização através do hospital? NÃO ☐ SIM ☐
56. Os recém-nascidos são submetidos a outros exames de rotina? NÃO ☐ SIM ☐ NÃO SABE ☐ Qual? _____

Alguns aspectos organizacionais e de humanização

57. Os recém-nascidos permanecem 24 horas/dia junto à sua mãe? NÃO ☐ SIM ☐
58. No parto normal, o recém-nascido é colocado imediatamente em contato com a mãe em alojamento conjunto? NÃO ☐ SIM ☐
59. No parto cesárea, o recém-nascido é colocado em contato com a mãe em alojamento conjunto, quanto tempo após o nascimento?
- () Na primeira hora após o parto
- () Demora mais de 1 hora depois do parto para colocar a criança junto de sua mãe
60. A puérpera recebe orientações e apoio a respeito de como amamentar seu filho? NÃO ☐ SIM ☐ NÃO SABE ☐
61. A puérpera recebe orientações e apoio a respeito de como higienizar seu filho? NÃO ☐ SIM ☐ NÃO SABE ☐
62. Os recém-nascidos são pesados diariamente? NÃO ☐ SIM ☐
63. Os recém-nascidos são higienizados diariamente? NÃO ☐ SIM ☐
64. O binômio recebe visitas diariamente? NÃO ☐ SIM ☐
65. O pai do recém-nascido tem horário alargado/flexível para visitar o binômio mãe – filho? NÃO ☐ SIM ☐ NÃO SABE ☐
66. Os bicos mamadeiras e chupetas são proibidos no alojamento conjunto? NÃO ☐ SIM ☐

67. Existem encontros com práticas educativas voltadas para a família? NÃO ☐ SIM ☐

68. Quais profissionais são responsáveis por essas práticas educativas?

() médico

() enfermeira

() auxiliar/técnico de enfermagem

() nutricionista

() psicóloga

() assistente social

() outros. Quais? _____

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Não se aplica ☐

Tempo de Funcionamento: _____ anos

Aspectos estruturais

69. Número de leitos intensivos: _____

70. Possui área coletiva de tratamento de neonatologia? NÃO ☐ SIM ☐

71. Se sim para questão anterior, quantos leitos fazem parte da área coletiva? _____

72. A dimensão mínima na área coletiva é de 6m² por berço/incubadora, com distância de 1m entre paredes e berço/incubadora, entre berços, exceto cabeceira? NÃO ☐ SIM ☐

73. Em relação à área coletiva, possui lavatórios de mãos na proporção de 1 para cada 5 leitos? NÃO ☐ SIM ☐

74. Assinale abaixo os itens que compõem os lavatórios de mãos:

() dispositivo automático

() sabão

() antisséptico

() papel toalha descartável

() jato de ar quente

() nenhum destes

75. A UTI possui quarto de isolamento? NÃO ☐ SIM ☐

76. Se sim para questão anterior, quantos leitos em isolamento? _____

77. O isolamento tem porta? NÃO ☐ SIM ☐

78. As paredes dos quartos de isolamento são constituídas de material transparente/vidro, permitindo observação a distancia dos pacientes e monitores? NÃO ☐ SIM ☐

79. O material transparente dos quartos de isolamento abrangem, no mínimo, uma área de 80 cm acima do piso à 210 cm de altura? NÃO ☐ SIM ☐

80. O quarto de isolamento tem lavatório de mãos exclusivo? NÃO ☐ SIM ☐

81. O quarto de isolamento possui bancada de despejo de materiais (expurgo)? NÃO ☐
SIM ☐

82. A UTI possui posto de enfermagem? NÃO ☐ SIM ☐

83. Em relação ao posto de enfermagem responda as seguintes perguntas:

83.1 () É centralizado – localiza-se no centro da UTI

83.2 () Possui visão direta para todos os leitos

83.3 () Obedece à relação de um posto p/cada 10 leitos

84. A UTI tem área para prescrição médica? NÃO ☐ SIM ☐

85. A área para prescrição médica apresenta espaço de pelo menos 1,5 m²? NÃO ☐ SIM ☐

Em relação ao espaço físico da UTI, responder as próximas perguntas (86 a 93) de acordo com a sua presença ou não neste local:

86. Tem sala administrativa	NÃO ☐	SIM ☐
87. Tem copa	NÃO ☐	SIM ☐
88. Tem local para Armazenamento de roupas	NÃO ☐	SIM ☐
89. Tem local para guarda de medicamentos e outros materiais	NÃO ☐	SIM ☐
90. Tem local para limpeza de material, contendo balcão ou pia	NÃO ☐	SIM ☐
91. Tem sanitário com vestuário para funcionários	NÃO ☐	SIM ☐
92. Tem local de repouso para equipe de saúde da UTI	NÃO ☐	SIM ☐
93. Tem depósito de material de limpeza	NÃO ☐	SIM ☐

Ainda em relação ao espaço físico da UTI, responda se a mesma apresenta os seguintes ambientes, seja dentro ou fora da UTI:

94. Sala de reunião de equipe/familiares	NÃO POSSUI ☐	NA UTI ☐	FORA DA UTI ☐
95. Sala de espera para acompanhantes	NÃO POSSUI ☐	NA UTI ☐	FORA DA UTI ☐
96. Sanitário para o público	NÃO POSSUI ☐	NA UTI ☐	FORA DA UTI ☐

97. A UTI apresenta as seguintes instalações?

97.1 Água fria NÃO ☐ SIM ☐

97.2 Ar comprimido medicinal NÃO ☐ SIM ☐

97.3 Oxigênio NÃO ☐ SIM ☐

97.4 Vácuo clínico NÃO ☐ SIM ☐

97.5 Ar condicionado NÃO ☐ SIM ☐

97.6 Rede elétrica de emergência NÃO ☐ SIM ☐

97.7 Rede elétrica diferenciada NÃO ☐ SIM ☐

(cada circuito com fases e disjuntores independentes).

97.8 Exaustão NÃO ☐ SIM ☐

98. A UTI apresenta relógios visíveis para todos os leitos? NÃO ☐ SIM ☐

99. O ambiente possui alguma iluminação natural? NÃO ☐ SIM ☐

100. Número de pontos de oxigênio para cada leito? _____

101. Número de pontos de vácuo clínico para cada leito? _____

102. Número de ar comprimido para cada leito? _____

103. Número de tomadas elétricas para cada leito? _____

Recursos Humanos

104. Há responsável técnico (chefe) médico na UTI? NÃO ☐ SIM ☐

105. Qual a especialização do RT médico da UTI?

- () Possui especialização em UTI ou UTI neonatal
- () Possui especialização em pediatria ou neonatologia
- () Possui ambas
- () Outras especializações que não sejam essas
- () Nenhuma dessas

106. Há médico pediatra plantonista por 24h no ambiente da UTI? NÃO ☐ SIM ☐

107.1 Há médico diarista ou visitador responsável pela evolução diária do paciente?

NÃO ☐ SIM ☐

107.2. O médico diarista apresenta titulação da Sociedade Brasileira de Pediatria?

NÃO ☐ SIM ☐

108. Possui enfermeiro chefe na UTI? NÃO ☐ SIM ☐

109. Qual a formação do enfermeiro chefe da UTI?

- () Possui especialização em UTI ou UTI neonatal
- () Possui especialização em pediatria ou neonatologia
- () Possui ambas
- () Outras especializações que não sejam essas
- () Nenhuma dessas

110. Há enfermeiro plantonista 24h/dia na UTI? NÃO ☐ SIM ☐

111. O setor possui no mínimo um técnico/auxiliar de enfermagem para cada dois leitos?

NÃO ☐ SIM ☐

112. Qual o número de técnicos de enfermagem por período: Manhã _____ Tarde _____ Noite _____

113. Há nutricionistas atendendo a UTI? NÃO ☐ SIM ☐

114. Há fisioterapeuta atendendo a UTI? NÃO ☐ SIM ☐

115. Há psicólogo/psiquiatra atendendo pacientes/familiares? NÃO ☐ SIM ☐

116. Há psicólogo/psiquiatra atendendo a equipe da UTI? NÃO ☐ SIM ☐

117. Possui profissional de limpeza 24h/dia exclusivo da UTI? NÃO ☐ SIM ☐

118. Possui um auxiliar administrativo/secretário? NÃO ☐ SIM ☐

119. Tem atividades de treinamento em medicina intensiva para equipe de saúde? NÃO ☐ SIM ☐

120. Tem atividades de treinamento para equipe de enfermagem? NÃO ☐ SIM ☐

121. A UTI/Hospital tem biblioteca? NÃO ☐ SIM ☐

122. A UTI/Hospital tem auditório? NÃO ☐ SIM ☐

123. A UTI/Hospital tem núcleo/centro de estudos? NÃO ☐ SIM ☐

124. A UTI/Hospital possui serviço de segurança e medicina do trabalho? NÃO ☐ SIM ☐

125. Existe acervo bibliográfico (livros, manuais, revistas científicas) para consulta na UTI? NÃO ☐ SIM ☐

Materiais e equipamentos

126. Responder as próximas perguntas de acordo com os seguintes critérios:

Coluna 1: **0** – Não possui **1** – Possui próprio **2** – Tem acesso via outros setores

Coluna 2: Informe a **quantidade**

Materiais e equipamentos

	Coluna 1	Coluna 2
1. Incubadora	()	()
2. Berço de calor radiante para cuidados intensivos	()	()
3. Monitor EEG contínuo, com visoscópio	()	()
4. Oxímetro de pulso	()	()
5. Bomba de infusão tipo seringa, capaz de infundir 0,1 ml/h	()	()
6. Bomba de infusão volumétrica	()	()
7. Respiradores neonatais (IMV; CPAP)	()	()
8. Jogo de traquéia para respirador	()	()
9. Material para CPAP nasal (pronga)	()	()
10. Aparelho de fototerapia convencional ou outros	()	()
11. Umidificador para oxigenoterapia	()	()
12. Capacetes para oxigenoterapia (Hood, campânula)	()	()

13. Balança neonatal (de 100g a 25kg)	()	()
14. Negatoscópio	()	()
15. Carro de reanimação ou de emergência	()	()
16. Laringoscópio com jogo de lâminas nº 0 e 1 reta	()	()
17. Bolsa de ventilação (máscara) tamanho neonatal	()	()
18. Aparelho móvel de RX	()	()
19. Termômetro clínico	()	()
20. Estetoscópio neonatal	()	()
21. Equipamento para aferição de glicemia capilar	()	()
22. Esfigmomanômetro com braçadeira neonatal	()	()
23. Urodensímetro óptico	()	()
24. Aspirador elétrico portátil	()	()
25. Capnógrafo	()	()
26. Monitor de pressão invasiva	()	()
27. Monitor de pressão não-invasiva	()	()
28. Jogo de cânula endotraqueal nº 2,5 a 4	()	()
29. Máscara de nebulização neonatal	()	()
30. Cânula orofaríngea de Guedel neonatal	()	()
31. Eletrocardiógrafo	()	()
32. Otoscópio	()	()
33. Oftalmoscópio	()	()
34. Fita métrica e antropômetro	()	()
35. Geladeira para medicações	()	()

127. Possui material disponível 24h por dia para:

127.1 Punção lombar	NÃO ☐	SIM ☐
127.2 Diálise peritoneal em sistema fechado	NÃO ☐	SIM ☐
127.3 Drenagem torácica em sistema fechado	NÃO ☐	SIM ☐
127.4 Punção pericárdica	NÃO ☐	SIM ☐
127.5 Curativos	NÃO ☐	SIM ☐
127.6 Dissecção venosa	NÃO ☐	SIM ☐
127.7 Acesso venoso profundo	NÃO ☐	SIM ☐
127.8 Cateter Central de Inserção periférica – PICC	NÃO ☐	SIM ☐
127.9 Cateterismo vesical de demora em sistema fechado	NÃO ☐	SIM ☐
127.10 Traqueostomia	NÃO ☐	SIM ☐

128. O serviço de saúde tem disponível para o transporte dos pacientes:

- 128.1 Incubadora para transporte neonatal NÃO ☐ SIM ☐
 128.2 Cilindro transportável de oxigênio NÃO ☐ SIM ☐
 128.3 Ventilador para transporte NÃO ☐ SIM ☐
 128.4 Bombas de infusão para transporte NÃO ☐ SIM ☐

Tecnologias de diagnóstico e tratamento

Responder as seguintes perguntas de acordo com os seguintes itens: **0** – Não, **1** - Na própria estrutura da UTI, **2** - Independente, mas integrada à estrutura do hospital e **3** - Fora da estrutura da UTI ou do hospital

129. Assistência cirúrgica pediátrica ()
 130. Assistência clínica e cirúrgica cardiovascular, com especialidade neonatal/pediátrica ()
 131. Assistência clínica e cirúrgica neurológica ()
 132. Assistência clínica e cirúrgica ortopédica ()
 133. Assistência clínica oftalmológica ()
 134. Assistência clínica nefrológica ()
 135. Assistência clínica hematológica ()
 136. Assistência radiológica intervencionista ()
 137. Assistência geneticista ()
 138. Assistência nutricional ()
 139. Assistência farmacêutica ()
 140. Assistência fonoaudiológica ()
 141. Assistência psicológica ()
 142. Assistência social ()
 143. Assistência hemoterápica (banco de sangue e hemoderivados) ()
 144. Serviço de diálise ()
 145. Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria ()
 146. Serviço de anatomia patológica ()
 147. Serviço radiológico convencional, incluindo aparelho de radiografia móvel ()
 148. Serviço ultrassonográfico, inclusive portátil ()
 149. Serviço de ecodopplercardiografia ()
 150. Serviço de tomografia computadorizada ()
 151. Serviço de fibrobroncoscopia ()
 152. Serviço de eletroencefalografia ()
 153. Serviço de Banco de leite ()

Alguns aspectos organizacionais e de humanização

154. A equipe da UTI oferece informações diárias sobre a evolução dos pacientes aos familiares? NÃO ☐ SIM ☐

155. Como são as visitas familiares? ()

0 – Não são permitidas

1 – Não são diárias

2 – Diariamente em horários livres para todos os familiares

3 - Diariamente, em horários livres para a mãe e pré-determinado p/ outros familiares

4 – Diariamente em horários pré-determinados, tanto para pais e familiares

156. Quem está autorizado a visitar o paciente? ()

0 – Ninguém

1 – Apenas os pais

2 – Pais e avós

3 – Pais, avós e irmãos

4 – Qualquer parente ou conhecido

157. Existe método mãe-canguru (MS) implantado na UTI neonatal? NÃO ☐ SIM ☐

158. Possui atividades educativas para os pais e ou familiares? NÃO ☐ SIM ☐

159. Possui grupo de apoio aos pais? NÃO ☐ SIM ☐

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAIS

Não se aplica ☐

Tempo de Funcionamento: _____ anos

Aspectos estruturais

160. Número de leitos do semi-intensivo/Unidade de Cuidados Intermediários: _____

161. Em relação a distância dos leitos, apresenta área com espaçamento de no mínimo 1 (um) metro entre os berços e paredes, exceto a cabeceira, com circulação mínima de 2 (dois) metros? NÃO ☐ SIM ☐

162. Possui área de prescrição médica? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto com a UTI ☐

163. A UCI possui áreas de cuidados/higienização? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto com a UTI ☐

163.1 Quantas? _____

164. Possui posto de enfermagem? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto com a UTI ☐

164.1 Quantos? _____

165. A UCI apresenta salas de apoio? ? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto c/ a UTI ☐

165. 1 Quantos? _____

166. Apresenta sala de acolhimento para amamentação ou extração de leite?

sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto c/ a UTI ☐

167. Contém expurgo com pia profunda de material inoxidável? sim exclusivo ☐ não ☐

Em conjunto c/ a UTI ☐

168. A UCI contém quais ambientes de apoio?

() Copa

() Sala de reunião

() Área de repouso médico

() Área de estar para os pais

() Área de repouso e vestiário para outros profissionais

() Área de ingresso

169. Os leitos de UCI possuem pontos de oxigênio e ar comprimido com válvulas

reguladoras de pressão e pontos de vácuo? NÃO ☐ SIM ☐

169.1 Se sim para a questão anterior, quantos pontos de oxigênio existem para cada leito?

169.2 Se sim para a questão anterior, quantos pontos de ar comprimido existem para cada leito? _____

170. Quantos lavatórios de mãos existem na UCI? _____

171. Assinale as características dos lavatórios de mãos da UCI:

() dispositivo automático

() sabão

() anti-séptico

() papel toalha descartável

() jato de ar quente

() nenhum destes

172. A UCI apresenta as seguintes instalações?

172.1 Água fria NÃO ☐ SIM ☐

172.2 Água quente NÃO ☐ SIM ☐

172.3 Vácuo clínico NÃO ☐ SIM ☐

172.4 Ar comprimido medicinal NÃO ☐ SIM ☐

172.5 Rede elétrica de emergência NÃO ☐ SIM ☐

172.6 Oxigênio NÃO ☐ SIM ☐

173. A UCI apresenta relógios visíveis para todos os leitos? NÃO ☐ SIM ☐

174. O ambiente possui alguma iluminação natural? NÃO ☐ SIM ☐

Recursos Humanos

175. Há responsável técnico (chefe) médico na UCI? NÃO ☐ SIM ☐

176. Qual a especialização do RT médico da UCI?

- () Possui especialização em neonatologia ou em pediatria pela SBP.
- () Possui residência médica em pediatria com experiência de 2 anos em neonatologia.
- () Possui ambas as anteriores.
- () Outras especializações que não sejam essas.
- () Nenhuma dessas.

177. Há médico pediatra plantonista por 24h no ambiente da UCI? NÃO ☐ SIM ☐

178. O médico plantonista no momento tem especialidade em pediatria? NÃO ☐ SIM ☐

179. Qual a relação de médicos plantonistas para os leitos de UCI? 01 médico para cada _____ leitos.

180. Possui enfermeiro coordenador da UCI? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto c/ a UTI ☐

181. Há enfermeiro plantonista 24h/dia na UCI? sim exclusivo ☐ não ☐

Em conjunto c/ a UTI ☐

182. Qual a relação de enfermeiro plantonista para os leitos de UCI? 01 enfermeiro para cada _____ leitos.

183. A UCI possui um técnico/auxiliar de enfermagem para _____ leitos?

184. Número de técnicos de enfermagem por período:

Manhã _____ Tarde _____ Noite _____

185. Possui profissional de limpeza da unidade? sim exclusivo ☐ não ☐ Em conjunto c/ a UTI ☐

Materiais e equipamentos

186. Responder as próximas perguntas de acordo com os seguintes critérios:

Coluna 1: **0** – Não possui **1** – Possui próprio **2** – Tem acesso via outros setores

Coluna 2: Informe a **quantidade**

Materiais e equipamentos	Coluna 1	Coluna 2
187.1. Berço de calor radiante	()	()
187.2. Incubadoras de parede dupla	()	()
187.3. Incubadoras simples	()	()
187.4. Berços simples ou aquecidos	()	()
187.5. Material para reanimação neonatal - ambú com	()	()

reservatório e válvula.

187.6. Máscaras para prematuros e RN a termo	()	()
187.7. Capacetes para oxigênio	()	()
187.8. Oxímetro de pulso	()	()
187.9. Termômetro eletrônico portátil	()	()
187.10. Esfignomanômetro	()	()
187.11. Estetoscópio	()	()
187.12. Otoscópio	()	()
187.13. Oftalmoscópio;	()	()
187.14. Monitor de pressão não invasiva;	()	()
187.15. Monitor de beira de leito com visoscópio	()	()
187.16. Carro ressuscitador com monitor, material de entubação endotraqueal	()	()
187.17. Ventilador ciclado a tempo, com limite de pressão	()	()
187.18. Conjunto de nebulizador em máscara	()	()
187.19. Aspirador portátil	()	()
187.20. Conjunto de CPAP nasal mais umidificador aquecido	()	()
187.21. Bomba de infusão	()	()
187.22. Aparelhos de fototerapia	()	()
187.23. Balança eletrônica	()	()
187.24. Incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido;	()	()
187.25. Negatoscópio.	()	()

188. A UCI possui material disponível 24h por dia para:

188.1 Punção lombar	NÃO ☐	SIM ☐
188.2 Drenagem torácica em sistema fechado	NÃO ☐	SIM ☐
188.3 Curativos	NÃO ☐	SIM ☐
188.4 Acesso venoso	NÃO ☐	SIM ☐
188.6 Cateter Central de Inserção periférica - PICC	NÃO ☐	SIM ☐
188.7 Cateterismo vesical de demora em sistema fechado	NÃO ☐	SIM ☐
188.8 Traqueostomia	NÃO ☐	SIM ☐

Tecnologias de diagnóstico e tratamento

Responder as seguintes perguntas de acordo com os seguintes itens: **0** – Não, **1** - Na própria estrutura da UTI, **2** - Independente, mas integrada à estrutura do hospital e **3** - Fora da estrutura da UTI ou do hospital

- | | |
|---|-------|
| 189. Laboratório de análises clínicas; | () |
| 190. Laboratório de microbiologia; | () |
| 191. Hemogasômetro; | () |
| 192. Agência transfusional; | () |
| 193. Ultrassonografia; | () |
| 194. Aparelho de raios -X móvel; | () |
| 195. Serviço de radiologia; | () |
| 196. Serviço de nutrição enteral ou parenteral; | () |
| 197. Serviço de psicologia e de assistência social; | () |
| 198. Banco de leite humano. | () |

Alguns aspectos organizacionais e de humanização

199. Os pais recebem informações sobre a evolução diária dos neonatos? NÃO ☐ SIM ☐
200. Como são as visitas familiares? ()
- 0 – Não são permitidas
 - 1 – Não são diárias
 - 2 – Diariamente em horários livres para todos familiares
 - 3 – Diariamente em horários livres para as mães e pré-determinados para outros familiares
 - 4 – Diariamente em horários pré-determinados tanto para pais como para outros familiares
201. Quem está autorizado a visitar o paciente? ()
- 0 – Ninguém
 - 1 – Apenas os pais
 - 2 – Pais e avós
 - 3 – Pais, avós e irmãos
 - 4 – Qualquer parente ou conhecido
202. Existe método mãe-canguru (MS) implantado na UCI neonatal? NÃO ☐ SIM ☐
203. Possui atividades educativas para os familiares? NÃO ☐ SIM ☐
204. Possui grupo de apoio aos pais? NÃO ☐ SIM ☐

Apêndice C – Questionário aplicado às declarações de óbitos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



PESQUISA: AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DA ATENÇÃO HOSPITALAR AO NEONATO

Questionário n: _____ Data da coleta: ____/____/____ DO: _____

Questionário aplicado às declarações de óbito do Município de Cuiabá

1. Tipo do óbito:

() fetal () Não fetal, neonatal (menos de um mês)

2. Data do óbito: ____/____/____ 3. Data do nascimento: ____/____/____

4. Idade no momento do óbito: _____(Horas/dias)

5. Sexo: () masculino () feminino

6. Raça/cor:

() branco () preto () pardo () amarelo () vermelho

7. Local da ocorrência do óbito:

() serviço Hospitalar () outros estabelecimentos saúde () domicílio
() via Pública () outros () ignorado

8. Se o óbito ocorreu em serviço hospitalar, qual o nome do estabelecimento de saúde?

9. Endereço do hospital que ocorreu o óbito?

Em relação às informações presentes no quadro V da DO, específico para óbitos < 1 ano,
Responda:

10. Duração da gestação: menos 22 semanas ☐ de 22 a 27 semanas ☐
de 28 a 31 semanas ☐ de 32 a 36 semanas ☐ de 37 a 41 semanas ☐
42 a mais ☐ ignorado ☐
11. Tipo de Gravidez: Única ☐ Gemelar ☐
12. Tipo de parto: Normal ☐ Cirúrgico ☐
13. Morte relacionada ao parto? Antes ☐ durante ☐ depois ☐ ignorada ☐
14. Peso de nascimento da criança? _____g

Em relação ao item VI da **DO**, condições e causas do óbito, responda:

15. Qual(is) a(s) causa(s) do óbito? PARTE I CID
- a. _____ (____)
- b. _____ (____)
- c. _____ (____)
- d. _____ (____)

16. Outras causas relacionadas? PARTE II

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)