



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

LAISLA PIRES DUTRA

**PROCESSO DE INTERIORIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

**JEQUIÉ-BA
2017**

LAISLA PIRES DUTRA

**PROCESSO DE INTERIORIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Linha de pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela

**JEQUIÉ-BA
2017**

D953p Dutra, Laisla Pires.

Processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos / Laisla Pires Dutra.- Jequié, 2017.
66f.

(Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Profª. Drª. Alba Benemérita Alves Vilela)

1.Políticas Públicas 2.Gestor de Saúde 3.Unidade de Terapia Intensiva Neonatal I.
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

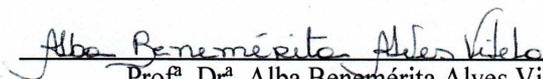
CDD – 610.7361

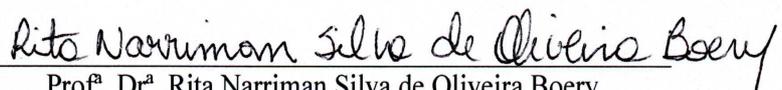
Rafaella Cândia Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

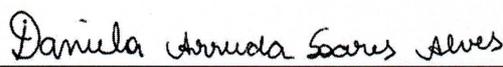
FOLHA DE APROVAÇÃO

DUTRA, Laisla Pires. **Processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos**. 2017. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a. Alba Benemérita Alves Vilela
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora


Prof.^a. Dr.^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- UESB
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde


Prof.^a. Dr.^a. Daniela Arruda Soares
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira – UFBA
Pós-graduação em Saúde Coletiva

Jequié, 26 de julho de 2017

*Ao meu Deus,
À minha mãe Nilza e à minha tia Maria Nice.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, fiel, amigos de todas as horas, a ti toda honra e toda glória, me sustentou até aqui o Senhor.

À **minha querida Mãe**, Nilza, por ter me ensinado o verdadeiro sentido do amor, por me colocar em seu colo nos momentos mais dolorosos desta trajetória, meu grande e verdadeiro amor.

À **minha Vó**, Rita, por ser meu melhor ombro e por todas as suas orações a Deus a mim chegado.

À **minha Tia**, Nice, nenhuma palavra aqui digitada seria possível transcrever e demonstrar a minha tamanha gratidão, por ser meu espelho profissional, por ter acreditado que chegaria até aqui e acredita que posso ir mais além. Te amo!

Ao **meu Namorado**, Vitor, por ter segurado na minha mão durante estes dois anos, por não ter desistido de mim nos momentos mais temerosos, por todo amor, paciência, compreensão, seu apoio foi essencial. Te Amo!

À **Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita**, pelas palavras de incentivo, pelos ensinamentos compartilhados, apoio e compreensão. Grata!

Aos **meus colegas e alunos** da FAINOR, pelo incentivo diário, pela compreensão, se não fosse por vocês não chegaria até aqui, fazem parte deste manuscrito.

Às minhas amigas, **Ju Facci e Adna Gorette**, sem a amizade de vocês eu não conseguiria ter chegado até aqui, foram muito mais que amigas, me levantaram por diversas vezes à realidade, obrigada pelo incentivo, esta vitória também é de vocês! Amo muito!

Aos meus amigos que o mestrado me presenteou, especialmente aos meus melhores: **Daniel, Eliana e Thaynara**, foram meu suporte em todo este tempo de mestrado, para sempre no meu coração. Obrigada!

Às minhas amigas e colegas de trabalho, **Tia Liu e Tia Paulinha**, obrigada por tudo, por me proporcionar forças diárias, por toda paciência e dedicação com a amizade de vocês.

À **Tia Lilia**, minha sogra linda, mais que uma amiga, uma mãe, obrigada por todo cuidado e incentivo.

Às gestoras das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, **Dr^a. Carla, Dr^a Fernanda e Dr^a Fabiane** pela colaboração e aprendizado dos desafios de serem gestores da rede pública de saúde e dos sonhos compartilhados em pró da assistência neonatal.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)** e ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES)** pela oportunidade de fazer parte. Aos professores do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, por compartilhar.

Vivências e convivências, em especial a **Prof^ª. Dr^ª. Adriana Nery** e a **Prof^ª. Dr^ª. Rita Boery**, por quem tenho grande admiração, obrigada pelas contribuições durante toda esta trajetória.

Aos meus pacientes da neuropediatria grande e verdadeiro amor! Vocês são minha maior inspiração para capacitação diária, orgulhosa por ser fisioterapeuta de vocês. Tia Lai ama muito.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

(Arthur Schopenhauer)

DUTRA, Laisla Pires. **Processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos**. 2017. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia.

RESUMO

A política de atenção de alta e média complexidade em saúde compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população. As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) experimentaram no Brasil, nos últimos 20 anos um vasto desenvolvimento, acompanhando a tendência mundial na área da neonatologia, visto que o crescimento do número de leitos e unidades de terapia voltadas a pacientes críticos ainda se faz sem planejamento estratégico. Desta forma o estudo tem como objetivo: Analisar o processo de implantação e funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em municípios baianos e como objetivos específicos: caracterizar as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos; descrever o processo de implantação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos e contextualizar o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório do tipo descritivo, a amostra foi composta por três diretores hospitalares e três coordenadores de UTIN de dois municípios da Bahia, que utilizou como instrumento do estudo um questionário elaborado pelos pesquisadores, aplicado aos coordenadores das unidades e uma entrevista semiestruturada realizada com coordenadores e diretores hospitalares. Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas para a constituição do corpus de análise, sendo utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, onde foi possível descrever os resultados deste estudo, que foram apresentados sob a forma de dois manuscritos, o primeiro intitulado: Funcionamento das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos, abordando em seu conteúdo as potencialidades e desafios encontrados no funcionamento dos serviços de terapia intensiva neonatal e o segundo manuscrito intitulado de Interiorização e implantação da assistência neonatal no nível terciário em dois municípios baianos, contribuindo para o entendimento do processo de implantação e funcionamento da assistência neonatal na Bahia. Concluiu-se que o processo de implantação das UTIN na Bahia foi estabelecido segundo as necessidades de reestruturação da assistência local, visto que as UTIN funcionam com limitações, de superlotação das unidades, defasagem de equipe e um despreparo regional para transferência extra-hospitalar de recém-nascidos de alto risco. Sugere-se que seja revisitada a política de atenção ao paciente crítico em seu processo de implantação.

Palavras-chave: Políticas públicas. Gestor de saúde. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

DUTRA, Laisla Pires. **Interiorization and implementation process of Neonatal Intensive Care Units in inner cities in the state of Bahia**. 2017. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié, Bahia.

ABSTRACT

In health policy care the medium and high complexity services includes a set of actions that happened in outpatient clinics and hospitals in order to attend population main problems. In Brazil the tertiary-care has increased at last 20 years with the Neonatal Intensive Care Units (NICU), following the world tendency in neonatology area, where the number of beds and units for critical patients conditions still happens without strategic planning. Thereby this study aims to: Analyse the implementations e working process of Neonatal Intensive Care Units in inner cities in state of Bahia and characterize Neonatal Intensive Care Units in the inner cities; describe the implementation process of Neonatal Intensive Care Units in inner cities; and to contextualize the Neonatal Intensive Care Units working in these inner cities. It is a qualitative, exploratory and descriptive study; the samples were composed by three hospital managers and three coordinators of NICU in two inner cities in the state of Bahia. As a instrument of research were used a questionnaire produced by the researchers that were applied with the coordinators of the NICU and a semi-structured interview applied to the coordinators and managers of the hospitals, after collections the data was typed to produce material for analysis. The data were analyzed by Bardin's Thematic Content Analysis. The results of this study were compiled in two handwrites, the first named, Newborn Intensive Care Units working in inner cities in state of Bahia, that brings the potentialities and challenges of those services; and the second named, Interiorization and implementation of Neonatal tertiary-care assistance in two inner cities in the state of Bahia that contributes to the comprehension of the implantation and working process of the neonatal assistance in state of Bahia. As conclusion, the study showed that the implementation of the NICU in the state of Bahia happened to supply the necessity in local assistance and also to decrease the neonatal mortality in the region. However, the implementation process of the NICU shows limitations about the overcrowding of the units, lack of people to assist and lack of preparation of the team to do the extra-hospital transfer of the newborns in high risk; which shows the necessity to review the policy care of critical patients to requalify the assistance.

Key-words: Public policy care. Health manager. Neonatal Intensive Care Unit.

LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
GM	Gabinete do Ministro
HAC	Hospital Amigo da Criança
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PROASP	Programa de assistência à saúde perinatal
PNHPN	Programa Nacional de Humanização ao pré-natal e Nascimento
RN	Recém-nascido
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 2:

Tabela 1	Descrição da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas dos participantes da pesquisa.....	47
-----------------	--	-----------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa Geográfico do Estado da Bahia.....	25
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 POLITICA DE REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	18
3.1.1 Políticas públicas Materno-Infantil	18
3.1.2 Coeficiente De Mortalidade Infantil	20
3.2 AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE – UTIN.....	21
4 MÉTODOS.....	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	24
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	24
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	25
4.4 PERÍODO DO ESTUDO	25
4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	25
4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS	26
4.7 QUESTÕES ÉTICAS.....	27
5. RESULTADOS.....	28
5.1 MANUSCRITO 1.....	29
5.2 MANUSCRITO 2.....	443
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A.....	60
APÊNDICE B.....	63
APÊNDICE C.....	64

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2010), uma unidade hospitalar é definida como instituição complexa e completa, sendo parte integrante de uma organização médica e social, cuja função principal é proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva sob qualquer regime de atendimento com necessidade de tratamentos intensivos (ALBUQUERQUE, 2010).

A terapia intensiva é uma área de atuação do campo da saúde considerado a âmbito nacional, como um processo de implantação e implementação de serviço ainda em desenvolvimento no país. Classificada de acordo aos grupos etários específicos em unidade neonatal (0 a 28 dias de vida), pediátrica (29 dias a 12 anos) e adultos para idade superior a 13 anos. As unidades de terapia intensiva neonatal destinam-se aos recém-nascidos gravemente enfermos, com instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais, bem como aqueles que apresentem alto risco de mortalidade e aos que requeiram vigilância clínica, monitorização e tratamento intensivos (GONÇALVES, 2012).

Estima-se que no Brasil existam 4.986 leitos de unidade de terapia intensiva neonatal, segundo o último censo da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), sendo que na Bahia este número é conhecido por 76 unidades de terapia intensiva neonatal, composta por um total de 929 leitos, representando 3,7% das UTIN de todo o Brasil. A melhoria na atenção ao paciente crítico está diretamente implicada na forma de organização do processo de trabalho da equipe, na humanização do cuidado, na qualificação da gestão hospitalar, na ampliação do acesso e garantia de infraestrutura adequada, entretanto existe ainda no país um déficit no número de UTI e sua distribuição nas regiões de saúde (BRASIL, 2012).

Os serviços de unidades de terapia intensiva são conhecidos como assistência de média e alta complexidade em saúde, por oferecer procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos seus custos ou densidade tecnológica envolvida. Na maior parte dos estados, esses serviços de assistência foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde privados com fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores. Ressalta-se que as dificuldades para realização de procedimentos de maior complexidade para a população foram sentidas por muitos municípios que tentaram construir sistemas de saúde municipais autônomos, expandindo a rede municipal sem articulação regional e sem observar a necessária economia de escala, com serviços de saúde mal dimensionados para as necessidades da população (BRASIL, 2007).

Segundo a portaria de número 1101/GM de 12 de junho de 2002, elaborada pelo Ministério da Saúde, estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial, que estima o número de leitos de UTI geral no país, correspondendo a uma média de 4 a 10% dos leitos hospitalares, que corresponde de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes, a estatística para a região nordeste do país se encontra numa média de cobertura de leitos de 0,8 para cada 10.000 habitantes e a Bahia representa ainda estatisticamente menor de 0,6 de cobertura total de leitos, diferente da região sudeste do País que apresenta uma média de 1,7. Entende-se segundo a portaria que apenas 51,9% da população do Brasil estão cobertos por leitos de terapia intensiva (BRASIL, 2012).

Destarte que Noronha e colaboradores (2008) definiram quatro amplas categorias de função gestora para garantir os princípios e diretrizes do SUS, são elas: formulação e o planejamento da política; o financiamento; a regulação e a prestação de ações e de serviços de saúde. A portaria 1.071 de 04 de julho de 2005 regulamentou a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, que considerou a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos cuidados em terapia intensiva aos usuários do Sistema Único de Saúde, além disso, as estruturas, equipamentos de atendimento ao paciente crítico e a capacitação de equipe dentro dos princípios de interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário (BRASIL, 2005).

O indicador de mortalidade infantil é considerado um importante preditor de saúde da população, pois reflete nas condições socioeconômicas e de infraestrutura ambiental, considerados os maiores desafios para redução da mortalidade. O período neonatal é responsável por 70% das mortes no primeiro ano de vida, segundo a classificação dos períodos: neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (27 a 364 dias). Segundo o inquérito de partos e nascimentos intitulado “Nascer no Brasil”, destacou-se uma atenção à categoria de neonato precoce por corresponder a 52,3% dos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida, onde estão relacionados com recém-nascidos de muito baixo peso (inferior a 1500g) (LANSKY et al., 2009; LANZILLOTTI, 2015).

Lansky et al. 2014, relataram em estudo de base populacional segundo o perfil de mortalidade neonatal que prevaleceu o grupo prematuridade, respondendo por cerca de 1/3 dos casos, seguidos pela malformação congênita, as infecções, os fatores maternos e asfixia/hipóxia, situações estas que muitas vezes expõem o recém-nascido ao internamento precoce nas unidades de cuidados intensivos.

As Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal tornaram-se um símbolo da moderna medicina, com inegável impacto na redução da mortalidade, porém na Bahia pouco se

conhece da infraestrutura disponível e, principalmente, da qualidade da assistência prestada por essas unidades. Com a necessidade de conhecer como se deu o processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal nos municípios da Bahia, destacando-se a importância de ampliar o conhecimento para o processo de organização da prestação da assistência neonatal no âmbito do SUS (Sistema Único da Saúde), do qual encontramos o objeto de estudo desta pesquisa: As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de implantação e funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em municípios baianos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos.
- Descrever o processo de implantação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos.
- Contextualizar o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos.
- Descrever a vivência dos profissionais da assistência neonatal (Coordenador hospitalar e da unidade) sobre o processo de implantação e funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em Municípios Baianos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POLITICA DE REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

3.1.1 Políticas Públicas Materno-Infantil

A história da saúde pública no Brasil é marcada pela dicotomia entre a saúde individual (antigo regime de modelo assistencial) e a saúde coletiva, marcada por uma longa jornada política e de interesses. Em meados da década de 80 a reforma sanitária e os movimentos sociais ganham força e a saúde, então, passa a ser considerada como resultado da forma de produção social e não apenas como o estado de ausência da doença, abrindo espaço para a valorização da saúde coletiva. Surge, então, a nova proposta para o setor de saúde nacional, baseada nos princípios doutrinários da universalização, da integralidade, da equidade e da participação social, criado pela Constituição de 1988. Nasce, então, o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90 relativas à participação da população nos serviços (DUARTE et al., 2015; PONTES et al., 2009).

A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) dispõe sobre condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, referindo-se os princípios e às diretrizes do SUS. Segundo esse aparato jurídico, as ações e os serviços que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo a princípios ético doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social). Com a instituição do princípio de universalidade, todas as pessoas passaram a ter direito ao acesso às ações e serviços de saúde, antes restritos aos indivíduos segurados à previdência social ou àqueles que eram atendidos na rede privada (PONTES et al., 2009).

Desde sempre a saúde da criança foi uma preocupação nas políticas públicas de saúde, com a Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a política do Estatuto da Criança e do Adolescente e sobre a proteção integral da criança e adolescente. Traz em seus artigos a priorização do desenvolvimento infantil em todo o seu complexo, inclusive em lactentes com alteração no desenvolvimento. Os mesmos devem ser encaminhados para intervenção em tempo hábil, assim como, os recém-nascidos de alto risco (prematuros, baixo peso, malformações e que sofreram injúria ao nascimento) (SILVA, 2011).

As políticas públicas são definidas como um conjunto de ações elaboradas pelo Estado e desenvolvidas nas três esferas governamentais, diante de situações de risco ou das necessidades, com vistas ao bem coletivo, podendo ter parcerias com empresas privadas e com organizações não governamentais (SILVA, 2012).

Para tal, o Ministério da Saúde (MS) elaborou em 1991 o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) que organizou a melhoria da qualidade do parto e assistência perinatal, promovendo o alojamento conjunto e ao aleitamento materno, cuidados específicos aos recém-nascidos de risco e o controle dos serviços através de um sistema de informação perinatal, tornando-se obrigatório em todo país em 1993 (ARAÚJO, 2014).

Em 1999, a portaria n. 1.091 do Ministério da Saúde cria as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN), sendo este documento pré-estabelecido normas e critérios para inclusão dessas unidades no SUS. No ano de 2000 criou-se o Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), no mesmo ano publicado através da portaria GM/MS n. 569/2000, o Ministério da Saúde definiu a necessidade de leitos de UTIN, estabelecendo que a distribuição fosse de 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos (BARBOSA et al., 2002).

Já na virada do milênio, o governo destinou aos municípios recursos financeiros para o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), cujos objetivos foram: melhoria da qualidade da assistência através da capacitação profissional, humanização e aquisição de aparato tecnológico e o direito ao acesso por parte das gestantes, através da reorganização dos serviços de saúde de média e alta complexidade (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que o recém-nascido seja amamentado na primeira hora de vida, reduzindo em 22% a mortalidade neonatal causada, geralmente por infecções e que a amamentação seja exclusiva até seis meses de vida. Pensando em favorecer a qualidade da assistência e combater o desmame precoce, o governo federal, vinculado ao SUS, lança o programa Hospitais Amigo da Criança (HAC) com o intuito de promover e melhorar a adesão ao aleitamento materno prevendo a redução da mortalidade neonatal no país (BRASIL, 2004).

Na atualidade, a Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru respalda o processo de humanização no atendimento neonatal de risco na rede hospitalar, que busca sua integração com a família durante o internamento em unidades de terapia intensiva. Foram implantados (2004) e reorganizados da forma única (2013) os

Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, com os objetivos de identificação dos óbitos destes grupos populacionais, apontamento de medidas de intervenção para a redução desses eventos, como instrumento de avaliação das políticas públicas e da assistência à saúde materna-fetal e infantil (BRASIL, 2015).

3.1.2 Coeficiente de Mortalidade Infantil

Segundo o cenário mundial estima-se que o Canadá apresenta 4,7 de leitos de UTIN por 1.000 nascidos vivos (NV), sendo 15% intensivos (0,7: 1000 NV) e 85% semi-intensivos (4:1000 NV) e os EUA estimam 2:1000 NV, ambos considerando 7% a taxa de nascimentos prematuros. Na Europa, foi relatada a necessidade de 1,1 leitos intensivos por 1000 NV. Para leitos de UTI Neonatal, o MS, quando criou o Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PNHPN), Portaria GM/MS n. 569/2000, adotou o parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria, para definir a necessidade de leitos, sendo 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos (BARBOSA et al., 2002; BRASIL, 2007).

O coeficiente de mortalidade infantil foi eleito pela OMS como um dos mais importantes indicadores de saúde da população, pois reflete as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção da população infantil. A mortalidade Neonatal é o principal componente da mortalidade infantil e desde a década de 1990 vem apresentando taxas elevadas no país. Em 2010, a taxa de mortalidade neonatal representou 11, 2 por mil nascidos vivos, onde a maioria dos óbitos se concentrou na região Nordeste (38,3%), por causa de prematuridade e baixo peso ao nascer. Em 2011 a taxa de mortalidade neonatal chegou a 15,3 por mil nascidos vivos (LANSKY et al., 2014; BEZERRA et al., 2007).

A redução da mortalidade infantil continua sendo um desafio para os serviços de saúde, a sociedade como um todo e faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio (4ª meta), compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas, do qual o Brasil é signatário. O Brasil alcançou a meta da redução da mortalidade infantil, porém as taxas encontradas estão aquém do potencial do país, a grande preocupação ainda no componente de mortalidade é o indicador de neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), uma vez que as estatísticas mostram que 25% das mortes neonatais acontecem nas primeiras 24 horas de vida. As principais causas de morte estão atreladas à prematuridade, à malformação congênita, asfixia intraparto, infecções perinatais e os fatores maternos (UNICEF, 2012; LANSKY, 2014).

Reduzir este indicador de saúde está atribuído a vários fatores, como as intervenções ambientais, a ampliação do acesso a serviços de saúde, o avanço das tecnologias em saúde, em especial a imunização e a terapia da reidratação oral, a melhoria do grau de instrução das mulheres, a diminuição da taxa de fecundidade, dentre outros. Os óbitos pós-neonatais geralmente são de causas evitáveis (pneumonia, diarreia, causas perinatais e desnutrição), associadas a condições de vida e acesso aos serviços de saúde, porém é a mortalidade neonatal que ainda preocupa os indicadores do país (BRASIL, 2004).

3.2 AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE – UTIN

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS definiu a média e alta complexidade (MAC) em saúde, em procedimentos que não poderiam ser realizados pelas unidades básicas de saúde e atenção primária em saúde. A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. E a alta complexidade é definida como conjuntos de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acessar a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde: atenção básica e de média complexidade (BRASIL, 2007).

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se para os gestores um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, este componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde. O campo da gestão da alta complexidade implica em coordenar, planejar, controlar e avaliar o sistema em todas as suas esferas de gestão, aplicando conhecimentos, habilidades e técnicas, a fim de tornar o trabalho cada vez mais eficaz (GONÇALVES, 2012; BRASIL, 2007).

A terapia intensiva é uma área assistencial de especialidade jovem, cujo processo de implantação e implementação, em nível nacional, foi lento e consubstanciado de forma mais consistente, pelas práticas americanas na área de atenção à saúde. As Unidades de Tratamento Intensivo, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros (BRASIL, 2007).

A implantação do serviço da alta complexidade requer: implantação e implementação de Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico; elaboração e implementação do Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico; oferta de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, sendo atribuições do gestor de saúde prover uma rede de assistência integrada com sistemas regionalizados e hierarquizados na área obstétrica e neonatal, capazes de assegurar o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade (SILVA, 2011; BRASIL, 2005).

As instalações físicas das unidades de terapia intensiva foram descritas na Portaria GM/ MS n. 1.884/1994. Ao considerar a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as UTI existentes, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área disponível, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 3.432/1998, vigente até a presente data, com as seguintes definições: os critérios de classificação entre as diferentes UTI, em tipos: I, II e III, sendo o tipo III a de maior complexidade assistencial. Os dados brasileiros demonstram que os gastos no setor da saúde, representam a 8% do produto total bruto do país, e que 60% deste montante estão dispendidos em hospitais, associados também aos altos níveis tecnológicos das UTIs (NUNES, 2013; BRASIL, 2007).

As comissões intergestores bipartite (CIB), estados e municípios são considerados gestores de saúde e deverão estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e aos serviços de saúde. Portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta de cada região (BRASIL, 2007).

Ao aumentar as UTIN e mudanças no atendimento perinatal, recém-nascidos cada vez menores têm sobrevivido. E torna-se fundamental avaliar não apenas a prevenção, a partir de medidas que aumentem a qualidade na assistência clínica no pré, peri e pós-natal, como também uma melhor organização da assistência em seus diversos níveis (SILVA, 2011).

Para a real efetivação do SUS, considerando-se os princípios da universalidade, equidade, integralidade, participação social e a humanização, ainda representa um desafio no que se refere à qualidade da assistência de saúde. Para que isto ocorra, não basta somente adequar a oferta de leitos intensivos à demanda da população, é necessário construir unidades com estrutura apropriada e investir na formação e educação continuada de toda a equipe de saúde. Deste modo, a qualidade traz maiores benefícios e reduz os riscos para os indivíduos (HADDAD et al., 2010).

No ano de 2006 aconteceu um marco importante para esta especialidade neonatal no campo, quando o Ministério da Saúde descentralizou os processos administrativos relativos à gestão do SUS para pactuação no âmbito das Comissões Intergestoras Bipartite, incluindo análise e aprovação do credenciamento dos leitos de unidade de tratamento intensivo e habilitação dessas unidades no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), descentralizando para os gestores municipais e estaduais, incorporando limites financeiro de média e alta complexidade para os estados.

O MS em parcerias com as secretarias estaduais e municipais de saúde vem realizando esforços para aumento no número de leitos de unidade de terapia intensiva disponíveis na rede pública. Do ano de 2003 a 2009, o ministério credenciou 5.305 leitos de UTI, o que representou 47% dos leitos disponíveis para população brasileira, na Bahia houve um aumento de 22,48% na ampliação da cobertura de leitos, neste mesmo ano (ALBUQUERQUE, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se caracterizou por ser do tipo exploratório, descritivo, qualitativo. A abordagem qualitativa é caracterizada pelos significados das experiências humanas, contendo uma visão holística dos indivíduos, com a perspectiva de descobrir dimensões e padrões importantes das relações. Ela pode ser aplicada para os estudos da história, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, e pode também ser direcionada aos produtos das interpretações sobre o que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, como se sentem e como pensam (MINAYO, 2008).

A pesquisa do tipo exploratória tem o objetivo de permitir uma maior familiaridade com o problema, tendo a finalidade de torna-lo mais explícito, pode envolver levantamento bibliográfico e entrevistas de pessoas que possuam experiência no problema estudado (GIL, 2008).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal das macrorregiões de saúde do sudeste e sul da Bahia foram convidadas a participarem do estudo, porém só recebemos autorização de dois municípios do Estado da Bahia envolvendo três UTIN. O Município de Vitória da Conquista, localizado no sudoeste do Estado apresenta uma população de aproximadamente 343.230 habitantes. As UTIN investigadas nesse município foram: Hospital Geral de Vitória da Conquista (localizado na Av. Filipinas, S/N, Bairro: Felícia), e o Hospital Municipal Esaú Matos (localizado na Av. Macaúbas, 100, Bairro: Kadija). O outro município foi de Itabuna, com população estimada em 219.680 habitantes, a cidade conta com alguns hospitais particulares, outros públicos, como o Hospital de Base, que não atendem somente a cidade, mas também aos municípios vizinhos, num total de 121 pactuados e outros hospitais filantrópicos como o complexo Santa Casa, com 3 hospitais, dentre eles o Hospital Manoel Novais, do qual a UTIN autorizou coleta de dados para este estudo (localizado na Rua Santa Cruz, S/N, Bairro: Fátima). Os municípios foram selecionados por conveniência de acordo o levantamento das UTIN no estado da Bahia, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) (BRASIL, 2017; IBGE, 2017).

Figura 1. Mapa geográfico do Estado da Bahia.



Fonte: <http://www.santoamaronoticias.com/2013>.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A população da pesquisa foi composta por seis gestores das UTIN das Macrorregiões de Saúde da Bahia Sudoeste e Sul, com seguintes cargos: diretores hospitalares (03) e coordenadores das UTIN (03), dos municípios de Vitória da Conquista e Itabuna.

4.4 PERÍODO DO ESTUDO

Após apreciação do projeto pelo CEP/UESB, a coleta de dados aconteceu de fevereiro a março de 2017, após realizar contato com as unidades de coleta e os devidos agendamentos com os gestores das unidades hospitalares, onde foram devidamente informados sobre o estudo em desenvolvimento e esclarecidas dúvidas pela pesquisadora.

4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados para conduzir este estudo dois instrumentos de coleta: Questionário (Coordenadores das UTIN) e entrevista semiestruturada (diretores hospitalares e coordenadores da UTIN).

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores e apresenta as seguintes variáveis: Nome da cidade, Nome do estabelecimento, Macrorregião de saúde, Classificação da unidade,

se possui leitos de cuidados intermediários neonatal em funcionamento, se a unidade é campo de ensino (residência), certificação do serviço, se possui banco de leite humano, se a unidade possui acesso a ambulância, quantidade de leitos de UTIN, se apresenta leitos de mãe canguru. Também foram coletadas informações a respeito dos recursos humanos: Organização de plantões da equipe médica, se há presença de coordenador médico do serviço de neonatologia e sua especialização, e quanto tempo tem de cargo na unidade. Assim como dados da assistência neonatal: exclusividade de faixa etária, se há restrição de horário de visita dos pais na unidade e acomodação para os mesmos e a quantidade de equipamentos disponível e em funcionamento: monitores de multiparametros e Respiradores Mecânicos. (APÊNDICE C – Bloco 01).

A entrevista é uma das estratégias mais utilizadas nas pesquisas de campo, seja no sentido mais amplo da comunicação verbal ou no sentido de coleta de informações sobre determinado assunto científico. Ela ocorre a partir de um diálogo entre dois ou mais interlocutores, no qual o entrevistador toma a iniciativa, com a finalidade de serem construídas informações pertinentes para um determinado objeto estudado (MINAYO, 2008).

As entrevistas realizadas com os coordenadores das Unidades, utilizou-se a questão norteadora: *como se dá o processo de funcionamento da unidade, envolvendo os profissionais e a assistência prestada?* (APÊNDICE C – Bloco 01) e aos diretores hospitalares realizou-se o seguinte questionamento: *Como se deu o processo de implantação da UTIN no hospital?* (APÊNDICE C – Bloco 02).

4.6 PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram transcritos para tabela Excel e, posteriormente, os dados foram apresentados de forma descritiva no Manuscrito 1, nos resultados deste estudo.

As entrevistas semiestruturadas foram analisadas através da Técnica da Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin (2011) uma vez que essa técnica objetiva explicar por meio de deduções os dados coletados, organizando-os, a partir das características dos mesmos, sendo realizadas em três etapas: fase da pré-análise, em que o material a ser analisado é organizado; onde há a realização de leituras flutuantes em que o pesquisador se familiariza com os documentos a serem analisados no intuito de delimitar esse universo (constituição do corpus). A fase de exploração do material onde há a manipulação de forma ordenada. E a fase de tratamento, inferência e interpretação dos dados em que os mesmos são manuseados de forma a serem descritos através dos achados da pesquisa e podem ser

expressos de forma qualitativa ou quantitativa, neste estudo dois manuscritos resultantes da pesquisa (BARDIN, 2011).

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, aprovado por número de CAAE: 63941316.0.0000.0055, em consonância com as questões ético-legais da resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012). Após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob parecer N°1.913.134, iniciada a coleta dos dados. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados, a seguir, sob a forma de dois manuscritos, os quais foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos selecionados para a submissão.

A fim de contemplar o objetivo do estudo foi elaborado um manuscrito intitulado: **“FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM MUNICÍPIOS BAIANOS”** O manuscrito será submetido para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Em resposta ao objetivo proposto no estudo, foi elaborado um manuscrito intitulado: **“INTERIORIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL NO NÍVEL TERCIÁRIO EM DOIS MUNICÍPIOS BAIANOS”** O manuscrito será submetido a Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.

5.1 MANUSCRITO 1

Funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em municípios baianos

Newborn Intensive Care Units working in inner cities of Bahia

Resumo

Objetivou-se conhecer o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em municípios baianos. Para isso foi utilizado um estudo do tipo qualitativo, descritivo, exploratório que ocorreu em três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em dois municípios da Bahia. Foi realizada uma entrevista semiestruturada, utilizando como instrumento um questionário elaborado pelos pesquisadores, aplicado aos coordenadores das unidades. A análise dos dados utilizou a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin. Os resultados deste estudo foram apresentados em duas categorias: as potencialidades do funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e desafios do funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Observou-se que dentre as potencialidades destacaram-se o impacto na redução da mortalidade infantil no município, a prática da Educação Continuada em Saúde e a especialização de residentes da neonatologia através de hospital-escola. Em relação às limitações apresentadas no estudo, ressaltou a superlotação das unidades, defasagem de equipe capacitada para o atendimento e o despreparo no processo de transferência dos recém-nascidos de alto risco extra-hospitalar. Destacando assim, a necessidade da ampliação de novas concepções pedagógicas de ensino que contribua com a formação de profissionais para a assistência neonatal e que fomente discussões sobre a importância de recursos humanos, materiais e financeiros visando à melhoria da assistência.

Palavras-chave: Estrutura dos Serviços. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Gestão em Saúde.

Abstract

This study aimed to understand the job in Newborn Intensive Care Units in inner cities of Bahia. It was a qualitative, descriptive and exploratory study that happened in 3 different Newborn Intensive Care Unites in two inner cities in the state of Bahia. Methodology consisted in a interview using a semi-structuresd questionnaire made by the researchers and appllied with the units coordinators. For data analyses was used the Bardin's thematic content analysis. Results were separated in two categories: potentialities of Newborn Intensive Care

Units working and challenges of Newborn Intensive Care units working. In the first categorie stands out the decrease of infant mortality in the city, continuous education in health and the qualification of residents in Neonatology by the school hospitals. About the challenges the study brings the overcrowding in the units, the lack of people for assistance and the the fact that the team was not prepared to transfer the extra hospital high risk newborns. Which shows the necessity of a new pedagogy in the teaching process that contribute for professional formation in newborn assistance, also another need is to discuss the importancy of human, material and financial resources to improve the assistance process.

Keywords: Service Structure; Newborn Intensive Care Unit; Health Management.

Introdução

Como um problema de saúde pública de relevância ímpar, compondo os objetivos do milênio, a mortalidade neonatal é uma causa significativa no cenário da saúde da criança, diante deste problema, políticas foram estabelecidas e programas de atenção assistenciais foram implantados, afim de garantir a prioridade de cuidados da infância em nosso país. A prematuridade e as complicações no parto são os problemas mais comuns, que levam os recém-nascidos aos cuidados intensivos e acesso a terapia da alta complexidade, como a UTIN.

Situando o contexto brasileiro, a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990, com uma taxa de 11,2 óbitos por mil nascidos vivos no ano de 2010. Em 2011 a taxa de mortalidade infantil no país foi de 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando a meta do quarto objetivo de desenvolvimento do milênio, estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), ao reunir líderes mundiais para se estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana, meta está instituída com a finalidade de melhorar a saúde infantil, e reduzir em 2/3 a taxa da mortalidade infantil, para 19 por mil nascidos vivos até o ano de 2015, na década de 90 apresentava 90 óbitos por mil nascidos vivos, no ano de 2012, o Brasil alcançou a meta estabelecida e chegou a fazer 16 por mil nascidos vivos (LANSKY et al., 2014).

Quando se fala em mortalidade infantil destaca-se a neonatal precoce (06 dias de vida), sendo que grande parte das mortes infantis (25% dos casos) acontece nas primeiras 24 horas de vida, indicando uma relação estreita com a atenção ao parto, nascimento e assistência neonatal. Estudo de base nacional realizado em todo país de fevereiro de 2011 a outubro de

2012, destacou-se uma taxa de mortalidade neonatal de 22,3 por mil nascidos vivos na região Norte, 14,5 na região Nordeste, 8,4 no Centro-oeste, 8,0 na região Sudeste e 6,1 na região Sul. A política de atenção de média e alta complexidade é consubstanciada pelas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), sendo a implantação destas, responsáveis pela redução da taxa de mortalidade neonatal do país.

O Ministério da Saúde (MS) define a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuem condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. O sistema de gestão utilizado pelas UTIN deve implicar nos aspectos referentes ao processo assistencial e administrativo, organização e avaliação do processo de trabalho, afim de se obter qualidade e segurança dos serviços prestados (BRASIL, 2012; PIMENTEL, 2013).

O MS, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vem realizando grandes esforços para ampliar o número de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na rede pública (SBP, 2012). Porém, observa-se ainda, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), diferenças regionais importantes na distribuição de leitos por mil nascidos vivos: Norte e Nordeste 1,7; Centro-Oeste 2,7; Sul 3,1 e Sudeste 3,9 (ALBUQUERQUE, 2010), verificando que os números de leitos das regiões são inversamente proporcionais à taxa de mortalidade neonatal dos mesmos.

No estado da Bahia estima-se a existência de 1.846 leitos de UTI, destes 324 leitos são de terapia intensiva neonatal, distribuídos em 25 estabelecimentos de saúde no estado, onde 67,2% deste total de leitos estão vinculados ao sistema público de saúde. Quanto ao total de unidades que apresentam Cuidado Intermediário Neonatal Canguru existe na Bahia de 15 estabelecimentos, com 92 leitos no total, sendo 52 unidades destas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Entretanto, existe uma grande diversidade entre as UTIN no que diz respeito aos recursos que dispõem, incluindo quantidade de equipamentos disponíveis, recursos humanos e condições estruturais da unidade, que podem influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada. Condições estas que podem contribuir de maneira importante na mortalidade neonatal que se apresenta elevada no país, justificando assim, a proposta deste estudo que tem como objetivo, conhecer o processo de funcionamento da UTIN em municípios baianos.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, de delineamento descritivo e exploratório, realizado em dois municípios do interior da Bahia, no contexto de três UTIN, sendo estas selecionadas por conveniência. O estudo foi realizado em janeiro de 2017 e teve como participantes os coordenadores das UTIN e como instrumentos para coleta de dados aplicou-se: um questionário, elaborado pelos pesquisadores com as seguintes temáticas: Caracterização da Unidade de Terapia Intensiva, Recursos Humanos e Assistência Neonatal, e uma entrevista semi-estruturada composta pela seguinte questão: “Como é realizado o funcionamento da unidade de terapia intensiva neonatal neste hospital?”.

Para o desenvolvimento do estudo solicitou-se dos hospitais a autorização para coleta dos dados e após a apreciação e aprovação da pesquisa foi realizado um agendamento prévio com os coordenadores das UTIN, de acordo a disponibilidade de horário. Nesse encontro os participantes foram informados a respeito do objetivo do estudo, e ao concordarem em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização para uso de depoimento. Em seguida, foram realizadas as entrevistas no espaço físico da coordenação das UTIN, sendo estas gravadas com o consentimento e aprovação dos entrevistados.

Após a coleta os dados foram devidamente organizados e analisados. Os dados obtidos a partir do questionário foram submetidos à uma análise descritiva e apresentados em tabelas. As falas coletadas a partir da entrevista foram ouvidas, transcritas e analisadas a partir da análise do conteúdo temática, descrita por Bardin (2011). A perspectiva de Bardin é composta por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que busca alcançar, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

De acordo com Bardin (2011) essa análise é formada por três fases, sendo a primeira a pré-análise, que consiste na etapa de organização, utilizando procedimentos como: leitura flutuante, formulação de hipóteses e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação; a segunda fase é a de exploração do material, onde os dados são codificados a partir das unidades de registro; e, a terceira envolve o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, etapa na qual se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Considerando o envolvimento de seres humanos, a pesquisa foi submetida, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o Parecer de nº 1.913.134 e número de CAAE: 63941316.0.0000.0055. Ressalta-se que, com a necessidade de se preservar o anonimato das instituições e dos Coordenadores das unidades estudadas, para tanto foram identificados respectivamente em: UTIN1, UTIN2, UTIN3, e os Coordenadores em: C1, C2 e C3.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos nesse estudo foram apresentados e discutidos em dois momentos, o primeiro versa sobre a caracterização das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) em municípios baianos e o segundo, discorre sobre o processo de funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN) em municípios baianos.

Caracterização da UTIN em municípios baianos

A partir da análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário, observou-se uma predominância (66,7%) de UTIN em hospitais de classificação materno-infantil, com média do número de leitos intensivos neonatais de 13,7, variando entre 10 e 21 leitos entre as unidades estudadas. Quanto ao número de leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINca) a média de leitos foi de 3, variando entre 0 e 5 leitos.

O MS, por meio da portaria de nº 1.406, de 15 de dezembro de 1999, destinou o reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS com destaque no atendimento obstétrico e neonatal, como Prêmio Professora Galba de Araújo (BRASIL, 1999).

Segundo os resultados deste estudo 66,7% das unidades apresentaram certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância a fim de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 1999). Observado no atual estudo que 66,7% das unidades do estudo apresentaram Banco de Leite Humano, sendo estas unidades classificadas como hospital materno-infantil. Identificando no estudo, ainda, que todas as unidades apresentam ambulância para os casos em que o recém-nascido de alto risco precise de transferência externa ou realização de exames fora da unidade.

A respeito das informações de Recursos Humanos das UTIN analisadas, todas as unidades possuem coordenadores do serviço neonatal, onde 100% dos coordenadores

apresentam Especialização em Neonatologia, cuja média de tempo no cargo de coordenação foi de 7,3 anos, variando de 2 a 16 anos no cargo. Quanto ao regime de trabalho dos médicos neonatologistas, todas as unidades apresentam organização do plantão com permanência de 24 horas na unidade.

Com relação à assistência neonatal prestada pelas unidades do estudo, 100% das unidades são de admissão exclusiva para faixa etária de 0 a 28 dias de vida, todas as unidades (100%) apresentam restrição de visita dos pais para os recém-nascidos internados na UTIN, sendo que a UTIN1 não apresenta acomodações para os pais durante as visitas e as UTIN2 e UTIN3 apresentam acomodações para apenas alguns leitos. Esses resultados não se apresentam de acordo com a Portaria nº 930, 10 de maio de 2012, Art. 8, que decreta que os estabelecimentos de saúde que dispõem de maternidade e UTIN devem, de maneira obrigatória, prever no projeto arquitetônico da área física, alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral (BRASIL, 2012).

Ao fazer a relação e a análise do número de leitos com os equipamentos disponíveis e em funcionamento na unidade como: Monitor de Multiparâmetros e Respiradores Mecânicos, foi possível identificar que a UTIN3 apresenta 10 monitores e 11 respiradores mecânicos, compatíveis com os 10 leitos disponíveis e em funcionamento pleno na unidade, enquanto a UTIN1 dispõe de 21 leitos, com 11 Monitores de Multiparâmetros, sendo que destes, apenas 5 (45%) estão em funcionamento na unidade. Segundo a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do MS, no capítulo II, seção I, subseção I, Art. 13, deve existir um monitor para a beira de cada leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura (BRASIL, 2012).

Quanto a análise dos resultados sobre os respiradores mecânicos, a UTIN1 apresenta uma média de 1 respirador para cada 2 leitos, assim como preconizado pela portaria do MS, n. 930, 10 de maio de 2012, apresentando um total de 12 respiradores. Entretanto, destes, apenas oito estão em funcionamento, onde se verifica que a unidade está funcionando com capacidade reduzida (BRASIL, 2012).

Ao analisar a UTIN2, implantada com 10 leitos, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), com presença de 11 monitores de multiparâmetros disponíveis e nove leitos em funcionamento, representando um número ideal de monitores de multiparâmetros para os leitos cadastrados. Em relação ao número de respiradores informados pelos coordenadores, apresenta oito recursos, sendo que apenas sete estão em condições de

funcionamento, contemplando o que é estabelecido na portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, do MS, sobre um respirador contemplar dois leitos na unidade crítica (BRASIL, 2017).

Processo de funcionamento da UTIN em municípios baianos

Quanto ao processo de funcionamento das UTIN em municípios do interior baiano, após a análise do conteúdo das falas obtidas por meio das entrevistas com os coordenadores das UTIN, emergiram duas categorias: 1. Potencialidades do funcionamento das UTIN e 2. Desafios do funcionamento das UTIN, apresentadas e discutidas a seguir.

1.1 Categoria 1: Potencialidades do funcionamento das UTIN

De acordo com as falas dos coordenadores das UTIN, observou-se aspectos positivos em relação ao processo de funcionamento das unidades estudadas, dentre os aspectos, encontrou-se a redução da taxa de mortalidade infantil, em resposta à implantação da UTIN nos municípios, observado na seguinte fala:

A unidade de terapia intensiva neonatal reduziu bastante a taxa de mortalidade infantil, pois antes era uma taxa de 18, 20 por mil nascidos vivos, hoje caiu para 11, 12 aqui no município, porque aí envolve outras questões também de humanização do parto ao nascimento, reestruturação da assistência básica que não só as unidades de tratamento intensivo (C3).

O relato da gestora corrobora com achados encontrados em estudo de Lansky et al (2014) em estudo nacional de base hospitalar, realizada nas cinco macrorregiões do país, no período de janeiro de 2011 a outubro de 2012, no qual identificou-se uma taxa de mortalidade neonatal de 11,1 por mil nascidos vivos, com destaque para a região nordeste, que representou 38,3% do total de óbitos neonatais do país. Os principais fatores associados à morte neonatal foram o baixo peso, que corresponde ao peso inferior a 1.500g e a prematuridade, seguidos da malformação congênita, infecções, fatores maternos e asfixia/ hipóxia perinatal (LANSKY et al., 2014).

Considerando o contexto das políticas públicas de saúde no Brasil, o cuidado materno-infantil vem exercendo grande protagonismo nas últimas décadas, com nítidas melhorias dos condicionantes que interferem diretamente na saúde dessa população. O MS lançou em 2011,

o programa Rede Cegonha, com objetivo de melhorar a assistência materno infantil. Esta política pública trata-se de uma importante estratégia do Governo Federal, objetivando a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo, assim, os índices de mortalidade materno infantil. Entende-se que a implantação das unidades de terapia intensiva neonatal nos municípios em estudo nos últimos anos, estão associadas a este modelo de atenção, respeitando os princípios de integralidade e equidade a assistência da criança (FERNANDES et al., 2014; CASSIANO et al., 2014).

Torna-se indispensável à ampliação da Rede Cegonha para que ocorra o aumento da oferta de leitos para gestante de risco habitual e alto risco, leitos de UTIN e obstétricos, ofertando o acesso à vaga sempre por meio de contratualização dos pactos de atenção à saúde. De acordo com Alves (2011) a adesão às diretrizes da Rede Cegonha se faz necessária para uma assistência de maior e melhor qualidade.

Outro aspecto positivo citado pelos participantes foi a presença da prática de Educação Continuada (EC) em saúde, prática esta destinada a realizar atualização do conhecimento científico na área da saúde, proporcionando a oportunidade de informar e discutir temas fundamentais para funcionamento do serviço, no qual abrange a participação de profissionais de todas as especialidades, como revelado na fala de C3:

Temos o processo de educação médica continuada a cada 15 dias nós temos reuniões para formação dos protocolos, tem uma manhã em especial da semana que a gente faz uma visita multidisciplinar, leito por leito, para discutir as condutas, então aí entra médico diarista, a coordenação da UTI, médico do controle de infecção hospitalar, nutricionista, representante de farmácia e aí a gente vai passando as pendências de cada bebê (C3).

Em função da alta tecnologia e cuidados de maior complexidade técnica exigida pela assistência nas UTIN, a Educação Continuada é um desafio para as equipes da UTIN e faz parte de um processo contínuo de disseminação de informações. Segundo Lazzari, Schmidt, Jung (2012), a Educação Continuada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), torna-se um desafio para as equipes de assistência que perpassa o âmbito da utilização de materiais, equipamentos especializados e competência técnica, científica e emocional.

Reafirmando a importância da prática da educação continuada em saúde, Bezerra et al. (2012) descrevem em seu estudo realizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um

hospital universitário na Região Centro-Oeste do país, que o setor saúde deve fazer parte de um processo amplo e abrangente, fazendo parte de discussões sobre as políticas públicas de saúde que incluam as relações entre trabalho, educação e saúde, assim como, competência técnica e política. Para que a educação continuada se torne efetiva nas unidades intensivas, a prática deve fazer parte do planejamento de gestão e da instituição, como uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de pessoas, considerando as necessidades, de forma individual ou institucional.

As unidades estudadas fazem parte de hospitais-escola que contemplam especializações como: Residência em Pediatria e Neonatologia, aprovada pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). De acordo com os relatos dos participantes, a Residência em Pediatria e Neonatologia contribuem de forma positiva na melhoria da assistência, de acordo com as falas, a seguir.

Nós temos residência em neonatologia então ajuda também aqui dentro da unidade, dando um reforço para assistência. Quando está muito cheio alguma residente vem ajudar, hoje mesmo estou com 2 residentes (C1).

Com a residência está se formando neonatologistas, são mais dois nos além do de pediatria, a experiência é vasta, os residentes saem preparados, além de dar um suporte para as unidades durante este tempo (C2).

Recebemos ajuda também de médicos residentes que fazem estágios aqui tanto de pediatria e em uma menor intensidade também os médicos de neonatologia (C3).

A especialização e os investimentos realizados nos últimos anos para o cuidado ao recém-nascido têm levado a um crescimento da neonatologia nas últimas décadas, tornando essa a maior subespecialidade da Pediatria. Os residentes em neonatologia são devidamente treinados para as intervenções e cuidados necessários para a assistência do bebê (DUARTE, 2010; BATTIKHA, CARVALHO, KOPELMAN, 2014).

Destaca-se ainda, neste eixo, a importância de não existir nestas unidades, apenas a residência médica, mais Residências Multiprofissionais em Saúde (perspectiva de trabalhar de forma integrada com todas as profissões da área da saúde), com objetivo de formar profissionais para uma atuação diferenciada frente ao serviço da alta complexidade (SILVA, 2011).

Promulgada esta através da Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, para criação da Residência em Área Profissional da Saúde, iniciando posteriormente o processo de regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde, sendo esta uma pós-graduação, *Latu Senso*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores), em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde, o MEC preconiza que a residência multiprofissional tenha a duração mínima de dois anos, com 60 horas semanais, sendo 4 horas destinadas a sessões de atualização, seminários e participação em eventos. A residência é oferecida às seguintes profissões: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (CUNHA, VIEIRA, ROQUETE, 2013).

1.2 Categoria 2: Desafios do funcionamento das UTIN

Segundo os relatos dos coordenadores entrevistados alguns aspectos contribuem para falhas importantes no funcionamento pleno das UTIN e na rede de atenção. Dentre os desafios relatados na entrevista com os coordenadores, encontrou-se o dilema da falta de vagas, devido à superlotação do serviço, segundo as falas:

A demanda é altíssima, continuamos não dando vaga a muitos, muitos meninos continuam morrendo. Precisamos de mais unidades e leitos (C2).

A supra lotação é o grande problema encontrado na unidade. Hoje eu tenho uma unidade lotada que é o tempo inteiro deficitária. Tem que está subsidiando a unidade porque ela tem mais pacientes do que credenciada. Raramente eu consigo ter vaga para pacientes nascidos em outro lugar (C1).

É uma UTI que fica praticamente com uma lotação de 100% porque a demanda é muito alta, no dia a dia a gente convive com crianças esperando vagas (C3).

Segundo estudo realizado por Silva (2011), na cidade de Salvador, com 11 gestoras entrevistadas sobre os desafios da admissão de recém-nascidos na UTIN, destacou-se uma similaridade com os relatos deste estudo onde os resultados revelaram que um dos desafios do cotidiano a ser vencido é a demanda diária da unidade, por estar localizada em um hospital

público, no qual a demanda é bastante elevada, ocorrer uma superlotação do serviço e a oferta de leitos ser insuficiente para atender a todos.

Assim a UTIN, os profissionais passam por dilemas éticos e conflitantes em seu cotidiano, entre eles, a escassez de leitos, a falta de equipamentos e materiais. Esses conflitos geram fatores que podem desencadear estresse, pois confronta o profissional com a seleção de pacientes que serão atendidos na unidade e aqueles que aguardarão o surgimento de uma vaga, se sobreviverem à espera (SILVA, 2011).

Entende-se que a falta de leitos nas UTIN interfere diretamente no cuidado prestado ao recém-nascido e dificulta a instalação dos suportes necessários que influenciam sua sobrevivência. A espera pela vaga provoca o aumento da tensão física e emocional para os profissionais que assistem as crianças e, também, para a família do recém-nascido, pois o tempo que o recém-nascido fica sem o suporte adequado tem influência e consequências que podem ser negativas no seu processo de crescimento e desenvolvimento, podendo repercutir na sua qualidade de vida para o resto da vida.

Foi identificada na fala da C3: *Hoje até a gente pensar em uma ampliação da unidade não dá, pois, a gente não tem uma demanda de médicos para comportar o serviço, uma preocupação, em relação ao déficit de profissionais na área da neonatologia para atender a demanda do serviço, assim, como as especialidades de neurologista, cardiologista para atender na unidade de alto risco. A falta de profissionais capacitados limita o processo de funcionamento da UTIN, segundo os relatos de todos coordenadores entrevistados:*

Precisamos de mais especialistas, às vezes a gente não tem especialidades ligadas a rede SUS que poderia dar uma assistência melhor e isso faz falta, às vezes a gente tem que propor a um profissional a vir fazer uma visita... a gente não tem neuro que a gente tanto precisa (C3).

Temos dificuldade de técnicos, já chegou a ter aqui 3 técnicos várias vezes para 10 leitos... A gente tem uma dificuldade porque o serviço de técnicos aqui é terceirizado, e existe uma disparidade muito grande do salário dos técnicos que são concursados do estado e da terceirização, que sempre está mudando de empresa, e isso é muito ruim porque a gente tem que ficar sempre treinando técnico e isso impacta na nossa mortalidade e assistência (C2).

Eu não tenho uma equipe de neonatologista suficiente para deixar exclusivamente na UTI, eu preciso revezar ele com a sala de parto.

Hoje mesmo eu estou aqui, e tem um neonatologista que é volante que sai da unidade se tiver intercorrência na sala de parto, ajuda na prescrição, mas é o que sai da unidade (C1).

Deste modo, a qualificação do profissional que atua na UTIN está atrelada ao conhecimento científico, habilidade técnica e treinamento. Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas a atender o paciente crítico, que necessita de uma equipe com capacitação técnico-científica, pois, estes pacientes exigem assistência permanente, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para observação e monitorização contínua de suas condições clínicas (SILVA, 2011).

Outro desafio apontado pelas entrevistadas foi o transporte dos recém-nascidos. Sabe-se que a maneira mais segura de se transportar um bebê de risco seria no útero materno. Nota-se que a mortalidade neonatal é reduzida quando o nascimento de um recém-nascido de alto risco ocorre em centros terciários, bem equipados em termo de materiais e recursos humanos. Entretanto, sabe-se que existem nascimentos em centros secundários e até primários da saúde, sendo necessário ser transferidos, posteriormente, para uma unidade de alta complexidade, respeitando a lógica dos sistemas regionalizados e hierarquizados de atendimento neonatal (BRASIL, 2010), como referido na fala, seguinte:

O funcionamento da unidade aqui se dá por solicitação de vaga via regulação, a gente avalia e libera a vaga e o paciente vem encaminhado do serviço. Observa-se a necessidade de um transporte adequado...eu acho que o serviço de contra referência do interior deveria ser treinado no transporte neonatal que é totalmente diferente do transporte de adulto, tem que adequar o transporte porque não adianta transportar para chegar aqui e morrer (C2).

O transporte de recém-nascidos intra e extra hospitalar das unidades intensivas neonatais no Brasil, são realizados por médico pediatra ou neonatologista, aptos a realizarem procedimentos necessários para a assistência ao neonato gravemente enfermo, acompanhado por um auxiliar de enfermagem ou por enfermeiro que tenha conhecimento e prática no cuidado de recém-nascido (BRASIL, 2010).

Destarte que, Vieira et al. (2007) ao estudar sobre os fatores de risco para intercorrência em neonatos durante o transporte neonatal extra-hospitalar, relata a maior possibilidade para complicações graves, como: extubação acidental, perda de cateter venoso,

hipoxemia e até parada cardiorrespiratória, acarretando riscos sérios à saúde do paciente e a necessidade de realizar procedimentos avançados de suporte vital, em condições distantes das ideais (CASTRO, 2007).

Considerações Finais

Destacou-se no estudo potencialidades e desafios encontrados nos relatos dos coordenadores das unidades a respeito do funcionamento das UTIN nos municípios da Bahia. O estudo ressalta a importância de uma reestruturação na rede de atenção da assistência ao recém-nascido de alto risco. Visto que, foram pontuados como desafios segundo relatos: limitação por superlotação das unidades, defasagem de equipe devidamente capacitada para o atendimento e o despreparo no processo de transferência dos recém-nascidos de alto risco extra-hospitalar.

Algumas das condições satisfatoriamente pontuadas no estudo foram às práticas da educação continuada que vêm acontecendo nas unidades, com a proposta de redefinir protocolos de atendimentos, assim como, a implantação da UTIN como estratégia importante na redução da taxa de mortalidade infantil da região e a capacitação de profissionais em neonatologia com a residência médica disponível nestas unidades.

Destaca-se a necessidade da ampliação de novas concepções pedagógicas de ensino que contribua com a formação de profissionais para a assistência neonatal, que além das residências médicas, exista na região residências multiprofissionais, para que possam suprir a necessidade e exigências destes cuidados da alta complexidade em saúde, como já vem lentamente acontecendo desde a década de 80. Espera-se que este estudo fomente discussões sobre a importância de recursos humanos, materiais e financeiros para a melhoria da assistência, dessa clientela.

Referências

ALBUQUERQUE, N. *Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009*. 2010. 89f. Monografia. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife: 2010.

ALVES, M.L.P. *Adequação da atenção à Saúde da Mulher e da Criança no município do Paudalho segundo olhar da rede cegonha* (25 p.) Plano de Intervenção. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

BARDIN, L. (2011). *Análise de conteúdo*. 2. ed. São Paulo, SP: Edições 70. (229 p.).

BATTIKHA, E.C.; CARVALHO, M.T.M.; KOPELMAN, B.I. A formação do neonatologista e os paradigmas implicados na relação com os pais dos bebês na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Pediatr.*, São Paulo, v.32, n.1, p. 11-6, jan./mar. 2014.

BEZERRA, A.L.Q; QUEIROZ, E.S.; WEBER, J.; MUNARI, D.B. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v.4, n.3, p.618-25, jul./sep. 2012. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a19.pdf. Acesso em: 20 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 930, de 10 de maio de 2012*. Define as diretrizes e objetivos para organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Manual de orientações sobre o transporte neonatal*. Ministério da Saúde, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.406, de 15 de dezembro de 1999. *Aprova o regulamento do prêmio nacional prof. Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, para exercício no ano de 2000*. Diário Oficial da União; Poder Executivo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde*. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 03. mar. 2017.

CASSIANO, A.C.M; CARLUCCI, E.M.S; GOMES, C.F; BENNEMANN, R.M; Saúde materno infantil no Brasil: evoluções e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. *Revista do Serviço Público Brasília*, Brasília, v.65, n.2, p. 227-44, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581> Acesso em: 16 mar. 2017.

CASTRO, E.C.M; LEITE, A.J.M. Mortalidade hospitalar dos recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500 g no município de Fortaleza. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 mar. 2017.

CUNHA, Y.F.F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F.F. *Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte*. In: Simpósio de Excelência em gestão e tecnologia. UFMG. 2013.

DUARTE, E.D; *O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da UTIN*. 2010. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Piauí, PI. 2010.

FERNANDES, S.; ZANELLI, R.; VILELA, G.; FILOMENA, M. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n. 11, p. 4457-66, nov. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4457.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

LAZZARI, D.D; SCHMIDT, N; JUNG, W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*, Santa Maria, v. 2, n.1, p. 88-96, jan/abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4592>. Acesso em: 22 fev. 2017.

LANSKY, S; FRICHE, A.A.L; SILVA, A.A.M; CAMPOS, D; BITTENCOURT, S.D.A; CARVALHO, M.L.C; FRIAS, P.G; CAVALCANTE, R.S; CUNHA, A.J.L.A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30 Sup. p. S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024. Acesso em 22 fev. 2017.

PIMENTEL, L.R. *Gestão de qualidade: análise do grau de implantação em uma UTI*. 2013. 77f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2013.

SILVA, D. S. *Experiências de enfermeiras na admissão do prematuro extremo na terapia intensiva neonatal*, Salvador, 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP), departamento de neonatologia. Relação do número de leitos de uti neonatal por 1000 nascidos vivos. 2012.

SILVA, C.T.; TERRA, M.G.; KRUSSE, M.H.L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M.S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 25, n.1, p.e2760014. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2760014.pdf> Acesso 14 abr. 2017.

VIEIRA, A.L.P.; GUINSBURG, R.; SANTOS, A.M.N.; PERES, C.A.; LORA, M.I.; MIYOSH, M.H.; Transporte intra-hospitalar de pacientes internados em UTI Neonatal: fatores de risco para intercorrências. *Texto da revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 25, n.3, p. 240-6. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n3/a08v25n3> Acesso em 03 maio 2017.

5.2 MANUSCRITO 2

Interiorização e implantação da assistência neonatal no nível terciário em dois municípios baianos

Interiorization and implementation of Neonatal tertiary- care assistancy in two inner cities in the state of Bahia

Resumo

Objetivou-se com este estudo averiguar as experiências vivenciadas por gestores hospitalares sobre a interiorização e implantação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em dois municípios do interior da Bahia. Para tal, foi realizada uma entrevista semiestruturada, com os Diretores Hospitalares, norteada pelo o questionamento: *Como se deu o processo de implantação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no hospital? As análises das entrevistas foram realizadas através da Técnica de Análise de Conteúdo Temática, segundo Bardin, cujos resultados foram apresentados em duas categorias temáticas: a primeira denominada Processos de implantação da UTIN, da qual emergiram três subcategorias: Reestruturação da oferta dos serviços de saúde segundo princípio e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS); condições técnicas e aperfeiçoamento profissional no processo de implantação das UTIN; e Planejamento e execução da implantação das UTIN. A segunda categoria foi nomeada de Estratégias de adequação e adaptação da assistência em UTIN segundo relação oferta-demanda. Verificou-se a partir das experiências vivenciadas pelos gestores hospitalares a evidente necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS.*

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Administração de Serviços de Saúde. Gestor de Saúde.

Abstract

This article aims to verify the experiences lived by hospital managers in interiorization and implementation of Neonatal Intensive Care Units (NICU) in two inner cities in the state of Bahia. It was used a semi-structured interview, applied to the hospital managers, with the question: How was the implementation process of the Neonatal Intensive Care Unit at the hospital? The interviews analysis were made by Bardin's Thematic Content Analysis. Results were presented in two categories: first named as Processo f NICU implementation, in which emerges three other subcategories: Restructuring of health services offers under the Unic Health System principles and guidelines; technical conditions to professional improvement during the NICU implementation; and implamentation of the NICU planning and execution. The second category was named Strategies of adequacy and adaptations in NICU assistancy regarding supply and demand. As conclusion, the managers experience shows a necessity of think about new strategies of implamentation that considers the regionality and respect the historical managerial culture process to developpe and consolidate a equanimity health system.

Key- words: Neonatal Intensive Care Unit; Health service management; Health manager.

Introdução

No Brasil, durante o século XIX, a maioria dos partos era realizada no ambiente domiciliar e assistidos por parteiras. Com o passar dos anos foi ocorrendo, paulatinamente, a institucionalização do parto, havendo então um crescente aumento dos nascimentos nos hospitais, criando assim, espaço para a expansão da assistência aos recém-nascidos, surgindo então, a Neonatologia como subespecialidade da Pediatria. A assistência neonatal associada ao desenvolvimento de técnicas e equipamentos, e a presença de uma equipe de conhecimentos específicos, repercutiu diretamente na sobrevivência de neonatos cada vez mais prematuros, propiciando a assistência de alta complexidade para esta população, em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)¹.

Assim, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) surgiram da necessidade de reduzir a taxa de mortalidade neonatal no país, consistindo o processo de implantação e implementação delas em nível nacional².

As UTIN são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos e pela disponibilização de equipamentos. É considerado um modelo de assistência de alta complexidade em saúde, influenciado pela prática norte-americana. Segundo o departamento de informática do SUS (DATASUS), em 2005, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram R\$ 12,82 bilhões, o dobro das transferências para atenção básica (R\$ 6,07 bilhões)².

A mortalidade neonatal constituía o componente mais expressivo da mortalidade infantil. Entretanto, o país vem apresentando declínio neste indicador em decorrência da expressiva redução do componente pós-neonatal e isso se deve às ações específicas voltadas para a promoção da saúde infantil como: campanhas de vacinação, enfrentamento de doenças diarreicas e da desnutrição e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança³, influenciado pela meta estabelecida no quarto *Objetivo de Desenvolvimento do Milênio*, com a finalidade de reduzir as taxas de mortalidade infantil em 2/3 dos valores apresentados em 1990.

Na Bahia, o Comitê Estadual de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, apontou que em 2006, 59,4% dos óbitos de menores de um ano ocorreram em crianças com menos de sete dias de vida, e 84% destes estiveram relacionados às causas perinatais. Em relação ao número de leitos de UTIN, criou-se o programa nacional de humanização ao pré-natal e nascimento, onde se adotou parâmetro da Sociedade Americana de Pediatria, definindo a necessidade de 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos vivos para implantação das unidades^{5, 2}.

Destarte, o presente estudo tem como objetivo averiguar as experiências vivenciadas pelos gestores hospitalares sobre a interiorização e implantação das UTIN em municípios baianos.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo político reflexivo, de abordagem qualitativa, de delineamento descritivo e exploratório, realizadas em dois municípios do interior da Bahia, em três UTIN, selecionadas por amostra de conveniência. A pesquisa foi realizada com os três Diretores das unidades hospitalares, que foram convidados a participarem de uma entrevista semi-estruturada agendada, segundo a sua disponibilidade de horário, a fim de contribuir com o desenvolvimento do estudo, na qual foi questionado: Como se deu o processo de implantação da UTI neonatal neste hospital? Em seguida, foi realizada a entrevista na sala do setor administrativo das unidades hospitalares, sendo gravada, para posterior transcrição.

Após a coleta os dados, as entrevistas foram digitadas para constituição do corpus de análise. Em seguida, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo Temática⁶, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento do material, inferência e interpretação. Assim foi possível alcançar as categorias que levam ao entendimento do processo de implantação da assistência neonatal na Bahia.

Considerando o envolvimento de seres humanos, a pesquisa foi submetida, apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, conforme resolução 466/2012¹⁸, sob o Parecer de nº 1.913.134 e número de CAAE: 63941316.0.0000.0055. Desta forma, todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o termo de autorização para uso de depoimento. Ressalta-se que, conforme a necessidade de preservar o anonimato as instituições participantes da pesquisa e os respectivos diretores das unidades foram identificados respectivamente pelos pseudônimos: UTIN1, UTIN2, UTIN3, e os participantes: Entrevistado 1, Entrevistado 2 e Entrevistado 3.

Resultados

Para o entendimento do processo de interiorização e implantação das UTIN nos municípios baianos, foi necessário imergir na realidade vivenciada pelos gestores dessas unidades nos aspectos histórico, profissional e social, como também na realidade de toda rede de assistência neonatal. E para além da realidade descrita foi possível perceber o processo de

articulação dos serviços de saúde diferentes níveis do sistema, como também, na pactuação dos serviços para atendimento da demanda regional.

Durante o percurso da coleta de dados foi possível perceber o quanto a aplicação dos princípios e diretrizes das políticas públicas que embasam os pressupostos teóricos do SUS e das políticas materno-infantil foram plausíveis no processo de implantação dessas unidades, assim como, para a ampliação de algumas delas e na sua articulação como estabelecimento de referência para a saúde da criança.

Após as etapas de constituição do corpus, leitura flutuante e codificação e decodificação das Unidades de análise (UA), foi possível perceber a singularidade do percurso para a implantação de cada UTIN pesquisada, tanto advinda do processo de estratificação dos níveis de atenção à saúde, quanto da geração de uma demanda local, como também, a partir dos movimentos sociais iniciados pelos profissionais de saúde da rede hospitalar. Constituiu-se assim um corpus com 629 UA, do qual emergiram as categorias e subcategorias descritas na quadro 1, com suas respectivas frequências (*f*) e porcentagens (%).

Quadro 1 - Descrição da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas dos participantes da pesquisa. Bahia/ Brasil, 2017.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	<i>f</i>	%
Processos de implantação das UTIN	Reestruturação da oferta dos serviços de saúde segundo princípios e diretrizes do SUS (<i>f</i> = 160; 25,43%).	329	52,30
	Condições técnicas e aperfeiçoamento profissional no processo de implantação das UTIN Neonatal (<i>f</i> = 96; 15,26%).		
	Planejamento e execução da implantação das UTIN Neonatal (<i>f</i> = 73; 11,60%)		
Estratégias de adequação e adaptação da assistência em UTIN segundo relação oferta-demanda		300	47,70
TOTAL DE UNIDADES TEMÁTICAS		629	100

Fonte: Dados da pesquisa.

A primeira categoria emergiu como aconteceram os *Processos de implantação das UTIN* nos municípios baianos, a partir do contexto histórico e das demandas advindas da realidade local e regional:

O município ainda tinha muitas dificuldades, então a UTIN2 fez parte um processo mais macro, estratégico, um processo macro de implantação efetiva do SUS no município, tendo a atenção básica como a porta de entrada e ordenamento da rede de assistência à saúde (...) Porque foi a partir daí que a gente definiu não só a implantação da saúde da família, o fortalecimento da saúde na atenção básica, projeto de regulação da implantação de leitos no hospital, da reabilitação física e também da retomada do hospital enquanto condição de unidade estratégica para implantação do serviço

materno-infantil, (...) no hospital foi exatamente fortalecer o hospital como referência, como o hospital amigo da criança culminando com a implantação da UTIN(Entrevistado 2).

Esta categoria desdobrou-se em subcategorias, uma que versa sobre o processo organizativo para operacionalizar e gestar a implantação das UTIN, considerando os princípios de regionalização e descentralização, a *Reestruturação da oferta do serviço de saúde segundo princípios e diretrizes do SUS*:

UTIN2 veio no segundo semestre de 2002, nós tínhamos cerca de 10 leitos de semi-intensiva que tinha o cuidado intermediário e aí nós avançamos em 2004 com a implantação do banco de leite materno fizemos convênio com o ministério da saúde para conseguir construir o banco de leite, conseguimos implantar leitos do método canguru na época tínhamos quatro leitos (...) E isso acabou criando uma demanda crescente da necessidade desses leitos e aí com o tempo a gente já vinha em 2009-2010 tendo a necessidade de ampliar a oferta e aí veio a demanda da região toda pela necessidade (Entrevistado 2)

A segunda categoria: *Condições técnicas e aperfeiçoamento profissional no processo de implantação das UTIN* demonstra como a capacitação profissional, neste contexto, surge enquanto necessidade de constituir condição técnica para o funcionamento e desenvolvimento da assistência neonatal:

Passou a ser a primeira UTIN2 pública do interior da Bahia com 6 leitos implantados e treinamento foi feito pela própria Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia campus Jequié com a formação de enfermeiros obstetras, além de ter o curso de graduação de enfermagem e obstetrícia. Teve um número muito grande de profissionais qualificados que foram para o hospital para garantir a qualificação do serviço. A partir daí os investimentos foram feitos no sentido de qualificar a equipe e preparar para a UTIN2 com um neonatologista e com profissionais especializados também e tendo o suporte da secretaria municipal de saúde (Entrevistado 2).

Assim, eles começaram a fazer esses treinamentos, na época foi criado um berçário, começaram a dá plantão, a gente recebeu uns equipamentos vindo do ReforSUS. Nesta época a gente formou uma sociedade com 10 pessoas, hoje nós somos 8 e essas pessoas formaram uma sociedade e formou parceira com outro hospital, para formação (Entrevistado 1).

Na terceira subcategoria, *Planejamento e execução da implantação das UTIN*, percebeu-se que a interiorização da assistência neonatal ocorreu para atender à necessidade regional e melhorar a demanda em todo estado e, ainda, por iniciativa dos profissionais de saúde dos hospitais, o que demonstra o quanto é importante à iniciativa quando a equipe reflete sobre a própria prática:

Que eu saiba já existia um projeto aí eles deram uma prioridade e inauguraram a UTIN3. Já era um projeto de planejamento baseado na demanda do estado. E na verdade a gente precisa ampliar. (...) (Entrevistado 3).

Na verdade assim, foi uma iniciativa de uns pediatras que na época trabalhavam aqui, e que até hoje trabalham, que queriam e começaram a pensar em abrir uma UTIN. Então a gente entrou com nosso trabalho, compramos alguns equipamentos, e com isso a gente

fez a prova de títulos e a gente conseguiu abrir a UTINI com 7 leitos de alto risco e 10 leitos de semi intensiva (Entrevistado 1).

Na segunda categoria, emergiram os processos adotados como *Estratégias de adequação e adaptação da assistência em UTIN segundo relação oferta-demanda*, na qual os gestores pesquisados verbalizaram sobre a constituição dos leitos, sua disposição e capacidade de prestação de serviços além da ampliação das unidades, conforme cada realidade vivenciada.

Com a demanda crescente a gente acabava ampliando a oferta e adaptando alguns leitos de UTIN2 para mais de 10, a capacidade da UTIN2. Assim poderia receber bebês do próprio hospital, e transferidos garantindo ao bebê que tivesse uma vaga de UTIN. (...) em 2003 nós conseguimos uma cirurgia pediátrica, fazia cirurgia neonatal também. Então a gente conseguiu resolver muitas situações, menos às cardiológicas (Entrevistada 2).

E com relação a UTIN3 óbvio que com esses 10 leitos daqui melhorou bastante. A outra coisa que eu não tenho é aonde atender o RN que tem alta do hospitalar. Então acaba que as crianças ficam prejudicadas. Eu tenho hoje bebês que ficam na UTIN3 só para ganhar peso que poderiam estar num berçário, a assistência fica muito prejudicada. E então acaba que o setor fica sobrecarregado, os recém-nascidos na UTIN3 só para ganhar peso, ocupa a vaga de um bebe mais grave. Com berçário a gente teria um fluxo melhor (Entrevistado 3).

Discussão

Ao longo do século XX, por conta de toda a conjuntura político-social que a assistência à saúde estava inserida, os berçários de alto risco transformaram-se em UTIN. Contudo, a assistência à saúde no Brasil passava por um cenário de debate e discussões com a finalidade de reorientar a forma de prestação dos serviços em Saúde.

A constituição do SUS e sua organização em níveis hierárquicos, como uma rede de atenção à saúde não provocou somente mudanças na atenção primária no sentido de ser a porta de entrada do sistema, mas os níveis, secundário e terciário, também, sofreram modificações a fim de acompanhar as mudanças que as políticas públicas em saúde impunham a cada um deles como partes integrantes desse processo.

Dentre as necessidades de se construir políticas públicas voltadas à atenção materno-infantil, no ano de 2000 foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento, com objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no País. Após a implantação deste verificou-se que o programa não teve o alcance esperado, apresentando dificuldades no acesso aos serviços de saúde, falta de leitos, deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais. Na busca pela melhoria da assistência materno infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o programa Rede Cegonha, considerada importante estratégia do Governo Federal, com objetivo de

implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, que garanta acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materno-infantil⁷.

Baseado na literatura e nas políticas de atenção ao recém-nascido no Brasil, segundo Costa e Padilha (2012), pode-se constatar que nos últimos anos, o universo da ciência vem se transformando com a finalidade de buscar a saúde integral, passando de uma visão mecanicista, para um novo olhar, dinâmico e indivisível. O hospital como qualquer outro equipamento de saúde, necessita de trabalhadores formados adequadamente – para a gestão e para a atenção, não seria diferente nas Unidades de Terapia Intensiva que para o seu funcionamento pleno é necessário uma equipe de profissionais qualificados, com treinamento específico, atendendo aos requisitos mínimos do Regulamento Técnico^{8,9}.

As condições organizacionais para implantação das unidades de terapia intensiva, obedecem obrigatoriamente a existência de UTIN nos hospitais que realizem mais de 4000 partos por ano (1 leito para cada 80 recém-nascidos/ano com peso de nascimento abaixo de 2500g); O Hospital Materno-Infantil que realiza pré-natal e parto de gestantes de alto risco deve ter Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Neonatal, não corroborando com atual estudo onde foi identificado que dentre as unidades estudadas, ainda existe hospital materno-infantil, não apresenta leitos de UTI adulto como sugerido no Regime Diferenciado de Contratação (RDC) 36/2008⁸.

Em estudo qualitativo, realizado em Florianópolis – SC, com metodologia similar a do presente estudo, a equipe quando questionada sobre o motivo para implantação da UTIN, referi que a unidade era uma necessidade, devido ao aumento da demanda de recém-nascidos de alto risco. Outros ainda relataram que a motivação para abertura da UTIN era que as crianças chegavam muito descompensadas de todos os lugares transferidas e não se tinha profissionais neonatologistas suficientes, material adequado e uma forma de cuidar do recém-nascido⁹.

As ações e os serviços de saúde são de relevância pública e devem ser disponibilizadas à população de modo regionalizado e hierarquizado, com o atendimento integral das pessoas, tanto em ações preventivas quanto assistenciais. Como parte do arcabouço normativo que sustenta o SUS e trata dos seus princípios e diretrizes (Lei Orgânica da Saúde/1990), identifica como parte do processo de descentralização político-administrativa a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, constituída em níveis de complexidade mediante a necessidade de garantir a plenitude desses princípios¹⁰.

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas

competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Existem serviços de saúde que não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios, pois existem muitas municipalidades pequenas que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade, porém existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos¹¹, como é o caso dos dois municípios onde foram realizados este estudo.

A capacitação profissional, neste estudo, surge como estratégias e ações políticas adotadas no processo de implantação das UTIN, no interior da Bahia, havendo como necessidade, deste processo, constituir condição técnica para o funcionamento e desenvolvimento da assistência neonatal da região.

Segundo Lazzari, Schmidt, Jung (2012), a Educação Continuada em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), torna-se um desafio para as equipes de assistência que perpassa o âmbito da utilização de materiais, equipamentos especializados e competência técnica, científica e emocional¹². Para que a educação continuada se torne efetiva nas unidades intensivas, essa prática deve fazer parte do planejamento de gestão e da instituição, como uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento de profissionais, considerando as necessidades, de forma individual ou institucional.

A Política Nacional de Educação Contínua em Saúde (PNEPS) preconiza a reflexão sobre a prática no local de trabalho, com a finalidade de modificar as posturas laborais a partir da problematização do processo de trabalho. O que envolve a participação integral da equipe, incluindo, a equipe multidisciplinar e todos os funcionários do serviço. No entanto, destaca-se a necessidade de maior investimento neste tipo de iniciativa nos setores de cuidado terciário¹³.

Na perspectiva de Mishima *et al.* (2015) a educação continuada em saúde propõe justamente o envolvimento da equipe, no sentido de atuar, colaborar e se responsabilizar pelas questões ali presentes de forma que venha modificar a maneira de lidar com o trabalho. A partir dessa problematização, todos os sujeitos são aprendizes e são criadores de possibilidades para nova conformação do trabalho e do poder no grupo¹⁴.

A perspectiva é que os profissionais sejam atores ativos em sua formação, por meio de eventos capazes de produzir diferença no *ser sujeito*, colocando-o na coletividade como ser capaz em permanente produção, operacionalizando, portanto, a aprendizagem significativa. Desta forma, pensa-se que a educação continuada em saúde se sustenta em ações alicerçadas

na concepção de aprendizagem significativa, a partir da análise dos problemas/situações que necessitam ser enfrentados no cotidiano do labor em saúde¹⁴.

Advindo de a importância da equipe refletir sobre a própria prática, o presente estudo corrobora com a aprendizagem significativa pela operacionalização de ações a partir da análise do problema ao deparar-se com a realidade que o planejamento, execução e organização de uma UTIN por iniciativa dos profissionais de saúde, que pela realidade vivenciada em seu setor de trabalho buscaram as melhorias para sua condição laboral e conseqüentemente, para a prestação de seus serviços.

É sabido que inicialmente, as primeiras unidades de atendimento ao recém-nascido tinham por objetivo a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, como também a prevenção de infecções e a diminuição da morbi-mortalidade¹⁵. E em decorrência dos avanços tecnológicos crescente estas unidades conseguiram promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extrauterina, logo houve redução da mortalidade infantil^{15, 16}.

No decorrer dos processos reflexivos dos profissionais, a preocupação exclusiva com a sobrevivência, foi tomando maior dimensão de modo a considerar não somente os aspectos biológicos, mas também a qualidade de vida do recém-nascido¹⁵. O presente trabalho foi sensível para perceber que no processo de interiorização da assistência neonatal na Bahia, refletiu a preocupação dos profissionais em promover uma melhor qualidade de assistência aos neonatos, que impulsionou tanto as ações de planejamento para as unidades, quanto a ampliação das unidades estudadas.

Assim, as ações cotidianas no processo de trabalho em saúde integram tanto fonte de prazer, como representa desgaste para os profissionais. No entanto, essa dinâmica tem sido considerada como relevante potencial de produção de cuidados humanizados¹⁷. Assim, nas verbalizações dos profissionais entrevistados foi possível perceber que na constituição das suas rotinas laborais existe a busca de estratégias capazes de adequar o setor como também define um perfil profissional. Além disso, foi possível perceber um processo reflexivo sobre toda a rede de assistência, a partir da preocupação desses profissionais sobre a continuidade do tratamento pós-alta hospitalar.

Conclusão

A partir das experiências vivenciadas pelos gestores hospitalares no processo de interiorização e implantação das UTIN, em municípios do interior da Bahia, fica evidente a

necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS.

Essas debilidades inerentes ao processo de regionalização são históricas e se arrastam desde o início do sistema e somente superando essas fragilidades poder-se-a fortalecer a governança regional, cuja velocidade de implementação dependerá da capacidade e da vontade política e será distinta no país.

Consoante com este processo há a necessidade da reflexão das práticas nos serviços de saúde para além dos setores de trabalho e níveis hierárquicos. Assim, as forças políticas e governamentais são convidadas para refletir em conjunto, conhecendo as demandas de cada setor. Desta forma, percebe-se a necessidade de pesquisa futuras para alcance detalhado da experiência de trabalhar e refletir sobre as práticas em UTIN que juntamente com os presentes achados subsidiarão a implantação de políticas regionalizadas.

REFERÊNCIAS

1. DUARTE, E. D. O cuidado ao recém-nascido na perspectiva da integralidade: saberes e práticas no cotidiano da UTIN. 2007. 190 f., Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2007.
2. _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf Acesso: 17 Mai. 2017.
3. LANSKY, S; FRICHE, A.A.L; SILVA, A.A.M; CAMPOS, D; BITTENCOURT, S.D.A; CARVALHO, M.L.C. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30 Sup. p. S192-S207, 2014. Disponível em: [//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024) Acesso em 22 Fev. 2017.
4. LYRA, P.P.R.; SOUSA, T.R.M. **Impacto da implantação da unidade de terapia intensiva neonatal na mortalidade neonatal em maternidade de referência de Salvador (Bahia, Brasil)** 2014. 28 f. (Monografia) Curso de Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). Universidade Federal da Bahia (UFBA). 2014.

5. NASCIMENTO, R.C.S. **Mortalidade perinatal em Salvador: análise espacial das condições de evitabilidade e desigualdades sociais**. 2014. 77 f. Tese (Doutorado). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2014.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
7. CASSIANO, A.C.M; CARLUCCI, E.M.S; GOMES, C.F; BENNEMANN, R.M; Saúde materno infantil no Brasil: evoluções e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, Brasília, v.65, n.2, p. 227-44, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581>. Acesso em: 16 mar. 2017.
8. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso: 05 Mai. 2017.
9. COSTA, R.; PADILHA, M.I. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 247-54, Jun. 2012. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun. 2017.
10. CARVALHO, A.L.B.; JESUS, W.L.A.; SENRA, I.M.V.B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, p. 1155-64, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002401155&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso: 04 Jun. 2017.
11. _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Brasília: Brasil. 2004. 40 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-22782> Acesso: 22 Mai. 2017.
12. LAZZARI, D.D.; SCHMIDT, N.; JUNG, W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. *Rev Enferm UFSM*, v.2, n.1, p.88-96, Jan/Abr. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4592/3130> Acesso em: 10 Abr. 2017.
13. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília; 2009. p. 64. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/323-sgtes-p/gestao-da-educacao-raiz/gestao-da-educacao/12-gestao-da-educacao/20063-politica-nacional-de-educacao-permanente> Acesso em: 02 Abr. 2017.

14. MISHIMA, S.M.; AIU, A.C.; RIGATO, A.F.G.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. et al. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0665-73, Aug. 2015. Available from http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0665.pdf Acesso em 13 Jun. 2017.
15. COSTA, R.; PADILHA, M.I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 248-55, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jun. 2017.
16. KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Caring for newborns in a NICU: dealing with the fragility of living/surviving in the light of complexity. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 45-51, Feb. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Abr. 2017.
17. SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-80, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Jun. 2017.
18. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso: 05 Mai. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos relatos de vivências ditos pelos diretores hospitalares e coordenadores das unidades de estudo, sobre a implantação das UTIN e o seu funcionamento, respectivamente. Verificou-se em seus achados a necessidade de se pensar políticas com enfoque regional, adequadas a uma realidade que respeite os aspectos histórico-culturais dos processos de gestão, permitindo consolidar o desenvolvimento equânime do SUS e a reflexão das práticas nos serviços de saúde.

Destaca-se no estudo as potencialidades e os desafios encontrados no funcionamento das UTIN em dois municípios da Bahia. Quanto aos desafios, ressalta-se a importância de uma reestruturação na rede de atenção da assistência ao recém-nascido de alto risco, em decorrência dos desafios encontrados, como: superlotação das unidades, defasagem de equipe capacitada para assistência e o despreparo no processo de transferência dos recém-nascidos de alto risco extra-hospitalar, fatores esses que contribuem negativamente para o enfrentamento da assistência ao recém-nascido.

Reconhece-se com o estudo a importância de novas concepções pedagógicas de ensino a fim de contribuir com a formação dos profissionais da assistência neonatal. Que além das residências médicas, exista na região residências multiprofissionais, com intuito de que a necessidade e exigências da assistência de alta complexidade em saúde sejam debeladas.

O presente estudo foi desenvolvido em dois municípios baianos o que não está representando a realidade do estado, mas sim, a realidade local onde foi visto o processo de funcionamento dessas unidades. Diante desta contextualização, fica aqui um indicativo para que novos estudos tratem de vislumbrar planejamentos estratégicos na perspectiva da governança em saúde, fortalecendo a consolidação da assistência da alta complexidade para o SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; NEUSA COLLETIII, NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; VIEIRA, C.S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v.67 n. 6 p. 1000-7. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em 10 maio de 2017.

ALBUQUERQUE, N. *Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009*. 2010. 47 f., (Monografia). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife. 2010.

BARBOSA, A.P. et al. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no rio de janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. *Texto da Revista da Associação Médica Brasileira*, Rio de Janeiro, 2002. v. 48, p. 303-11. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ramb/v48n4/14199.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011. 270p.

BEZERRA, F. J.G; KERR, P.L.R.S; BARRETO, M.L. Mortalidade infantil e contexto socioeconômico no Ceará, Brasil, no período de 1991 a 2001. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Periódico online]. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n2/03.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Programa: humanização no parto, humanização no pré-natal e nascimento*. Ministério da Saúde, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Versão aprovada na reunião da comissão Intergestora Tripartite – Realizada em 18/03/2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 1.071, de 4 de julho de 2005. Aprova a *Política Nacional de atenção ao Paciente crítico*, Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde*. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

DUARTE, L.S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Texto da Revista Saúde Soc. v. 24, n. 2, p.472-485. São Paulo. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472>. Acesso em: 10 fev. 2017.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 176p.

GONÇALVES, R.M.; PONTES, E.P. *A busca de melhorias para uma gestão com qualidade das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no estado de Minas Gerais (MG)*. Centro de Convenções Ulysses Guimarães. Brasília/DF, Jun. 2012.

HADDAD, J.G.V.; ZABOLI, E.L.C.P. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 86-91, 2010. Disponível em: https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/11_Sistema%20Unico%20de%20Saude.pdf Acesso em: 4 de jan. 2017.

IBGE. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740>> Acesso em: 10 jan. 2017.

LANSKY, S.; FRANCA, E.; PERPÉTUO, I.H.; ISHITANI, I.; *A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal*. In: 20 anos do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (no prelo).

LANSKY, S; FRICHE, A.A.L; SILVA, A.A.M; CAMPOS, D; BITTENCOURT, S.D.A; CARVALHO, M.L.C; FRIAS, P.G; CAVALCANTE, R.S; CUNHA, A.J.L.A. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30 Sup. p. S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024 Acesso em 22 fev. 2017.

LANZILLOTTI, L.S. *Eventos adversos na unidade de terapia intensiva neonatal e sua interferência no óbito neonatal precoce*. 2015. Tese (Doutorado). 151 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

NUNES, A.A.; MELLO, L.M.; ANA, L.W.; MARQUES, P.M.A.; DALLORA, M.E.L.; MARTINEZ, E.Z.; PAZIN, A.F.; COELHO, E.B. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29 Sup: S179-S186, 2013.

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: teoria e prática*, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PONTES, A.P.M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Texto da Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 500-507. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/eav/v13n3/v13n3a07>>. Acesso em: 04. Jan. 2017.

SILVA, A. J. *Morbi-mortalidade dos neonatos egressos de UTI neonatal em Juiz de Fora: fatores associados*. Tese (Dissertação). 66 f. Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

SILVA, F.C. *Assistência Social e Cultura Política: o processo de uma política em construção*. Fernanda Cristina da Silva. 125 f. (Dissertação) Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2012/05/fernanda.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

UNICEF. *Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF*. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.

Prezado (a) Senhor (a), sou **Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemérta Alves Vilela**

e estou realizando juntamente com **Laisla Pires Dutra**, o estudo sobre **processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos.**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A Pesquisa tem por objetivo: Contextualizar o processo de implantação e funcionamento das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos. A pesquisa será realizada em cinco unidades de terapia intensiva neonatal, em dois municípios do estado da Bahia: Vitória da Conquista e Itabuna, onde será entrevistado diretores hospitalares e coordenadores da unidade de terapia intensiva neonatal, através de dois formulários: questionário sócio demográfico e entrevista semiestruturada.

Considerando que toda pesquisa oferecer RISCOS e BENEFÍCIOS, nesta pesquisa os mesmo pode ser avaliado como:

RISCOS: Toda pesquisa realizada com seres humanos envolve risco (Resolução CNS 466/2012). A presente pesquisa poderá gerar riscos mínimos devido a constrangimentos e/ou desconforto em responder algumas perguntas durante a entrevista, na coleta de dados. Na tentativa de minimizar esses riscos, os gestores participantes serão abordados com cautela e todas as explicações serão realizadas detalhadamente pelos responsáveis da pesquisa, podendo o entrevistado deixar de responder tais perguntas, se assim preferir. A aplicação do questionário e entrevista serão realizadas no local de trabalho dos gestores. Será esclarecido que a participação é voluntária e que poderão desistir a qualquer momento, que a sua identidade não será revelada em nenhuma apresentação, nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

BENEFÍCIOS: O conhecimento adquirido como resultado deste estudo pretende compreender como se dá o funcionamento das unidades e o papel do coordenador, administrador e diretor hospitalar, na implantação de um serviço de alta complexidade em saúde, em que implicará em esclarecimentos para a população em geral da situação destas unidades e seus benefícios nestas macrorregiões de saúde.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO (A)

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos, e fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Laisla Pires Dutra sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e que a pesquisa é orientado pela professora Dr^a. Alba Benemérita Alves Vilela, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos deste estudo e que compreendo ser o sujeito da referida pesquisa, que irei participar da mesma por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus em troca, e com a finalidade exclusiva de colaborar para as conclusões acadêmicas e científicas da mesma. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de questionário e entrevista semi-estruturada.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou orientador(a). Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para

alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em revista científica e congressos nacionais.

Por este meio, AUTORIZO o uso dos meus dados neste Projeto de Pesquisa.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar deste estudo como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento) e que se houver necessidade, as despesas para a minha participação serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores.

Assinatura do Participante

Alba Benemérita Alves Vilela

TEL: (73) 99191-1347

E-mail: albavivela@gmail.com

Laisla Pires Dutra

TEL: (77) 98823-8771

E-mail: laysla19@hotmail.com

APÊNDICE B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E/OU DEPOIMENTOS**

Eu _____, CPF _____ - _____ RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e/ou desconfortos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores: Prof^ª. Dr^ª. Alba Benemérita Alves Vilela e Laisla Pires Dutra do projeto de pesquisa intitulado processo de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização deste depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003), das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004), e à regulamentação da pesquisa com seres humanos (Resolução CNS 466/12).

Jequié-Bahia, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Alba Benemérita Alves Vilela
TEL: (73) 99191-1347
E-mail: albavivela@gmail.com

Laisla Pires Dutra
TEL: (77) 98823-8771
E-mail: laysla19@hotmail.com

APÊNDICE C



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Pesquisador Responsável: Professora Doutora Alba Benemérita Alves Vilela.

Pesquisador Colaborador: Laisla Pires Dutra

Pesquisa: Processos de interiorização e implantação das unidades de terapia intensiva neonatal em municípios baianos.

BLOCO 01 – COORDENADOR DA UTIN	
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome: _____	Sexo: _____
Idade: _____	Estado civil: _____
	Formação profissional: _____
Tempo de serviço no cargo: _____	Carga horária semanal: _____
QUESTIONÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE	
I – Caracterização da UTIN	
1. Nome da Cidade: _____	2. Região: _____
3. Estado: _____	
4. Nome do estabelecimento: _____	
5. Macroregião de Saúde:	1. Sul 2. Sudoeste
6. Como é classificada a Unidade?	
1. Hospital Geral ou de Especialidades	2. Somente Maternidade
3. Hospital Materno-Infantil	4. Maternidade e Serviço de Ginecologia
7. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento?	
0. Não 1. Sim	
8. O hospital/ Unidade é campo de ensino?	0. Não 1. Sim
9. O serviço possui Alguma das seguintes certificações:	
a) Hospital amigo da Criança	0. Não 1. Sim
b) Prêmio Prof. Galba de Araújo	0. Não 1. Sim
c) Outros: _____	

10. O hospital/ Unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UCIN/UTIN? 0. Nunca 1. Sempre 2. Às vezes

11. O hospital/ Unidade tem acesso à ambulância para transferência do recém-nascido?

0. Não 1. Sim

12. Qual a quantidade de leitos neonatal?

13. Apresenta leitos de Mãe Canguru?

2. Recursos Humanos:

14. Como é organizado os plantões dos médicos neonatologistas da unidade?

1) Permanece na unidade durante as 24 horas

2) Permanece na unidade 12h e de sobreaviso 12h

3) Fica sobreaviso as 24h

4) Outros: _____

15. Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia? 0. Não 1. Sim

16. Esse profissional possui especialização/residência na área da neonatologia? 0. Não 1. Sim

17. Há quanto tempo esse coordenador trabalha nesta unidade? _____

3. Assistência Neonatal:

18. A unidade neonatal é exclusiva para essa faixa etária? (Até 28 dias de vida) 0. Não 1. Sim

19. Existe alguma restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos? 0. Não 1. Sim

20. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI? 0. Não 1. Sim

21. Gostaríamos de saber a quantidade de alguns equipamentos disponíveis no setor de neonatologia:

EQUIPAMENTOS	Quantidade disponível	Quantidade em funcionamento
1. Monitores de multiparametros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	/___/___/	/___/___/
2. Respiradores/ Ventiladores mecânicos	/___/___/	/___/___/

Roteiro de Entrevista:

1 - *Como se dá o processo de funcionamento da unidade de terapia intensiva neonatal neste hospital?*

(Gravada)

BLOCO 02 - DIRETOR

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____ Sexo: _____

Idade: _____ Estado civil: _____ Formação profissional:

_____ Tempo de serviço no cargo: _____ Carga horária
semanal: _____

Roteiro de Entrevista

1. *Como se deu o processo de implantação da UTI neonatal neste hospital? (Gravada)*