

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 fomenta 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 fomenta 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 Process of 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 implementation 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 develop 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 conseguiam 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.