



## PESQUISA

**QUALITY INDICATORS IN NEONATAL INTENSIVE CARE: CONTRIBUTIONS IN THE MANAGEMENT OF CARE**
**INDICADORES DE QUALIDADE EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: CONTRIBUIÇÃO NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO**
**INDICADORES DE CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL, CONTRIBUCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CUIDADOS**

 Camila Monteiro Pereira<sup>1</sup>, Fernando Porto<sup>2</sup>
**ABSTRACT**

The object of this study is the quality indicators in the infrastructure of the Neonatal Intensive Care Unit, recommended by the National Patient Care Critical. The objective of the study was to identify the situation in the Neonatal Intensive Care Unit, in order to analyze the quality indicators in the infrastructure of the Neonatal Intensive Care Unit, as recommended by the National Patient Care Review, and to comment on the results in order to contribute to neonatal nursing. **Methodology:** Study used a quantitative approach with reference to the year 2007. **Conclusion:** The analysis of the study showed that the institutions studied require an adjustment in the quality of care which should be governed according to Ordinance 1071. **Descriptors:** Nursing, Management, Public policy.

**RESUMO**

O objeto de estudo são os indicadores de qualidade na infra-estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico tendo como objetivo: identificar a situação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, analisar os indicadores de qualidade na infra-estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico e comentar os resultados como contribuição para a assistência de enfermagem neonatal. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa com referencia temporal o ano de 2007. **Conclusão:** A análise do estudo mostrou que as instituições analisadas necessitam de uma regularização para que o atendimento de qualidade seja regido conforme a Portaria 1.071. **Descritores:** Enfermagem, Gerência, Políticas públicas.

**RESUMEN**

El objetivo de estudio son los indicadores de calidad en la infraestructura de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal recomendada por la Política Nacional de Atención al Paciente Crítico teniendo como objetivo: identificar la situación de las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, analizar los indicadores de calidad en la infraestructura de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal preconizada por la Política Nacional de Atención al Paciente Crítico y comentar los resultados como contribución para la atención de enfermería neonatal. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo con referencia temporal el año 2007. **Conclusión:** El análisis del estudio mostró que las instituciones analizadas requieren un ajuste para que la atención de calidad se rija de acuerdo a la ordenanza 1071. **Descritores:** Enfermería, Administración, Políticas públicas.

<sup>1</sup> Especialista em Enfermagem Neonatal pela Universidade Gama Filho. <sup>2</sup> Pós-doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem/USP. Professor da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

## INTRODUÇÃO

O objeto do estudo são os indicadores de qualidade na infra-estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico.

Em 1998, no governo presidencial do Fernando Henrique Cardoso o Ministro da Saúde, José Serra, no uso de suas atribuições promulgou a Portaria número 3.432, que estabelecia critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) justificada pela importância na assistência dessas que realizavam tratamentos intensivos nos hospitais dos pais, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação para elas, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível (Brasil, 1998).

Um ano após a publicação da Portaria 3.432/1998 o mesmo Ministro da Saúde dá deferência à assistência neonatal, por meio da Portaria número 1.091, considerando a necessidade de organização da assistência neonatal, para assegurar melhor qualidade no atendimento ao recém-nascido de médio risco; priorização nas ações que visassem à redução da mortalidade peri-natal e a necessidade de garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, objetivando maior oferta de leitos de cuidados intensivos, quando estabeleceram na Portaria oito artigos (Brasil, 1999).

Os artigos, resumidamente, se referiam à criação de Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. O atendimento era entendido como Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal a unidade destinada ao atendimento do

recém-nascido em situações que, após a alta da UTI necessite de observação nas primeiras 24 horas; desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica; necessidade de venoclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos e alimentação parenteral em transição; em uso de fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão e sua realização; peso superior a 1500g e inferior a 2000g que necessite de observação nas primeiras 72 horas; submetido à cirurgia de médio porte, estável (Brasil, 1999).

Ademais, estabeleceu que as unidades que preenchessem os requisitos contidos na Portaria passariam a dispor das condições necessárias para se integrarem ao Sistema Único de Saúde (SUS) e receberiam a remuneração pelos procedimentos realizados, de acordo com os novos tetos financeiros previstos pelo Ministério da Saúde, para os Estados e Distrito Federal estabelecido nos limites anuais em R\$ 13.073.970,00 (treze milhões, setenta e três mil, novecentos e setenta reais) dos Estados e do Distrito Federal, destinados ao custeio das Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal (Brasil 1999).

Para tanto as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deveria estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantissem a melhoria de qualidade da assistência ao recém-nascido. Além disso, determinou que a Secretaria Executiva e Secretaria de Assistência à Saúde, mediante ato conjunto, regulamentassem os procedimentos hospitalares do SIH/SUS, para fins de remuneração da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (Brasil, 1999).

Neste sentido, a alta tecnologia e capacitação diferenciada desta área assistencial chamaram a atenção de grupos farmacêuticos, fornecedores de tecnologia médico-hospitalar e grupos hospitalares, articulada ao desenvolvimento lento mediante aos avanços das práticas americanas, no que se refere aos espaços de especialização e tecnologia de ponta, o Ministério da Saúde por meio da Consulta Pública número 3 de 7 de julho de 2005 a, com o prazo de 30 dias, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (Brasil, 2005).

Para tanto, o Ministério da Saúde se utilizou o argumento que a terapia intensiva deveria se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito do ambiente hospitalar quanto do próprio sistema de saúde; que o sistema de atenção ao paciente crítico / potencialmente crítico exigia a conformação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) organizada que incorporasse a linha de cuidado integral e a humanização assistencial; pela necessidade de disponibilizar ao sistema de atenção a pacientes críticos / potencialmente críticos unidades de tratamento intensivo qualificados e humanizado, unidades de cuidados intermediários e enfermarias hospitalares qualificadas; entendendo as necessidades de estruturas / equipamentos de atendimento ao paciente crítico / potencialmente crítico deveriam estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico /

potencialmente crítico; que a política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico / potencialmente crítico deveria ultrapassar a tradicional preocupação técnica / tecnológica, incorporada aos referenciais conceituais e organizacionais do SUS; com base na estratégia adotada pelo Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde incorporada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004; do financiamento e o investimento deveriam contemplar estruturas hospitalares com processos assistenciais comprovadamente integrados e pactuados no ambiente intra e extra-hospitalar; na necessidade de elaborar e implementar o Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico interfaceado ao Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências de que tratava a Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002; no sentido da obrigatoriedade das instituições hospitalares em implantar e implementar as Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico, bem como estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários do SUS e pelos referenciais conceituais e operacionais explicitados em anexo àquela Portaria (Brasil, 2005).

Mediante aos argumentos supramencionados para Consulta Públicos, por meio de sete artigos e anexos, instituiria a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Os artigos, em síntese, estabeleciam um planejamento regional hierarquizado para formar uma rede estadual e / ou regional de atenção em terapia intensiva com a finalidade de incrementar,

quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde a leitos hospitalares habilitados a prestarem serviços / cuidados nesta área da assistência hospitalar, com rede de atenção em terapia intensiva será composta pelas seguintes Unidades Assistenciais, classificadas em: Unidades de Tratamento Intensivo; Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva e Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva categorizadas por grupos etários, a saber: Neonatal (até 28 dias), Pediátrico (de 28 dias a 12 anos, podendo atender até 18 anos de acordo com as rotinas de cada unidade), Adulto (acima de 12 anos) e Infantil (Neonatal + Pediátrico) (Brasil, 2005).

As Instituições Hospitalares com Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva deveriam: implantar e implementar Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico; elaborar e implementar seu Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico; oferecer condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada na área de terapia intensiva; desenvolver a articulação e integração com o sistema local e regional de atenção à Saúde; respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização (Brasil, 2005).

Coube a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS regulamentar os atributos necessários ao credenciamento, às aptidões e as atribuições das: Unidades de Tratamento Intensivo; Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva; Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva; Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico (Brasil, 2005).

Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun. 2(2):723-734

A Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho em Saúde regulamentaria a incorporação de processos de avaliação e capacitação de Recursos Humanos para atuação na área de terapia intensiva em conformidade ao estabelecido pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ato Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004, em especial através da Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS e às Secretarias de Estado de Saúde e às Secretarias Municipais em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde adotaram as providências necessárias ao processo de credenciamento e integração dos serviços de assistência, das Unidades de Tratamento Intensivo, das Unidades de Cuidados Intermediários em Terapia Intensiva e das Unidades de Cuidados Progressivos em Terapia Intensiva, bem como da elaboração do Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico (Brasil, 2005).

A Consulta Pública número 3 definia também que todos os serviços que deveriam ser credenciados para atenção em terapia intensiva em conformidade com normatizações anteriores criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política instituída, dando o prazo para o novo credenciamento dos serviços o prazo de 12 (doze) meses, a contar da data de publicação da publicação da Portaria (Brasil, 2005).

Após o procedimento de Consulta Pública o Ministério da Saúde, no governo do presidente Luis Ignácio Lula da Silva, revogou a Portaria GM/MS nº 3.432, de 17 de agosto de 1998 e a Portaria

GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999 ao estabelecer a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, por meio da Portaria 1071/2005 (Brasil, 2005).

#### Objetivos:

Neste sentido, mediante a sucinta descrição dos aspectos legais voltados à política pública aos pacientes críticos e motivada pelo Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal, da Universidade Gama Filho, e o interesse direcionado a avaliação da qualidade da assistência prestada na neonatologia do Estado do Rio de Janeiro, o estudo tem como propósito: identificar a situação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, analisar os indicadores de qualidade na infra-estrutura da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico e comentar os resultados como contribuição para a assistência de enfermagem neonatal.

A justificativa para a realização do estudo ocorre, mediante a possibilidade de se evidenciar o impacto, mesmo que parcial, das políticas públicas como estratégia de se atingir a qualidade.

#### CONCEITO DE BASE

O estudo utilizou como indicadores de qualidade os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, por meio da Portaria 1.071/2005, do Ministério da Saúde.

A qualidade como conceito, raramente convergente em sua totalidade pelos autores que se dedicam à temática. Para tanto, foi aplicado no estudo o entendimento de que, a qualidade refere-se à média de escores obtidos por meio da análise do conjunto de itens, elaboradas para instrumentalizar um processo de avaliação

(Cianciarullo, 1997)<sup>1</sup>, segundo os critérios estabelecidos pela Portaria 1.071/2005 como indicadores de avaliação.

Avaliar significa determinar o valor, estimar, fazer julgamentos sobre mérito, sucesso, excelência ou qualidade (MAYERS et al,1977 e LUKER,1981)<sup>2</sup>. Neste sentido, avaliação é o exame apreciação dos fenômenos comparados com algum critério ou outro tipo de medida MAYERS et al,1977; LEVEY & LOOMBA,173 e FUERST et al, 1977).

#### METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa, o qual utilizou para identificar a situação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, optando pelo âmbito retrospectivo, na delimitação temporal do ano de 2007.

A justificativa para a delimitação temporal deve-se ao fato dos dados coletados terem ocorrido dois anos depois da publicação da Portaria 1.071/2005. Os dados coletados são do acervo particular do Professor Dr. Fernando Porto, sobre os indicadores de qualidades das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal no Estado do Rio de Janeiro.

O Estado do Rio de Janeiro tem na rede pública 15 hospitais maternidades. Estes possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde Data SUS (CNES). Para tanto, foram selecionados aleatoriamente, por sorteio, 3 hospitais da rede pública do Estado do Rio de Janeiro para realizar a análise dos indicadores de qualidade da assistência em terapia intensiva neonatal, preconizada pela Política Nacional de Atenção ao Paciente crítico com base em uma matriz de análise.



A matriz de análise para avaliar a infraestrutura das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal é composta de: dados cadastrais da instituição; número de leitos; recursos humanos e materiais e dados sobre a humanização para a assistência.

Cabe ressaltar que os dados a serem analisados das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos hospitais da rede pública foram identificados pelas três primeiras letras do alfabeto brasileiro vigente na língua portuguesa. As letras para a identificação das instituições de saúde foram para preservar os referidos estabelecimentos de saúde.

Para analisar os dados coletados, eles foram organizados em quadros que melhor representassem os resultados analisados e comentados como contribuição para a assistência de enfermagem neonatal.

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

As três Unidades de Terapia Intensiva são de abrangência, majoritariamente, Municipal, o que representa o total de 43 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Assim, o quadro demonstrativo de número um representa a abrangência de atendimento e ocupação

Quadro 1 - Abrangência de atendimento e ocupação:

Abrangência e ocupação	A	B	C
Abrangência de atendimento	Municipal	Municipal	Estadual
Números de leitos (UTI - neonatal)	14	4	25
Taxa ocupação (%)	Não informado	100	40

Fonte: Matriz de análise

No quadro supra mencionado, podemos analisar que as 3 unidades oferecem 43 leitos na UTI Neonatal: A unidade A não especifica a taxa

de ocupação do setor, entretanto a unidade B informa que 100% do número de leitos estavam ocupados. Já na unidade C do total de contingente, somente 40% foram ocupados.

Depreende-se, mediante os dados no ano de 2007, que deveriam existir em torno de 60% de leitos ociosos, diante do evidenciado no quadro demonstrativo disponível a população.

Quadro 2 - Recursos materiais para UTI - Neonatal

Recursos materiais para UTI-Neonatal recomendado pela Portaria 1.071/2005	A 14 leitos	B 4 leitos	C 25 leitos
1 Carro ressuscitador para cada 10 leitos	1 no setor	1 no setor	1 no setor
1 Conjunto completo para entubação para cada 5 leitos	1 no setor	3 no setor	2 no setor
1 Ventilador pulmonar com misturador para cada 2 leitos	1 por leito	1 por leito	1 por leito
1 Oxímetro de pulso para cada leito	1 por leito	6 no setor	1 por leito
1 Monitor de pressão não invasiva para cada 10 leitos	1 por leito	1 para 4 leitos	não há
1 Monitor de pressão invasiva para cada 10 leitos	1 para 2 leitos	Não informado	não há
2 Bomba de infusão por leito	1 por leito	2 por leito	1 por leito
1 Conjunto de nebulização para cada leito	1 por leito	1 por leito	1 para 3
1 Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, ambú com máscara para cada leito.	Não informado	1 por leito	não há
Pontos de oxigênio e ar comprimido	1 por leito	1 por leito	1 por leito
1 Fototerapia para cada 2 leitos	não informado	18/UND no Setor	1 por leito
Incubadoras com parede dupla dimensionadas para 60% dos leitos	100 % dos leitos	80% dos leitos	15,7% dos leitos
Berços de terapia intensiva para 20% dos leitos	10 % dos leitos	Não há	Não há
Incubadoras de parede simples para 20% dos leitos	Não informado	20% dos leitos	100% dos leitos

Fonte: Matriz de análise

O quadro demonstrativo acima evidencia diversas carências de recursos materiais preconizados pela referida Portaria, a saber: Oxímetro de pulso - A oximetria de pulso é um método não invasivo que proporciona informações de maneira aproximada, porém, muito valiosa para a avaliação imediata dos parâmetros oximodinâmicos, particularmente acerca da saturação de oxigênio pelas hemácias. Dessa forma pode-se estimar a oxigenação do sangue, sem que haja a necessidade de se coletar amostras de sangue arterial (SILVA, 2004)<sup>5</sup>. Podemos verificar no quadro 2 que todas as unidades cumprem o critério estabelecido. Monitor de pressão invasiva: Aparelho utilizado para registrar continuamente a pressão sanguínea arterial. Esta medição é realizada através da introdução de um cateter no vaso sanguíneo. São medidas a pressão sistólica e diastólica, apresentando os valores das mesmas e as curvas no tempo. (Data Sus)<sup>6</sup>.

Verificamos que no quadro 2 : a unidade A comportava a quantidade de monitores como informa a portaria, já na unidade B não há informação e na unidade C , a informação de que a unidade não possui o equipamento. O que interferirá na qualidade do serviço. Para PRAKASAMMA *et al* (1986)<sup>7</sup>, afirmam que nenhuma situação de restrições e problemas de disponibilidade de recursos pode servir de desculpa para a baixa qualidade. Monitor de pressão não invasiva: O monitor cardíaco são dispositivos eletrônicos, semelhantes a uma tela de computador, capaz de permitir a visualização do traçado eletrocardiográfico. Permite a monitorização de vários parâmetros vitais ao mesmo tempo (monitores de multiparâmetros),

que, além da atividade elétrica do coração, monitoram a oximetria de pulso, a pressão arterial não invasiva, além de pressões da artéria pulmonar e o débito cardíaco. Verificamos no quadro 2 que as unidades A e B disponibilizam uma quantidade de monitores além da quantidade determinada. Já a unidade C informa que possui, porém não há cabo, o que mostra que falta manutenção na unidade, ou falta verba para reposição de equipamentos. Sua ausência acarreta um atendimento precário do paciente crítico, pois alterações cardíacas não poderão ser visualizadas. Bomba de infusão - Equipamento eletroeletrônico que bombeia ou impulsiona líquidos (medicamentos, dietas) em volume e tempo previamente determinados utilizando-se equipos próprios e adequados (SILVA, 2004). Sua ausência interferirá no cuidado no que diz respeito à precisão de quantidade infundida para o neonato, pois se o volume infundido no RN ocorrer de forma errada, ele poderá desestabilizar rapidamente. Desta forma podemos entender que para cada paciente é necessário duas bomba infusoras, uma para medicação e outra para dietas, como é demonstrado no quadro 2, porém as unidades A e C não estão cumprindo a determinação da portaria ministerial. A fototerapia - Consiste na aplicação de luz fluorescente sobre a pele exposta do neonato. A luz promove a excreção de bilirrubina por fotoisomerização, que altera a estrutura da bilirrubina para uma forma solúvel (lumirrubina), facilitando a excreção. É necessária a fototerapia, pois a bilirrubina não-conjugada é altamente tóxica para os neurônios; portanto o neonato com icterícia grave corre o risco de desenvolver encefalopatia bilirrubínica, também chamada *kernicterus* (HOCKENBERRY,

2006)<sup>8</sup>. De acordo com o quadro demonstrativo, as unidades B e C oferecem além da quantidade necessária, já na unidade A não foi informado a quantidade que subentende-se que os equipamentos não ficam alojados no setor. Carro ressuscitador - Mediante a quantidade de leitos deveria haver 2 carros ressuscitadores, considerando que o equipamento, comporta materiais, como: ambú, cilindro de oxigênio portátil, medicações, seringas, agulhas, equips e desfibrilador. Estes materiais são utilizados na parada cardiorespiratória, os quais ficam reunidos no carro ressuscitador para facilitar o atendimento, pois se sabe que minutos podem significar muito para a qualidade de vida do recém-nascido.

Por outro lado, alguns recursos materiais são contemplados, tais como:

- Conjunto completo para entubação - A diminuição ou a redistribuição para que o fluxo sanguíneo para os músculos respiratórios mais o trabalho aumentando da respiração pode levar rapidamente à insuficiência respiratória. Os criticamente doentes são capazes de manter uma via aérea adequada. Para colocar o pulmão em repouso a entubação traqueal é iniciada precocemente com pressão positiva (Hockenberry, 2005). Na maioria dos casos um recém-nascido pode ser adequadamente ventilado com bolsa e máscara, para que a entubação possa ser realizada com procedimento controlado (STARK, 2000)<sup>9</sup>. Ventilador pulmonar com misturador - Um dos principais objetivos da ventilação mecânica é aliviar total ou parcialmente o trabalho respiratório do cliente. O trabalho respiratório representa a energia necessária para movimentar determinado volume de gás através das vias aéreas e expandir o pulmão, permitindo que

ocorram as trocas gasosas nos alvéolos (Silva, 2004). Conjunto de nebulização - Aparelho destinado a produzir aerossol de água e medicamentos para inalação. (DataSus)<sup>10</sup>.

Conjunto padronizado de beira de leito - O conjunto padronizado de beira de leito é composto por: termômetro, estetoscópio, ambú que deve ser individual para cada paciente, a fim de evitar a infecção cruzada e diminuir o índice de infecção hospitalar. Pontos de oxigênio e ar comprimido - São gases medicinais que auxiliam na expansão pulmonar, por conseguinte para cada leito são importantes esses pontos.

A previsão e provisão em recursos materiais suficientes baseiam no princípio de que toda unidade é autônoma no sentido de prever os materiais e equipamentos considerados a realização das atividades de Enfermagem dentro do contexto das prioridades assistenciais e da previsão de recurso orçamentários (CIANCIARULLO, 1997).

Sobre os percentuais das incubadoras e dos berços pode-se analisar que:

Incubadoras com parede dupla - Aparelho utilizado para manutenção da vida de recém-nascidos. Foram contadas todas as incubadoras existentes, sejam destinadas à internação ou apoio/transporte. Esta melhora significativamente a capacidade do neonato de manter uma temperatura desejável e de reduzir o gasto de energia de relacionado à regulação térmica. (Hockenberry, 2006). Mediante a informação verificamos a importância da incubadora nas unidades e o cumprimento da regularização e da Portaria 1071.

Incubadoras de parede simples - Aparelho utilizado para manutenção da vida de recém-nascidos. Foram contadas todas as incubadoras



existentes, sejam destinadas à internação ou apoio/transporte (Data SUS).

Berços de terapia intensiva - Berço com sistema de aquecimento destinado à internação de recém-nascidos patológicos (Data SUS). Verificamos no quadro 2: que há uma defasagem do material em todas as unidades. O que implica numa acomodação em massa em incubadoras.

Cabe ressaltar que em alguns tópicos referentes os recursos materiais os resultados evidenciaram que:

Não há - de acordo como quadro 2, temos 5 itens que estão em falta na unidade

Não informado - Sobre os itens “não informados”, verificamos uma coleta de dados incompleta, já que nenhuma observação foi feita no instrumento.

Quadro 3 - Recursos Materiais - Equipamentos diversos

Equipamentos recomendados Pela Portaria 1.071/2005	A	B	C
Eletrocardiógrafo portátil	-	X	-
Incubadora de transporte	X	X	X
Aspirador portátil	X	X	-
Negatoscópio	X	X	-
Oftalmoscópio	X	-	-
Otoscópio	X	X	-
cilindro de O2 e ar comprimido	X	X	X
capacete para oxigenoterapia	X	X	X
1 balança eletrônica para cada 10 leitos	X	X	X
Cadeira removível e confortável para acompanhantes	-	-	X

Fonte: Matriz de análise

De acordo com os dados fornecidos no quadro acima, a unidade A não possui o eletrocardiógrafo portátil, um equipamento importante na análise de arritmias cardíacas. O outro item ausente na unidade A, é a cadeira removível e confortável para acompanhantes, utilizada para melhor posicionamento para amamentação.

A unidade B, não possui oftalmoscópio, O oftalmoscópio é um instrumento utilizado para a observação das estruturas oculares, mais especificamente na fundoscopia ou oftalmoscopia (observação do fundo do olho), por isso sua importância em uma unidade de terapia intensiva, onde a administração de oxigênio é frequente, quando necessária, e caso haja uma administração incorreta, poderá causar danos aos olhos do recém nato. Outro item faltoso, na unidade B é a cadeira removível, que promove conformto ao binômio mãe- bebê para a amamentação.

Quanto a unidade C, evidencia-se uma unidade, onde a qualidade do atendimento, se mostra precária, pois equipamentos como negatoscópio, para visualizar o Rx, aspirador portátil, destinado a aspiração de secreções, oftalmoscópio e otoscópio, que são imprescindíveis para o exame clínico do RN como verificamos déficit de 4 equipamentos, e, já que não possui elementos básicos, oftalmoscópio, e otoscópio. Não estão no setor onde o cuidado é desenvolvido uma terapia intensiva, e o paciente é classificado como crítico.

Quadro 4 - Bandeja de procedimento

Bandejas para procedimentos recomendados pela Portaria 1.071/2005	A	B	C
Diálise peritoneal	-	-	-
Drenagem torácica	-	-	X
Punção pericárdica	-	-	-
Curativos	X	X	X
Flebotomia	-	-	X
Acesso venoso profundo	X	X	X
Punção lombar	X	-	X
Sondagem vesical	X	-	-
Traqueotomia	X	-	-
Cateterismo umbilical	X	X	X
Exsanguineotransfusão	-	-	X

Fonte: Matriz de análise

De acordo com o quadro acima verificamos que as unidades tem déficit de algumas bandejas de procedimentos tais como a diálise peritoneal, que é a forma de terapia substitutiva renal mais amplamente utilizada em unidades de terapia intensiva (UTI'S) pediátricas e neonatais. É procedimento mais disponível nas instituições e associado a menor instabilidade cardiovascular. E as três unidades não possuem bandeja para tais procedimentos. Drenagem torácica (A e B), punção pericárdica (a, b e C), flebotomia (A e B), punção lombar, (B) sondagem vesical (B e C), traqueotomia B e C, Exsanguineotransusão A e B, conota-se que o quando há necessidade do procedimento a criança deverá ser transferida, para locais de referência, e que atendam a necessidade do procedimento, o que implica num retardamento do cuidado prestado ao RN crítico.

Quadro 5 - Humanização da assistência

Humanização da assistência recomendada pela Portaria 1.071/2005	A	B	C
Controle de ruído	X	X	Às vezes
Garantia de acesso livre aos pais	X	X	X
Relógios visíveis para todos os leitos	X	X	X
Utilização da metodologia Canguru	X	X	Às vezes

Fonte: Matriz de análise

Quando falamos sobre humanizar, um dos primeiros aspectos que vem ao pensamento é tratar uma pessoa de forma singular, dar atenção, expressar gestos amáveis, ter desvelo. Ao explorarmos o significado do termo humanizar percebemos que está associado a: tornar humano; dar condição humana a; tornar benévolo, afável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar; amansar (animais). Desumano é o que não é humano, bestial; cruel. (FERREIRA, 2003). Quanto a humanização analisamos que as unidades

realizavam uma assistência humanizada, mesmo que não seja numa frequência contínua.

O Ministério da Saúde, ao identificar o número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais, tomou a iniciativa de convidar profissionais da área de saúde mental para elaborar uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde. Estes profissionais constituíram um Comitê Técnico que elaborou um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de promover uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil. O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade.

Quadro 6 - Recursos Humanos UTI-Neonatal - Enfermagem

Recursos Humanos - Enfermagem	A 14 leitos 32 h	B 4 leitos 32 h	C 5 leitos 32 h
Enfermeiras Especializadas (Gerência)	2	1	1
Número de Enfermeiros	28	8	7
Número de Técnicos de Enfermagem	66	10	20
Número de Auxiliares de Enfermagem	0	26	12

Fonte: Matriz de análise

Verificamos que o quadro de recursos humanos informa que as unidades possuem o número mínimo de profissionais de enfermagem, de acordo com o número de leitos disponíveis nas unidades.

### CONCLUSÃO

O estudo mostra, apesar das lacunas presentes na coleta de dados, que as unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro, necessitam regularizar o fornecimento de alguns equipamentos necessários para o atendimento qualificado ao paciente crítico, seguindo as recomendações da Portaria 1.071/2005, é preciso mudança e toda proposta exige vontade política por parte da instituição ou serviço cuja vontade individual e grupal de transformar a realidade. Este processo é complexo e exige um cuidado acentuado na tomada de decisão referente à estratégias a serem utilizadas para a implementação das mudanças desejadas para que tenha um grau de excelência de qualidade. Quando se organiza a UTI Neonatal, diminuimos os riscos de contaminação, custos e o percentual de mortalidade infantil.

A UTI Neonatal tem uma diversidade interdisciplinar e multiprofissional. Suas rotinas são estabelecidas de acordo com a unidade, porém há cuidados imprescindíveis que não podem deixar de ocorrer, por isso a importância da unidade estar moldada de acordo com a recomendação da portaria ministerial.

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal exige dos profissionais de saúde habilidade técnica, cuidado humanizado com os recém nascidos e com os familiares, afinal

contribui para a recuperação do paciente. O Enfermeiro responsável por esse setor deverá ter o conhecimento de todos os parâmetros prediais, recursos humanos e recursos materiais, pois deverá prover uma unidade bem estruturada e organizada para a realização de procedimentos.

Com grande número de nascimentos prematuros há necessidade do encaminhamento para a UTI NEONATAL, ambiente onde ocorre cuidado expressivo para a manutenção da vida do recém nascido. Este ambiente exige uma organização específica destinada aos prematuros, um fluxo entre a equipe interdisciplinar, equipamentos, materiais hospitalares e recursos humanos.

### REFERÊNCIAS

1. Cianciarullo TI, C e Q Teoria e Prática em auditoria de cuidados. 1º ed. São Paulo: Ícone; 1997.
2. Mayers MG, Quality Assurance for patient care. New York: Appleton-Century-Crofts; 1977.
3. Luker KA, An overview of evaluation research in nursing. J. Adv. Nurs; 1981.
4. Levin LS, Patient education and self-care: how do they differ? Nurs. Outlook; 1978.
5. Silva CR, Silva RC, Tecnologias e técnicas em saúde. São Caetano do Sul: Difusão; 2004.
6. Datasus.gov.br [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [Acesso em 13 de Novembro de 2009]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/loco\\_22\\_equipamentos](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/loco_22_equipamentos)
7. Datasus.gov.br [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [Acesso em 13 de Novembro de 2009]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/loco\\_23\\_equipamentos](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/webhelp/loco_23_equipamentos)

Pereira CM, Porto F.

Quality indicators in...

8. Hockenberry MJ, WONG Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7º ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
9. Stark AR, Cloherty MD, Manual de Neonatologia. 4º ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000.
10. BRASIL. Portaria nº 3432 12 DE AGOSTO DE 1998.  
<http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm>. Capturada em 25 de dezembro de 2009.
11. Brasil. PORTARIA GM-MS Nº 1091 DE 25 AGOSTO DE 1999. Capturado em 25/12/2009.
12. Brasil. CONSULTA PÚBLICA Nº 3, DE 7 DE JULHO DE 2005. Capturado <http://www.sobrati.com.br/ms-politica-critico.htm> . Capturado em 25/12/2009.
13. Datasus.gov.br [homepage na internet]. Rio de Janeiro. [Acesso em 13 de Novembro de 2009]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

Recebido em: 16/01/2010

Aprovado em: 01/04/2010