

THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO

**AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO
HOSPITALIZADO: A IMPORTÂNCIA DO PROJETO ARQUITETÔNICO COM
OLHAR ALÉM DO ESPAÇO FÍSICO¹**

Brasília

2019

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO

**AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO
HOSPITALIZADO: A IMPORTÂNCIA DO PROJETO ARQUITETÔNICO COM
OLHAR ALÉM DO ESPAÇO FÍSICO**

Dissertação apresentada como requisito
para conclusão do curso de Mestrado em
Arquitetura e Urbanismo do Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Eliete de Pinho Araujo

Brasília

2019

THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO

**AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO
HOSPITALIZADO: A IMPORTÂNCIA DO PROJETO ARQUITETÔNICO COM
OLHAR ALÉM DO ESPAÇO FÍSICO.**

Dissertação apresentada como requisito
para conclusão do curso de Mestrado em
Arquitetura e Urbanismo do Centro
Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Eliete de Pinho Araujo

Brasília, 28 de fevereiro de 2019

Banca Examinadora

Prof. Eliete de Pinho Araujo, Dra.
Orientadora

Prof. María José López Rey, Dra.
Membro Externo

Prof. Leonardo Pinto de Oliveira, Dr.
Membro Interno

Prof. Sergio Tadeu Martins Marba, Dr.
Membro Externo

Dedico esse trabalho a todos os recém-nascidos que passam pela difícil vivência da hospitalização e a divindade presente em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de viver e aprender diariamente com meus erros e acertos. Deixo aqui a gratidão à minha família que tanto apoia e acolhe minhas decisões. Marido, mãe, irmãos, sobrinhos, cunhados, amo vocês!

Agradeço ao apoio da minha orientadora Eliete que esteve presente na minha graduação, na especialização e agora no mestrado. Todos os professores e colegas de profissão, obrigada pela oportunidade de aprender com vocês. Aos grandes arquitetos Bross, Regina Barcellos, Márcio Oliveira e Flávio Bicalho que são para mim grandes referências que admiro e levo em meu coração. À Equipe Ministério da Saúde, que durante esses cinco anos atuando como arquiteta da criança, pude vivenciar grandes momentos e conhecer o lado dos trabalhadores para um SUS melhor. Fui presenteada com grandes amizades e muita aprendizagem. Sigo a olhar além do espaço e além da minha profissão.

Obrigada, equipe Hospital Moinhos de Vento e em especial ao engenheiro Carlos Marczyk que não pensou duas vezes em me apoiar nesta pesquisa.

Sou abençoada e levo em meu coração todos os amigos que me apoiam e me ajudam a tentar ser melhor.

Finalizo deixando um: Te amo, Pai! Ele, que lá do outro lado da vida continua apoiando seus filhos e deixando suas lembranças.

Gratidão à vida, gratidão à arquitetura que me cura e ensina.

“A arquitetura não cura o paciente, mas pode contribuir para este objetivo, criando ambientes agradáveis e confortáveis”.

Arquiteto Mário Ferrer

RESUMO

À medida que o paradigma do cuidado do paciente muda, é exigido que o espaço de saúde se adeque às novas práticas. Para isso, é importante estudar a rotina de um serviço de internação neonatal como forma de identificar fatores ambientais que possam contribuir para o desempenho no cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado. Foi realizado um estudo documental de toda base legal relacionada ao tratamento dado ao recém-nascido (zero a vinte e oito dias de vida) durante a internação. Com isso, detectou-se a ausência de normativas atualizadas sobre o espaço físico de saúde que aborda a mudança de paradigmas implementados na Portaria Ministerial nº 930/2012. O levantamento mostrou aspectos relevantes que devem ser observados ao projetar um espaço físico de internação que permite promover a prática do cuidado progressivo neonatal, como forma de minimizar o estresse do paciente internado em um ambiente de alta e média complexidade, como a Unidade Neonatal. As análises das questões obtidas foram trabalhadas de maneira qualitativa por meio de estudo de caso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Moinhos de Vento, localizado em Porto Alegre, no estado de Rio Grande do Sul. Como instrumento para coleta de dados, foram realizadas entrevistas com as famílias dos internados e com a equipe assistencial. Durante os dias em campo, foram registradas observações dos espaços destinados à UTIN, o layout de cada ambiente, marcando o vão entre os leitos, a variação de temperatura, a umidade relativa do ar e identificadas as fontes de ruídos mais críticas. Com relação ao espaço existente para cada leito, observou-se que mais de 60% dos afastamentos entre eles não estavam dentro dos parâmetros da RDC 50/2002, impactando nos espaços destinados aos equipamentos e poltronas. Quanto à temperatura e à umidade relativa do ar, não houve discrepância da base legal para os índices conferidos, sendo consideradas normais e dentro do indicado na norma. Por outro lado, os níveis de ruídos analisados não atendem aos indicadores estabelecidos na legislação vigente, apresentando índices acima do aceitável até mesmo quando o ambiente está sem paciente e apenas com o ar condicionado ligado. Os resultados obtidos pela análise sugerem que o Hospital Moinho de Ventos possui cuidado progressivo neonatal, mas somente em serviço de terapia intensiva. Observou-se que se essa forma de cuidar fosse ampliada para as unidades de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários, ou seja, em formato de Unidade Neonatal, os pais se sentiriam mais seguros ao ver o RN sendo cuidado de forma integral e progressiva, uma vez que teriam um ambiente mais agradável.

Palavras-chave: Projeto. Recém-nascido. Ambiência. Cuidado Humanizado Neonatal.

ABSTRACT

As the paradigm of patient care changes, health space is required to adapt to new practices. For this, it is important to study the routine of a neonatal inpatient service as a way to identify environmental factors that may contribute to the performance in the integral and humanized care to the hospitalized newborn. A documentary study of any legal basis related to the treatment given to the newborn during hospitalization was carried out. With this, it was detected the absence of updated norms on the physical space of health that addresses the paradigm shift implemented in Ministerial Order n° 930/2012. The survey showed relevant aspects that must be observed when designing a physical space of hospitalization that allows to promote the practice of neonatal progressive care, as a way to minimize the stress of the hospitalized patient in a high and medium complexity environment, such as the Neonatal Unit. The analyzes of the questions obtained were worked in a qualitative way through a case study at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of Moinhos de Vento Hospital, located in Porto Alegre, state of Rio Grande do Sul. As a tool for data collection, interviews were carried out with the families of the hospitalized patients and with the care team. During the days in the field, observations were recorded of the spaces destined to the NICU, the layout of each environment, marking the gap between the beds, temperature variation, relative air humidity and identified the most critical noise sources. With regard to the existing space for each bed, it was observed that more than 60% of the differences between them were not within the parameters of RDC 50/2002, impacting in the spaces destined to the equipment and armchairs. Regarding the temperature and the relative humidity of the air, there was no discrepancy of the legal basis for the indices checked, being considered normal and within the indicated in the norm. On the other hand, the noise levels analyzed do not meet the established indicators in the current legislation, presenting above-acceptable rates even when the environment is without patient and only with the air conditioning on. The results obtained by the analysis suggest that the Moinho de Ventos Hospital has progressive neonatal care, but only in intensive care services. It was observed that if this form of care were extended to the intensive care units and intermediate care unit, that is, in a Neonatal Unit format, the parents would feel more secure seeing the newborn being cared for in an integral and progressive way, since they would have a more pleasant environment.

Keywords: Project. Newborn. Ambience. Humanized Neonatal Care.

RESUMEN

A medida que el paradigma del cuidado del paciente cambia, es necesario que el espacio de salud se adecue a las nuevas prácticas. Para ello es importante estudiar la rutina de un servicio de internación neonatal como forma de identificar factores ambientales que puedan contribuir al desempeño en el cuidado integral y humanizado al recién nacido hospitalizado. Se realizó un estudio documental de toda base legal relacionada al tratamiento dado al recién nacido durante la internación. Con ello, se detectó la ausencia de normativas actualizadas sobre el espacio físico de salud que aborda el cambio de paradigmas implementados en la Portaria Ministerial n ° 930/2012. El levantamiento mostró aspectos relevantes que deben ser observados al proyectar un espacio físico de internación que permite promover la práctica del cuidado progresivo neonatal, como forma de minimizar el estrés del paciente internado en un ambiente de alta y media complejidad, como la Unidad Neonatal. Los análisis de las cuestiones obtenidas fueron trabajadas de manera cualitativa por medio de estudio de caso en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Moinhos de Vento, ubicado en Porto Alegre, en el estado de Rio Grande do Sul. Como instrumento para la recolección de datos, se realizaron entrevistas con las familias de los internados y con el equipo asistencial. Durante los días en campo, se registraron observaciones de los espacios destinados a la UTIN, el diseño de cada ambiente, marcado el vano entre los lechos, la variación de temperatura, la humedad relativa del aire e identificadas las fuentes de ruidos más críticas. Con respecto al espacio existente para cada lecho, se observó que más del 60% de los alejamientos entre ellos no estaban dentro de los parámetros de la RDC 50/2002, impactando en los espacios destinados a los equipos y sillones. En cuanto a la temperatura ya la humedad relativa del aire, no hubo discrepancia de la base legal para los índices conferidos, siendo considerados normales y dentro de lo indicado en la norma. Por otro lado, los niveles de ruido analizados no atienden a los indicadores establecidos en la legislación vigente, presentando índices por encima de lo aceptable incluso cuando el ambiente está sin paciente y sólo con el aire acondicionado conectado. Los resultados obtenidos por el análisis sugieren que el Hospital Molino de Ventos tiene cuidado progresivo neonatal, pero sólo en servicio de terapia intensiva. Se observó que si esa forma de cuidar fuera ampliada para las unidades de terapia intensiva y unidad de cuidados intermediarios, o sea, en formato de Unidad Neonatal, los padres se sentirían más seguros al ver el RN siendo cuidado de forma integral y progresiva, ya que tendrían un ambiente más agradable.

Palabras clave: Diseño. Recién nacido. Ambiente. Cuidado Humanizado Neonatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O berço idealizado.	26
Figura 2: Incubadora do RN internado.	26
Figura 3: Pais na UTIN do HVM.	29
Figura 4: Box interno à internação - HVM30	30
Figura 5: Corredor externo à internação - HVM30	30
Figura 6: Linha do Cuidado Progressivo Neonatal.....32	32
Figura 7: Leito de UTIN (Hospital não identificado).....33	33
Figura 8: Leito de UCINCo (Hospital Regional de Sobradinho - DF).....34	34
Figura 9: UCINCa da Maternidade Santa Juliana, AC35	35
Figura 10: Fluxo do RN e da família.....38	38
Figura 11: Fachada maternidade HVM42	42
Figura 12: Entrada UTIN HVM42	42
Figura 13: Croqui do mapa do Brasil.....46	46
Figura 14: Croqui do mapa do Região Sul.46	46
Figura 15: Vista área HVM.46	46
Figura 16: Oitavo andar - maternidade HVM.....48	48
Figura 17: Nono andar - maternidade HVM.49	49
Figura 18: Décimo andar - Maternidade HVM.....50	50
Figura 19: Planta UTIN - HVM.....51	51
Figura 20: Fluxo e zoneamento da UTIN – ALCON e C.O do HVM.52	52
Figura 21: Leito isolamento para paciente externo ou em estado mais grave.53	53
Figura 22: Leitos com perfil de cuidados intermediários.53	53
Figura 23: Leitos dos boxes 5 e 6.54	54
Figura 24: Posto de enfermagem, área de serviço e prescrição.55	55
Figura 25: Equipamentos no posto de enfermagem.....56	56
Figura 26: Prescrição médica.....57	57
Figura 27: Prescrição de enfermagem.57	57
Figura 28: Leito de UTIN com a área mínima prevista.58	58
Figura 29: Leito isolamento.59	59
Figura 30: Leito HVM para RN mais graves.....59	59
Figura 31: Leitos HVM para RN mais graves60	60

Figura 32: Carrinho funcional de limpeza fora do DML.	61
Figura 33: Depósito de equipamentos e materiais.	62
Figura 34: Acesso ao depósito de equipamentos.....	62
Figura 35: Sala de entrevista.....	63
Figura 36: Sala de entrevista.....	63
Figura 37: Copa da UTIN	64
Figura 38: Guarda de pertence dos pais acompanhantes.....	64
Figura 39: Lavatório da sala de guarda de pertences dos pais acompanhantes	64
Figura 40: Banho da beira do leito.	66
Figura 41: Hora do banho no box 6.....	66
Figura 42: Banho do berço de acrílico.....	67
Figura 43: Leito de UCINCo com a área mínima atualmente utilizada.....	68
Figura 44: Exemplo leito de UCINCa.	71
Figura 45: Leitos destinados a RN já em pré-alta.	72
Figura 46: Hora do soninho no box 5.	75
Figura 47: Hora do soninho no box 3.	75
Figura 48: Box realizado observação.....	76
Figura 49: Pais de acompanhantes.....	76
Figura 50: Termohigrômetro utilizado na medição	81
Figura 51: Box com onze pessoas.	83
Figura 52: Aparelho decibelímetro.	84
Figura 53: Zonas de maior ruído no box.	87
Figura 54: Leito com pouco espaço.	90
Figura 55: Espaço para o pai sentar da escada.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Equipamentos da Unidade Neonatal.....	36
Quadro 2: Parâmetro termohigrométricos.....	40
Quadro 3: Alterações da zona de conforto conforme temperatura.....	40
Quadro 4: Níveis sonoros aceitáveis.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Entrevista família.....	78
Tabela 2: Entrevista equipe.....	78
Tabela 3: Diagnóstico registrado nas entrevistas.....	80
Tabela 4: Medição 01.....	88
Tabela 5: Medição 02.....	89
Tabela 6: Medição 03.....	89
Tabela 7: Resumo coleta de dados observação do espaço de saúde.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Perfil dos entrevistados.....	77
Gráfico 2: Primeira medição.....	82
Gráfico 3: Segunda medição.....	82
Gráfico 4: Medição ruído às 7:15h.	85
Gráfico 5: Medição dos ruídos às 14:30h.....	85
Gráfico 6: Medições ruído eventuais.	86

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ALCON	Alojamento Conjunto
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
JCI	Joint Commission International
HMV	Hospital Moinhos de Vento
MS	Ministério da Saúde
NUPEHA	Núcleo de Pesquisa e Estudos Hospital Arquitetura
PNH	Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RN	Recém-nascido (zero a vinte e oito dias de vida)
SNL	Save Newborn Lives
SUS	Sistema Único de Saúde
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UN	Unidade Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	X
LISTA DE QUADROS	XII
LISTA DE TABELAS	XII
LISTA DE GRÁFICOS.....	XIII
LISTA DE ABREVIações E SIGLAS	XIV
1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Problema de Pesquisa	18
1.2 Justificativa.....	19
1.3 Objetivos	20
1.3.1 Objetivo Geral.....	20
1.3.2 Objetivos Específicos.....	20
1.4 Fundamentação Teórica.....	20
1.4.1 Evolução conceitual e diretrizes.....	20
1.4.2 Usuários.....	25
1.4.2.1 Paciente – O Recém-nascido	25
1.4.2.2 Equipe Assistencial.....	27
1.4.2.3 Pais.....	28
1.4.2.4 Visitas	29
1.4.3 Cuidado Progressivo Neonatal	30
1.4.3.1 UTIN	32
1.4.3.2 UCINCo	33
1.4.3.3 UCINCa	34
1.4.4 Infraestrutura	37
1.4.4.1 Fluxos de Trabalho e Zoneamento	37
1.4.4.2 Condições Ambientais	39

1.4.4.2.1 Conforto higrotérmico	39
1.4.4.2.2 Conforto acústico	41
1.5 Hipótese	42
1.6 Metodologia	42
1.7 Estudo de Caso	43
2 DISCUSSÕES E RESULTADOS	45
2.1 Hospital Moinhos de Vento	46
2.1.1 Cuidado Progressivo no Hospital Moinhos de Vento	52
2.1.2 Os ambientes para uma Unidade Neonatal e o existente no HMV	54
2.2 Os instrumentos de pesquisa	74
2.2.1 Entrevistas	77
2.2.2 Medições	81
2.2.3 Observações do Espaço	91
3 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÃO	94
3.1 CONCLUSÕES	95
3.2 RECOMENDAÇÕES	97
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICE A – TCLE	101
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	104
APÊNDICE C – ENTREVISTAS	105
APÊNDICE D – MEDIÇÃO	107
APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UniCEUB)	108
APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (HMV)	113
ANEXO A – PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012	118

À medida que o paradigma de um cuidado muda é exigido que o espaço de saúde se adeque às novas práticas. Falar de ambiência, cuidado integral e humanizado ao recém-nascido hospitalizado, é voltar o olhar as necessidades do Brasil em diminuir a mortalidade infantil e ver que a estrutura adequada pode contribuir para um bom processo de trabalho.

O cuidado neonatal brasileiro tem mudado nos últimos anos, as boas práticas assistenciais vêm evoluindo e as referências para esses espaços arquitetônicos precisam se adequar e mudar o modo de interpretar o processo de trabalho desse serviço de saúde. Essa transformação, do perfil assistencial, gera reflexões e influências na configuração do espaço físico destinado à internação neonatal, mudando o programa de necessidades após a implantação de uma Unidade Neonatal.

Como pode-se observar na Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/2006), a humanização do espaço tem o fator de integração do serviço com os sujeitos envolvidos. Este estudo é um olhar ampliado sobre o tema de internação do recém-nascido, indivíduo de até vinte e oito dias de vidas, vulnerável que ainda não fala, mas que expressa seus sentimentos e suas dores por meio de gestos.

A segurança do paciente recém-nascido está diretamente relacionada à integralidade do processo de trabalho, humanização do cuidado e infraestrutura adequada. Juntos podem assegurar as interrelações de ambiente-paciente-família-equipe de trabalho.

A necessidade de integrar o cuidado e o espaço não vem somente da assistência. O arquiteto Fábio Bitencourt (2014, p. 76) destaca que “o conforto humano passa a ter papel destacado e evidente na concepção projetual, muito embora a sua presença como necessidade remonte a existência humana”.

1.1 Problema de Pesquisa

O cuidado neonatal brasileiro está com um vão na atualização dos parâmetros que traduzem a necessidade da melhoria de assistência por meio da infraestrutura. As práticas assistenciais vêm se desenvolvendo, atualizando suas normas e se adaptando ao crescimento do parque tecnológico com avançados

equipamentos médicos e novas tecnologias. No entanto, as referências dos espaços arquitetônicos voltados aos serviços de saúde precisam de atualização para melhor interpretar o processo de trabalho que facilita, acolhe e garante segurança ao usuário.

1.2 Justificativa

O processo de trabalho voltado ao nascimento do indivíduo tem passado por uma mudança de paradigma que reflete o modo de olhar o recém-nascido hospitalizado. Essa transformação do perfil assistencial gera reflexões e influências na configuração do espaço físico destinado à internação neonatal.

Na legislação de EAS (RDC 50/2002), a internação neonatal tem previsão de berçários para saudáveis, para cuidados intermediários e para cuidados intensivos. Uma configuração usual da época de sua elaboração, configuração esta que é revogada pela RDC 36/2008, no que se trata dos padrões de atenção obstétrica e neonatal. Porém, sem maiores detalhes de ambientes voltados ao RN internado.

Os novos paradigmas da atenção ao recém-nascido hospitalizado, implementados em 2012 pela Portaria Ministerial 930, redesenham os espaços e suas relações com o propósito de beneficiar o RN e ofertar melhoria do atendimento deste paciente e sua família. Contudo, não aprofunda o assunto no que se refere à infraestrutura, fato que impossibilita a interpretação adequada relacionada a esse quesito.

Essas legislações mostram o recém-nascido saudável ao lado de sua família e o RN grave ou potencialmente grave encaminhado para a Unidade Neonatal: unidade assistencial com equipe multiprofissional especializada, com estrutura que dentre todos os benefícios pode-se destacar a segurança do paciente, o incentivo da presença da família na recuperação do bebê, o incentivo ao aleitamento materno, a continuidade do cuidado neonatal e a segurança no trabalho em equipe.

Por meio das evidências científicas, é observada a importância de olhar além do espaço e saber interpretar como o ambiente pode contribuir para melhoria da vivência em um serviço de alta e média complexidade hospitalar.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Estudar a rotina e os ambientes do serviço de hospitalização neonatal, que permita promover resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação neonatal.

1.3.2 Objetivos Específicos

Observar o processo de trabalho nos ambientes de internação neonatal.

Verificar o comportamento dos usuários no ambiente de internação que incentiva o estresse em uma unidade neonatal.

Identificar a importância de preconizar o espaço destinado ao cuidado progressivo neonatal.

1.4 Fundamentação Teórica

A oportunidade de estudo da mudança de paradigma do cuidado neonatal e a atuação profissional em consultoria a serviços assistenciais à saúde da criança, gerou a expectativa em aprofundar no tema de internação do recém-nascido no âmbito da arquitetura. Para isso, foram pesquisadas bases conceituais e diretrizes operacionais que influenciam no funcionamento do serviço de neonatologia, aqui abordadas em quatro tópicos: (1) a evolução conceitual da legislação relacionada ao tema infantil e diversos autores de referência para o edifício de saúde; (2) os usuários da unidade neonatal; (3) a linha cuidado progressivo neonatal e (4) infraestrutura desse tipo de serviço.

1.4.1 Evolução conceitual e diretrizes

Como premissas para este estudo foram pesquisadas primeiramente as legislações que envolvem a faixa etária da primeira infância englobando o público alvo em questão, sendo elas:

1. A Constituição Federal/1988: em seu artigo 227 dispõe que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida e à saúde;

2. A RDC 50/2002: que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS);
3. A Portaria 1.683/2007: aprova a norma de orientação para a implantação do método canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Em sua introdução diz:

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

4. A RDC 36/2008: dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Tal legislação revoga na RDC 50/2002 os itens referentes ao parto e ao nascimento descreve que o EAS que possuir serviço de atenção obstétrica e neonatal deve garantir a adoção de alojamento conjunto desde o nascimento;
5. A Portaria 930/2012: define as diretrizes e objetivos para a organização integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave;
6. A Portaria 1.130/2015: institui a Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Estruturou em seu primeiro eixo da política a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
7. A Lei nº 13.257/2016 (Marco Legal da Primeira Infância): dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº8.069/1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Na tendência do ambiente hospitalar e na literatura de espaços de saúde a primeira resposta que se ouve é a humanização do espaço. Um exemplo é uma

resposta do arquiteto João Carlos Bross (2006) em uma entrevista para o site arco web:

A questão ambiental é muito importante porque estudos feitos no Brasil e em outros países mostram que o espaço físico é um componente na recuperação dos pacientes. O termo hospitalização, por exemplo, está sendo substituído por hospedagem. O desenho baseado em evidências mostra claramente que há uma certeza de que o paciente se sente melhor, menos estressado, psicologicamente mais relaxado. O emocional do usuário precisa ser atendido. Não é só a chamada humanização, que se faz através dos profissionais, mas a ambientação que participa e contribui para ela. Os hospitais de última geração já estão considerando esse aspecto com muito entusiasmo. A ideia é tirar do paciente aquela imagem de edifício cheirando a formol e cheio de azulejos e oferecer a ele um prédio com ambientes mais aconchegantes.

É importante ressaltar que deve ser considerado, além da humanização do espaço, o fator integração do serviço com os sujeitos envolvidos, conforme prevê a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/2006, p.8),

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

A PNH (2010/p.6) também adota o conceito de ambiência para arquitetura nos espaços de saúde, como destacado no terceiro eixo do conceito de ambiência: “O espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.”

A arquitetura deve estar à disposição dos avanços tecnológicos da medicina, já dizia Eliete de Pinho Araujo (2011): *O planejamento adequado do projeto arquitetônico de um ambiente de saúde, além de conciliar bem-estar à tecnologia, contribui para harmonização funcional do EAS e premedita problemas provenientes do pós-ocupacional.*

O surgimento de novos conceitos para o desenho de EAS, que incorpora a visão do paciente, trazendo para seus espaços, os signos e valores que encontramos em nossas casas e uma integração com o espaço exterior (SANTOS et al., 2014):

Neste sentido podemos citar o *Pacient Centered Design*, como uma nova forma de se pensar a Arquitetura de espaços para assistência à saúde, integrando os avanços tecnológicos a uma nova concepção de projetos onde a tecnologia não necessite impor ambientes despidos de identidade e escala humana e onde o usuário possa reconhecer os valores presentes no seu cotidiano. Estes novos conceitos preconizam, além da cura dos males físicos, um suporte emocional para o tempo de internação hospitalar, onde a concepção e desenho dos espaços tenham um impacto positivo na duração da internação e na qualidade de vida durante o tempo de permanência na instituição.

O Núcleo de Pesquisa e Estudos Hospital Arquitetura (2019) reforça que os espaços de saúde modernos esboçam um novo desenho.

A começar pela sua relação mais humanizada com o usuário. Hoje, seja paciente, médico, profissional de enfermagem, familiar do paciente, ou visitante, todos aqueles envolvidos no processo de produção de saúde são valorizados na hora da concepção arquitetônica do edifício.

Para aliviar o sofrimento e propiciar a recuperação da saúde dos pacientes, os novos ambientes propõem-se a promover o bem-estar, o acolhimento e a segurança de toda a cadeia a qual se relaciona. Vários estudos mostram a relação direta do espaço hospitalar com os resultados dos pacientes, provando que ambientes agradáveis diminuem a ansiedade e a dor, interferindo diretamente na cura.

O Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2011, p.76) - trata sobre a Unidade Neonatal e o livre acesso dos pais, ao qual constata que o cuidado é muito mais que a prática de procedimentos e técnicas:

É importante deixar claro que não basta permitir e incentivar a entrada dos pais. Essa prática deve envolver respeito e atenção às situações vivenciadas por cada família. É necessário que os pais tenham a oportunidade de interagirem com seu filho, de tocá-lo intimamente, como ocorre no Método Canguru. A adoção desse método, pelo Ministério da Saúde do Brasil, não visa simplesmente colocar a mãe no lugar da Incubadora.

O incentivo à efetiva participação da mãe, pai e família e sua permanência junto ao bebê, durante o período de sua internação, revela um momento de amadurecimento da assistência neonatal, assumindo que o tratamento do recém-nascido envolve muito mais do que apenas a utilização de procedimentos e técnicas.

Segundo Ministério da Saúde (2014, p. 7),

A experiência vivida, pelas mulheres e suas famílias, pode deixar marca indelével, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Portanto, a preocupação com a segurança deve incluir também os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos nesse momento tão ímpar. Por isso, a necessidade da compreensão profunda de como a família e a equipe vivenciam o processo no espaço da neonatologia.

A revista médica descrita como uma das mais prestigiada no mundo, a *The Lancet*, traz temas de hospitalização de bebês prematuros em quartos unifamiliares

versus unidades de compartimentos abertos. Os resultados destes estudos mostram que os quartos para uma única família devem ser considerados para hospitalizar os bebês prematuros, porque a incidência de sepse é reduzida e a amamentação exclusiva é maior (*The Lancet*. 2019).

A revista *Health Services Research*, (2019) traz estudos em artigos que constata que o Cuidado Centrado na Família (FCC), baseado na participação colaborativa da família junto com uma equipe de prestadores de cuidados de saúde, aumenta o bem-estar de crianças doentes em unidades de cuidados intensivos neonatais. O estudo avaliou a aceitabilidade entre os profissionais e familiares de neonatos para identificar lacunas e desafios na implementação:

Familiares e provedores expressaram uma percepção positiva e aceitação da FCC com base na competências e conhecimentos adquiridos pelos pais e outros cuidadores essenciais ao recém-nascido. As famílias relataram estar satisfeitas com a experiência geral de cuidados de saúde devido à transparência do cuidado e permissão para que eles estejam ao lado da cama do bebê. Limitações na infraestrutura ou falta de instalações no hospital público não pareceu diluir essas percepções positivas.

Como diz o arquiteto Mário Ferrer (2012, p. 13), a permanência de um paciente no hospital é sempre uma agressão, não só física como mental.

[...] Para minimizar esse estresse causado por estas situações, é importante que os locais de permanência do paciente sejam projetados com muito carinho. A arquitetura não cura o paciente, mas pode contribuir para este objetivo, criando ambientes agradáveis e confortáveis.

Os espaços de saúde precisam de flexibilidade e constante mudança dos cenários que se atualizam de acordo com os novos conceitos. Conforme o arquiteto CARDONE (2018, p. 13),

Os novos conceitos prometem transformar instalações estéreis em lugares mais familiares e acolhedores para pacientes, colaboradores e demais usuários, modificando os espaços para uma ambiência menos institucionalizada.

As referências citadas reforçam a necessidade do estudo ampliado ao tema de internação do recém-nascido, indivíduo vulnerável que ainda não fala, mas que expressa seus sentimentos e suas dores por meio de gestos. Foi possível observar como é preciso avançar no desenvolvimento de um ambiente que alia o sofrimento e produz o bem-estar.

1.4.2 Usuários

Os setores de saúde comportam diversos usuários, cada um com uma característica emocional distinta. No caso da internação neonatal tem uma mistura de frustração de um sonho – um recém-nascido saudável esperado durante quase nove meses – e a expectativa da continuidade da vida desse ser. Na presente dissertação, são explorados quatro tipos de usuários: (1) O paciente; (2) A equipe assistencial; (3) Os pais e acompanhantes; (4) As visitas.

Na especificidade do recém-nascido, o direito a acompanhante é garantido pelo Marco Legal da Primeira Infância (2015), a equipe especializada é exigida pela RDC 07/2011 e pela Portaria 930/2012, e a rotina das visitas dependem da gestão de cada estabelecimento.

1.4.2.1 Paciente – O Recém-nascido

Para iniciar o assunto do usuário protagonista do serviço de neonatologia, é preciso lembrar que recém-nascido é o nome dado à criança desde o nascimento até os seus 28 dias de vida. A neonatologia é o ramo da pediatria que se dedica à atenção ao recém-nascido. De acordo com a Portaria 930/2012, unidade neonatal é serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

Na maioria das vezes são pacientes de risco, recém-nascidos prematuros. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como prematuro toda criança nascida antes de 37 (trinta e sete) semanas – porém, todo RN pode precisar de internação em uma Unidade Neonatal, como por exemplo os portadores de dificuldade respiratória, problemas cardíacos, icterícia, pré ou pós-operatório e até mesmo à espera por ganho de peso.

Dependendo de sua idade gestacional, do seu peso ao nascimento, e dos fatores que atuaram durante sua vida intrauterina, esses RN podem apresentar maior risco de distúrbios durante o período neonatal e sequelas que poderão comprometer seu desenvolvimento [...] A sobrevivência de RN com idade gestacional e peso ao nascer cada vez menores acarreta um período de hospitalização prolongado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que, em geral, submete o RN ao excesso de manipulação, repouso inadequado, luminosidade e sons intensos, favorecendo o estresse e estimulação sensorial inadequada, podendo afetar a morbidade. (GIACHETTA; NICOLAU; COSTA, 2010, p. 24 – 29)

Não é necessária a pesquisa para uma pessoa descrever o que é um recém-nascido. Se perguntar, teremos respostas como: um ser frágil que acabou de nascer, que está descobrindo o mundo fora da barriga, lutando para abrir os olhos e se esticar. Uma descrição imaginária, lúdica e feliz, mas quando inserimos na pergunta o cenário de um leito de UTIN, é natural vir à mente, um ser humano frágil, sofrendo, chorando, em luta pela vida.

Nas Figuras 1 e 2, foram ilustrados os dois cenários que permitem comparações entre o sonho de um berço planejado e a frustração do recém-nascido na incubadora.

Figura 1: O berço idealizado.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 2: Incubadora do RN internado.



Fonte: Arquivo pessoal.

Quando se trata de um RN na UTI, têm-se pacientes que quando são fetos, estão em estado de sono quase que constante e ao nascer são internados sem previsão de alta, e como consequência possuem constantes momentos de interrupção do descanso.

Conforme Eduardo Zaeyen (2003, p. 139), a criança de zero a três meses de idade se assusta ou acorda com sons intensos e repentinos e acalma-se ao ouvir a voz materna.

Durante o estudo de caso, foi observado constante manipulação da criança. Em momentos que estava tudo “calmo”, a equipe passa para diversas conferências, desde realização de exames, arrumar a posição na incubadora, no berço, conferir a posição do aparelho de monitor cardíaco, dentre outros procedimentos.

1.4.2.2 Equipe Assistencial

“*Anjos de jaleco*” foi como uma mãe descreveu a equipe durante a entrevista do estudo de caso. A equipe tem caráter multiprofissional, especializada e exclusiva da Unidade Neonatal. É um serviço composto de médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, dentre outros. Apoiam por exemplo na limpeza e desinfecção dos ambientes. Todos têm grande importância para cura da criança internada, desde o cuidado, acolhimento, até o controle de infecção hospitalar.

O número de profissionais que circulam dentre os leitos e os demais ambientes é alto. Durante o estudo de caso foi observado que em uma escala de plantão, o número de profissionais varia de acordo com a previsão de número de leitos ocupados.

Nos dias acompanhados, foram ocupados em média 20 leitos, dos 27 existentes. A equipe fixa no plantão normalmente eram: 12 técnicos de enfermagem (01 a cada 02 leitos), 02 enfermeiros, 02 médicos, um total de 16 profissionais fixos para 20 leitos, fora a equipe que passava durante os plantões, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, pediatras dos pacientes e os responsáveis pela limpeza.

Estes profissionais lidam o tempo todo com situações de alta complexidade de vida e de morte, precisam ser atentos, controlar suas emoções e ao mesmo tempo acolher, ter boa comunicação com a família e os demais profissionais. Atividades essas que ao entrevistar a equipe foi possível perceber que não é sacrifício, e sim um trabalho feito com amor e carinho.

Como o relatado por uma técnica de enfermagem ao descrever seu trabalho: “*Sou apaixonada pelo o que faço, aprendi muito a dar mais valor à vida por tudo que*

acontece aqui dentro. Ver tanto sofrimento de pais e o retorno maravilhoso que a gente têm quando vê eles indo para casa bem e depois vindo visitar a gente. Não tem explicação o quanto é bom. É bem gratificante este trabalho”.

1.4.2.3 Pais

Durante a gestação, os pais idealizam como serão os traços do seu bebê, a cor da pele, o cabelo e o sonho de dar à luz a um ser sadio. Quando recebem a notícia, o sonho é substituído por angústia, emoção, questionamento e culpa. Os pais (Figura 3) e a família programam aquele momento sem imaginar a frustração da vivência em um ambiente tão complexo como uma UTIN. No estudo de caso, foi possível registrar relatos de pais e mães de crianças internadas e como enxergam a vivência durante o tempo de internação. Abaixo estão alguns destes relatos:

“Chegando aqui foi uma alteração de pressão e entrei em estado de choque. Porque era pra tá tudo bem e de um dia pro outro não estava mais”. (Mãe)

“A gente é pai, sem ser pai. Ninguém nunca espera. A gente olha em filme, o neném nasce chorando, bonitinho. Em três horas tudo muda. O fato de estar ao lado dela, de poder ver ela, ver a evolução dela, acho que isso nos alivia bastante, ajuda bastante. Querendo ou não a gente ajuda a tá ali trocando uma fralda (...) está participando também”. (Pai)

“Equipe técnica e médica muito atenciosa com os pais e bebês, sempre repassam a evolução e informações sobre a criança”. (Mãe de gêmeos internados)

“(...) poderiam ter uma área de melhor descanso e talvez um serviço de hospedagem para os pais. Poderiam ter um lugar de meditação (ecumênica) para orações. Verificar a possibilidade de não ter no quarto mães internadas sem bebês juntos das com bebês, pois traz uma tristeza profunda às mães”. (Pai)

Figura 3: Pais na UTIN do H MV.



Fonte: Arquivo pessoal.

1.4.2.4 Visitas

O tema desse trabalho é uma situação que qualquer pessoa pode viver. Uma criança internada pode ser um sobrinho, o filho de um amigo, um neto, um primo, um irmão, um filho recém-nascido.

Esse público é formado pelo grupo de visitantes à uma internação neonatal. Os estabelecimentos programam dias e horas determinadas, locais para ver os pacientes, que podem ser externos a internação (por meio de visores de vidro) ou na beira leitos. Essas visitas passam pelo momento de conhecer a criança, de ir para acolher os pais dos RN, de ter o cuidado com suas reações e não levar para o ambiente de internação as impurezas externas. São emoções, responsabilidades e sensações que agregam o cuidado da equipe, dos pais e das próprias visitas para a dinâmica de entrada e saída de diversos familiares. Esse usuário tem profunda influência para acalantar os pais, levar para o ambiente hospitalar o momento em família.

Durante o estudo de caso, observou-se que o hospital tem uma área restrita que separa os boxes de internação da área de acesso aos visitantes, conforme pode ser observado nas Figuras 4 e 5. É um corredor externo com visores de vidro que permitem o contato visual entre o externo e o interno.

Figura 4: Box interno à internação - HMV



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 5: Corredor externo à internação - HMV



Fonte: Arquivo pessoal.

1.4.3 Cuidado Progressivo Neonatal

Ao voltar algumas gerações para analisar a retrospectiva do nascimento, veremos que o parto era realizado em casa, feito por uma parteira conhecida na cidade. O processo natural da vida era nascer e permanecer junto da mãe, junto da família.

Após a prática do parto hospitalizado, o RN ainda permanecia junto da mãe, especificamente em berços suspensos, aos pés dos leitos. Por volta de 1893, a enfermeira Madame Henry criou o berçário para crianças prematuras, conhecidas como fracas, congenitamente fragilizadas. Porém, no início do século XX, a elevada taxa de morbidade e mortalidade de recém-nascidos por doenças contagiosas propagou medidas de restritos isolamentos dos mesmos. O objetivo era evitar o manuseio, as visitas e a contaminação de quem quer que os tocassem.

Nesse momento os hospitais promoveram definitivamente a separação entre mãe e bebê, não importando o quadro clínico ou se era saudável ou não. Todos recém-nascidos eram encaminhados para o berçário e submetidos aos protocolos hospitalares, com rígidas rotinas e visitas somente com horários pré-estabelecidos. Estudos mostraram que a separação entre mãe e bebê logo após o nascimento

desperta insegurança materna, dificulta o aleitamento materno e priva o bebê de carinho e cuidado.

Em 1899, o pediatra francês Pierre Budim, demonstra interesse pelo bem-estar dos recém-nascidos e preocupação em estimular a presença e atenção materna no cuidado do bebê. Somente nos anos 40 os professores de pediatria, Dr^a Edith Jackson e Dr. Grover Powers, apresentaram estudos sobre os distúrbios psicológicos da mãe e do bebê separados logo após o nascimento.

Em 26 de agosto de 1993 (Brasil), o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.016. Foi aprovada as normas básicas para implantação do alojamento conjunto que tem entre várias vantagens o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho através do relacionamento precoce que permite a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilita a comunicação imediata de qualquer anormalidade.

Com objetivo de redesenhar o espaço e suas relações, de garantir o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos, a Portaria Ministerial nº 930/2012 definiu as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Tem como objetivo a garantia do direito da permanência de mãe e filho juntos desde o nascimento, o incentivo do aleitamento materno e o cuidado integral ao recém-nascido que necessita de cuidados especializados. Estratégias como essas buscam como resultado a melhoria da condição do atendimento para potencializar a cura, melhoraria do uso do leite e a participação da família na recuperação do paciente.

A unidade neonatal traz um serviço especializado em neonatologia, que trata o RN de acordo com a evolução do seu quadro clínico, ou seja, a criança internada em uma terapia intensiva de alta complexidade, passa pela transição do cuidado para preparar o paciente e a família para a alta, buscando evitar a alta precoce e o retorno da internação hospitalar após a alta.

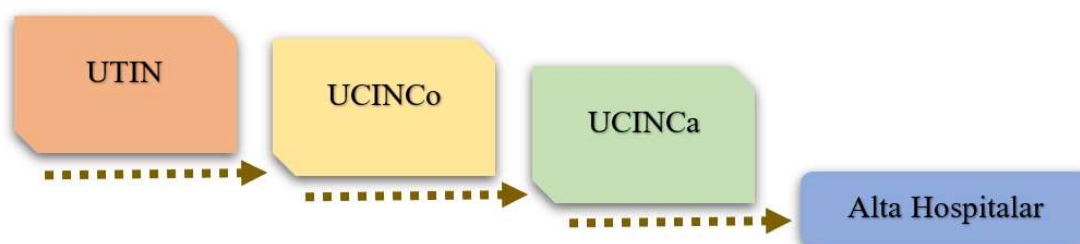
Para melhor entendimento da necessidade do cuidado progressivo, podem ser citados dois cenários simples: Primeiramente, analisar o ambiente de uma UTI, com todos os equipamentos e pessoas que estão em volta dos leitos. O paciente se acostuma com o som gerado pelos equipamentos e movimento, quando passa pelo contraste de um ambiente calmo e sem o ruído, que já era de costume, ele entra em

uma onda de estresse. Como segundo cenário, pode-se imaginar os pais que estão acostumados a visitar o filho na UTI (não acompanhar), e que de um dia para o outro recebe alta e está em casa, tornando-os inseguros e sem preparo para o acolhimento em casa.

Para evitar transtornos como citados acima, a Unidade Neonatal é dividida de acordo com as necessidades do cuidado, sendo: I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias: a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

A Figura 6 representa a sequência da linha do cuidado progressivo neonatal da internação do recém-nascido até a alta hospitalar que serão comentadas com mais detalhes nos próximos tópicos.

Figura 6: Linha do Cuidado Progressivo Neonatal



Fonte: Arquivo pessoal.

1.4.3.1 UTIN

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal volta-se para atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte. São características de paciente de UTIN, o neonato em qualquer idade gestacional que necessita de ventilação mecânica; menor de 30 semanas de idade gestacional; peso menor que 1.000 gramas; neonato que necessita de cirurgia de grande porte ou que está em pós-operatório imediato; em nutrição parenteral.

É uma unidade de alta complexidade, como mostra a Figura 7, é um leito rodeado de equipamentos de tratamento e monitoramento do paciente. Os pais têm direito ao livre acesso, com a previsão de uma poltrona a cada leito para acompanhante.

Figura 7: Leito de UTIN (Hospital não identificado)



Fonte: Imagem do site Pinterest

Endereço: i.pinimg.com/originals/c6/26/b3/c626b3e1090d4bdf77111588140595fa.jpg

Acessado em 25/01/2019

1.4.3.2 UCINCo

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional, conhecida como unidade semi-intensiva, traz serviços destinados ao atendimento de recém-nascido considerado de médio risco e que demanda assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

Podem configurar-se como suporte às UTIN ou de forma independente. São características de paciente da UCINCo: RN após alta da UTIN com necessidade de cuidado complementar; que possuam desconforto respiratório sem necessidade de ventilação mecânica; peso superior a 1.000 gramas e inferior a 1.500g, estáveis, sem acesso venoso central; em nutrição enteral plena; submetido a cirurgia de médio porte, estável, após o pós operatório imediato na UTIN.

É uma unidade de média complexidade, mas que o paciente ainda necessita de observação 24h. A Figura 8 demonstra o perfil do leito da UCINCo, como está configurado com menor número de equipamentos, o recém-nascido está em quadro clínico mais estável que a UTIN.

Figura 8: Leito de UCINCo (Hospital Regional de Sobradinho - DF).



Fonte: Arquivo pessoal.

1.4.3.3 UCINCa

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru, serviço em unidade hospitalar cuja infraestrutura permita acolher mãe e filho no mesmo ambiente para repouso, permanência 24h por dia e prática do método canguru até a alta hospitalar.

A UCINCa deve possuir equipe adequada para prestar os cuidados assistenciais e orientação da mãe sobre a sua saúde e a do recém-nascido. Este serviço só funciona em hospitais que possuem UCINCo, pois é uma continuidade do cuidado e precisa da disponibilidade de tempo e desejo de participação da mãe. Em casos de pacientes sem a permanência da mãe/acompanhante 24h por dia, este RN permanece na UCINCo. A Figura 9 mostra um exemplo de leito de UCINCa.

Conforme Portaria 1.683/2007 são critérios para o RN da UCINCa ter estabilidade clínica, nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo) e peso mínimo de 1.250 gramas. A Da mãe precisa do desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio, consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde, capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido e o conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

Figura 9: UCINCa da Maternidade Santa Juliana, AC



Fonte: Arquivo pessoal.

Este ambiente é catalisador para o incentivo do aleitamento materno, a prática do contato pele a pele, o aumento do vínculo mãe e bebê. A mãe participa do cuidado e a equipe assistencial prepara a família para o momento da desospitalização.

Importante destacar que nesta etapa, têm muitas famílias que estão há meses com o bebê hospitalizado, é uma mistura de novidade, ansiedade, medo, felicidade em poder ir para casa. A saída do hospital é um alívio para a família, porém todos estavam acolhidos e seguros por estarem assistidos pela equipe.

Durante o trabalho de observação no estudo de caso, um pai disse: “Tem hora que olho mais para o monitor do que para meu filho, não sei como será quando for embora”. No ambiente da UCINCa é trabalhado o desmame tanto do paciente quanto da família com os equipamentos, é preciso ter o controle do barulho para simular o ambiente residencial. Porém, sempre lembrando que continua sendo uma unidade de cuidado intermediário e que o RN ainda está em recuperação.

Características Gerais da Unidade Neonatal:

Uma característica marcante da Unidade Neonatal é a diversidade de equipamentos. Os profissionais dividem o espaço de atuação com o paciente e um amplo número de equipamentos de cuidado com a vida e monitoramento do recém-nascido.

Um leito de UTIN, mesmo em menor complexidade, também tem uma diversidade de equipamentos que precisam de previsão de espaço e instalações específicas.

Já os equipamentos da UCINCa são mais simples, pois o RN encontra-se estáveis, mas com necessidade de ganho de peso para a alta hospitalar. Porém, é necessária observação especial para cada leito. Devido a cada especificidade, nenhuma tipologia de serviço da unidade neonatal pode ser confundida com o serviço de enfermaria.

A seguir foi elaborado o Quadro 1 que mostra os principais equipamentos da UTIN, UCINCo e UCINCa.

Quadro 1: Equipamentos da Unidade Neonatal.

EQUIPAMENTO	UTIN	UCINCo	UCINCa
Incubadora	Por leito	60% dos leitos	20% dos leitos
Berço de acrílico	-	30% dos leitos	80% dos leitos
Incubadora de transporte	Por unidade	Por unidade	Por unidade
Aparelho de fototerapia	A cada 5 leitos	A cada 4 leitos	
Poltrona	Por leito	Por leito	Por leito
Cama comum para mãe/acompanhante	-	-	Por leito
Ventilador pulmonar	A cada 2 leitos	-	-
Ventilador de transporte	Por unidade	-	-
Bomba de infusão	3 por leito	1 por leito	-
Reanimador	A cada 5 leitos	Por unidade	Por unidade
Nebulizador	Por leito	A cada 2 leitos	-
Monitor multiparâmetro	Por leito	A cada 5 leitos	-
Gases medicinais	Por leito	Por leito	-
Balança antropométrica	Por unidade	Por unidade	Por unidade
Negatoscópio	Por unidade	Por unidade	Por unidade
Refrigerador	Por unidade	Por unidade	Por unidade
Supor para soro	Por leito	Por leito	-

Fonte: Arquivo pessoal.

1.4.4 Infraestrutura

É obrigatório, para o EAS entrar em funcionamento, submeter o Projeto Básico de Arquitetura (PBA) à Vigilância Sanitária local. Para isso, a RDC 50/2002 – destinada ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – traz a necessidade da verificação dos: (1) fluxos de trabalho e zoneamento; (2) dimensionamento dos ambientes; e (3) condições ambientais de conforto. Esses foram os fatores observados na realização do estudo de caso.

1.4.4.1 Fluxos de Trabalho e Zoneamento

Conforme BICALHO (2010, p. 32), “o zoneamento de um EAS [...] do ponto de vista de controle de infecção, pode ajudar a minimizar problemas de fluxos e consequentemente cruzamentos indesejáveis e prejudiciais”. Tanto o fluxo quanto o zoneamento não são voltados somente para o paciente e sua família, ambos fazem parte de um grupo de movimentado diariamente em um serviço de saúde. Pode-se citar por exemplo: funcionários (da assistência à manutenção), materiais (sujo e limpo), resíduos, alimentos (da equipe e dos acompanhantes), além dos pais, visitantes e pacientes.

Para o grupo de usuários, pensamos a vida de hospitalização da vida pós uterina que se inicia com o nascimento: atividade ocorrida no local do parto – no Centro Obstétrico (C.O) ou no Centro de Parto de Normal (CPN) – o recém-nascido que encontra-se saudável acompanha sua mãe no período puerpério no CPN ou no Alojamento Conjunto (ALCON) e o recém-nascido que necessita de alguma intercorrência é encaminhado para Unidade Neonatal (UN).

A Figura 10 demonstra o fluxo entre os setores do nascimento, internação no período puerpério e a Unidade Neonatal. Este fluxo tem a responsabilidade de evitar o trânsito desnecessário para o RN e sua família.

Figura 10: Fluxo do RN e da família.



Fonte: Arquivo pessoal.

Recém-nascido no local do parto → Entrada na Unidade Neonatal:

É importante priorizar o fluxo direto do local do parto para Unidade Neonatal, pois o recém-nascido transita o mínimo para o seu local de internação.

Recém-nascido dentro da Unidade Neonatal entre UTIN → UCINCo → UCINCa:

O mínimo que o RN transitar pela unidade melhor, pois diminui a agitação durante o percurso, a equipe trabalha mais próxima, evita a circulação entre outros setores do hospital que pode gerar alguma contaminação.

Pais no ALCON → Unidade Neonatal:

A mãe se encontra no período de recuperação puerperal e realiza visitas de acordo com sua possibilidade e o pai ou acompanhante da mãe se divide entre a internação dos dois.

Visita que percorre entre ALCON → Unidade Neonatal:

Parecido com o fluxo dos pais, mas a visita chega no horário permitido dependendo da gestão do EAS, ela vai do ALCON para a UN ou direto para UN. Visitante vem de fora do hospital e precisa percorrer o mínimo possível entre os setores e ter um controle para não levar nenhum tipo de contaminação para qualquer que seja o serviço.

1.4.4.2 Condições Ambientais

A inquietação em desenvolver um trabalho na área da neonatologia partiu particularmente da falta de condição de conforto ambiental vista em diversos estabelecimentos de saúde.

De maneira pessoal, ver o RN na incubadora como mais um objeto na UTIN levou a reflexão da importância de ampliar o olhar para esse setor. Muitas vezes esse serviço tem a temperatura baixa, ruídos extremos causados pelos equipamentos e pelo som da equipe, falta de iluminação natural, quando não colocado o insulfilm nos vidros e bloqueando a visão externa por causa da falta de planejamento da insolação solar adequada. Fora o aspecto de desespero da equipe em querer trabalhar e salvar a vida daquele paciente e o olhar dos pais perdidos no meio a tanta informação.

Segundo o arquiteto italiano Romano Del Nord (2006, p. 102, apud BITENCOURT/2014, p. 83) o conforto é capaz de produzir relevantes resultados para a humanização da assistência à saúde:

Promover a redução do stress e da fadiga dos profissionais de saúde e melhoria da eficácia assistencial; melhorar a segurança do paciente; reduzir o stress no paciente e ampliar a possibilidade do êxito clínico; promover melhoria ampla da qualidade da prestação da assistência.

BITENCOURT (2006, p. 77) traduz o que foi percebido nesta pesquisa:

As condições ambientais desfavoráveis como excesso ou ausência de calor, umidade, ventilação e renovação do ar, ruídos intensos e constantes, condições lumínicas inadequadas, odores distintos e diversos, podem representar uma grande fonte de tensão do desenvolvimento das atividades de trabalho humano.

1.4.4.2.1 Conforto Higrotérmico

De acordo com ABNT (NBR 7256:2005, p. 4), o controle das condições termohigrométricas é necessário para, além de propiciar condições gerais de conforto para os pacientes e profissionais da área de saúde possibilite:

Manter condições termohigrométricas ambientais favoráveis a tratamentos específicos; inibir a proliferação de microorganismos, favorecida por umidade alta; propiciar condições específicas de temperatura e/ou umidade para operação de equipamentos especiais.

As referências apontadas Quadro 2 fornece o parâmetro para marcação da umidade e temperatura relativa do ar.


Quadro 2: Parâmetro termohigrométricos.

Ambiente	Temperatura °C	Umidade Relativa %
UTIN	22 - 26	40 - 60

Fonte: NBR 7256:2005.

De acordo com a ANVISA (2014, p. 34-35), as alterações de temperatura que vão da zona de conforto até o limite suportável podem resultar em variados efeitos adversos, originados na sobrecarga de calor. Essas alterações foram relacionadas no Quadro 3 e permite a constatação de como a temperatura interfere na produção do indivíduo em um ambiente de saúde.

Quadro 3: Alterações da zona de conforto conforme temperatura.

 <p>35 - 40°C</p> <p>20°C</p>	Limite máximo da temperatura confortável.	
	Queda de produção para trabalho pesados, perturbações do equilíbrio eletrolítico, perturbações do coração e da circulação, forte fadiga e ameaça do esgotamento.	Perturbações psicológicas e fisiológicas
	Aumentos das falhas de trabalho, queda da produção para trabalhos de destreza, aumento de acidentes	Perturbações fisiológicas
	Desconforto – irritabilidade aumentada, falta de concentração, queda da capacidade para trabalhos mentais	Perturbações psíquicas
	Temperatura confortável	capacidade de produção total

Fonte: Dados fornecidos pela ANVISA/2014

1.4.4.2.2 Conforto acústico

A compreensão do conforto acústico vincula diretamente ao entendimento e distinção do que seja ruído e seus impactos na saúde, na segurança e no bem estar. (BITENCOURT, 2014, p. 89).

Como diz NIGHTINGALE (apud ANVISA, 2014 p. 48) “o ruído desnecessário é a mais cruel ausência de cuidado”.

A forma como é planejado um leito de UTI influência diretamente no impacto auditivo causado por ele, os leitos vizinhos e o posicionamento dos ambientes de apoio. Principalmente o posto de enfermagem que concentra boa parte da equipe assistencial. As medições do ambiente foram realizadas a fim de avaliar os maiores impactos das ocorrências cotidianas.

Levando-se em conta que quaisquer ruídos de ocorrência alheia ou temporária podem ser de impacto na qualidade do conforto humano [...] a caracterização do ruído a ser considerado, medido e efetivamente incluído na avaliação acústica. (ANVISA/2014, p. 55).

Ao mesmo tempo que é incômodo o som de um monitor, para os pais é um sinal de monitoramento, de segurança. Durante o estudo de caso, uma das enfermeiras comentou que a transição para receber alta era importante até para desmamar os pais a pararem de olhar para o monitor cardíaco. Em uma das paradas para observação dos leitos um pai cuidando do filho no leito disse: “Eu não sei se olho pro monitor ou pro meu filho, quero levar um desse quando for para casa”.

Na NBR 10.152:1987, acústica – Avaliação do ruído ambiente em recintos de edificações visando o conforto dos usuários – procedimentos são caracterizados com respectivos valores de ruído aceitáveis com base em níveis sonoros de decibéis (dBA), como mostra o Quadro 4.

Quadro 4: Níveis sonoros aceitáveis.

Ambiente	Ruído (dBA)
Berçário, leia-se Unidade Neonatal	35 - 45

Fonte: NBR 10.152:1987

1.5 Hipótese

Por meio da integralidade do processo de trabalho, da humanização do cuidado e da infraestrutura adequada, alcança-se respostas compensatórias na melhoria do quadro clínico, na segurança do paciente e na diminuição do estresse do recém-nascido hospitalizado.

1.6 Metodologia

Inicialmente, foi realizado um estudo documental de toda base legal relacionada ao recém-nascido. Com isso, foi detectada a ausência de normativas atualizadas sobre o espaço físico de saúde que aborde a mudança de paradigmas implementados na Portaria Ministerial 930/2012 (Anexo A deste trabalho), na Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Criança e no Marco Legal da Primeira Infância.

Após a elaboração do projeto de dissertação, foi iniciado o processo para aprová-lo pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do UniCEUB (parecer consubstanciado consta no Apêndice E) e posteriormente encaminhado para deferimento pelo CEP do hospital escolhido para o estudo de caso (parecer consubstanciado consta no Apêndice F).

As análises das questões obtidas foram trabalhadas de maneira qualitativa por meio de estudo de caso da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal do Hospital Moinhos de Vento - HMV (Figuras 11 e 12), localizado na região Sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre, estado Rio Grande do Sul.

Figura 11: Fachada maternidade HMV



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 12: Entrada UTIN HMV



Fonte: Arquivo pessoal.

Os instrumentos para levantamento de dados foram feitos por meio de entrevistas com as famílias dos internados, de zero a vinte e oito dias de vida, entrevistas com a equipe assistencial do hospital, observação dos espaços da UTIN e medição dos ambientes. Importante ressaltar que todas as entrevistas seguiram a Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para explicar as características da infraestrutura que influenciam o bem-estar dos envolvidos na internação do RN, foi considerada como base a metodologia de natureza aplicada, ao qual pretende levantar aspectos relevantes que se devem observar ao projetar um espaço de internação que permite promover a prática do cuidado progressivo neonatal, e assim minimizar o estresse do paciente internado em um ambiente de alta e média complexidade, como a Unidade Neonatal.

Após deferimento do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HMV para início da coleta de dados, foi articulada com a coordenação da maternidade a entrada em campo. Foram cinco dias de realização dos seguintes instrumentos:

- a) Realização de entrevistas com as famílias dos internados e equipe assistencial;
- b) Observação dos espaços da UTIN;
- c) Medição dos ambientes.

A entrevista adotada foi semi-padronizada. Após a aplicação das perguntas fechadas, foi possível realizar a parte aberta para registro das opiniões e dos relatos.

Posterior ao processo em campo, foi realizada a tabulação dos dados para análise e discussão dos possíveis diagnósticos e conclusões, para isso foram elaboradas planilhas que permitem melhor comparação e visualização dos cenários relacionados durante o processo de coleta.

1.7 Estudo de Caso

Foi com o olhar crítico que o instrumento do estudo de caso foi aplicado em campo, por meio de entrevistas, observações e medições da temperatura, da umidade do ar e do ruído. O objetivo foi ouvir os usuários (entrevista), sentir o que o

ambiente transmite (observação), marcar parâmetros (medições) para constatar se o sentimento realmente conversa com o espaço físico.

O HMV já havia sido visitado informalmente antes de ser escolhido como objeto de estudo de caso desta pesquisa, pois ele faz parte do grupo de aproximadamente 45 maternidades visitadas ao longo de cinco anos de trabalho nesta área. Segundo GIL (2002, p. 55)

Os propósitos do estudo de caso não são os de proporcionar o conhecimento preciso das características de uma população, mas sim o de proporcionar uma visão global do problema ou de identificar possíveis fatores que o influenciam ou são por ele influenciados.

Esse foi o foco do estudo de caso realizado em etapa única, durante 05 dias, conforme explicado a seguir:

- Data de realização: 08 a 12 de novembro de 2018;
- Objetivo do estudo de caso:
 - 1) marcar fluxos e zoneamentos;
 - 2) realizar medições, observar o funcionamento dos ambientes de assistência neonatal nos períodos da manhã, tarde e noite;
 - 3) realizar entrevistas com as famílias dos recém-nascidos internados e membros das equipes assistenciais do setor de neonatologia.

Para o diagnóstico, foram coletadas informações do funcionamento de um serviço de neonatologia. A aplicação dos instrumentos de estudo em campo é de extrema importância para constatar os resultados esperados com esse trabalho.

2 DISCUSSÕES E RESULTADOS

2.1 Hospital Moinhos de Vento

Inaugurado no ano de 1927, conhecido na época como Hospital Alemão. Localizado na região Sul do país, no estado do Rio Grande do Sul (RS), na cidade de Porto Alegre (POA), como mostram as Figuras 13, 14 e 15. O Hospital Moinhos de Vento (HMV) funciona em gestão da esfera privada, é um hospital geral com referência em gestação de alto risco.

Figura 13: Croqui do mapa do Brasil.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 14: Croqui do mapa do Região Sul.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 15: Vista área HMV.



Fonte:googlemaps.com.
Acessado em 04/02/2019

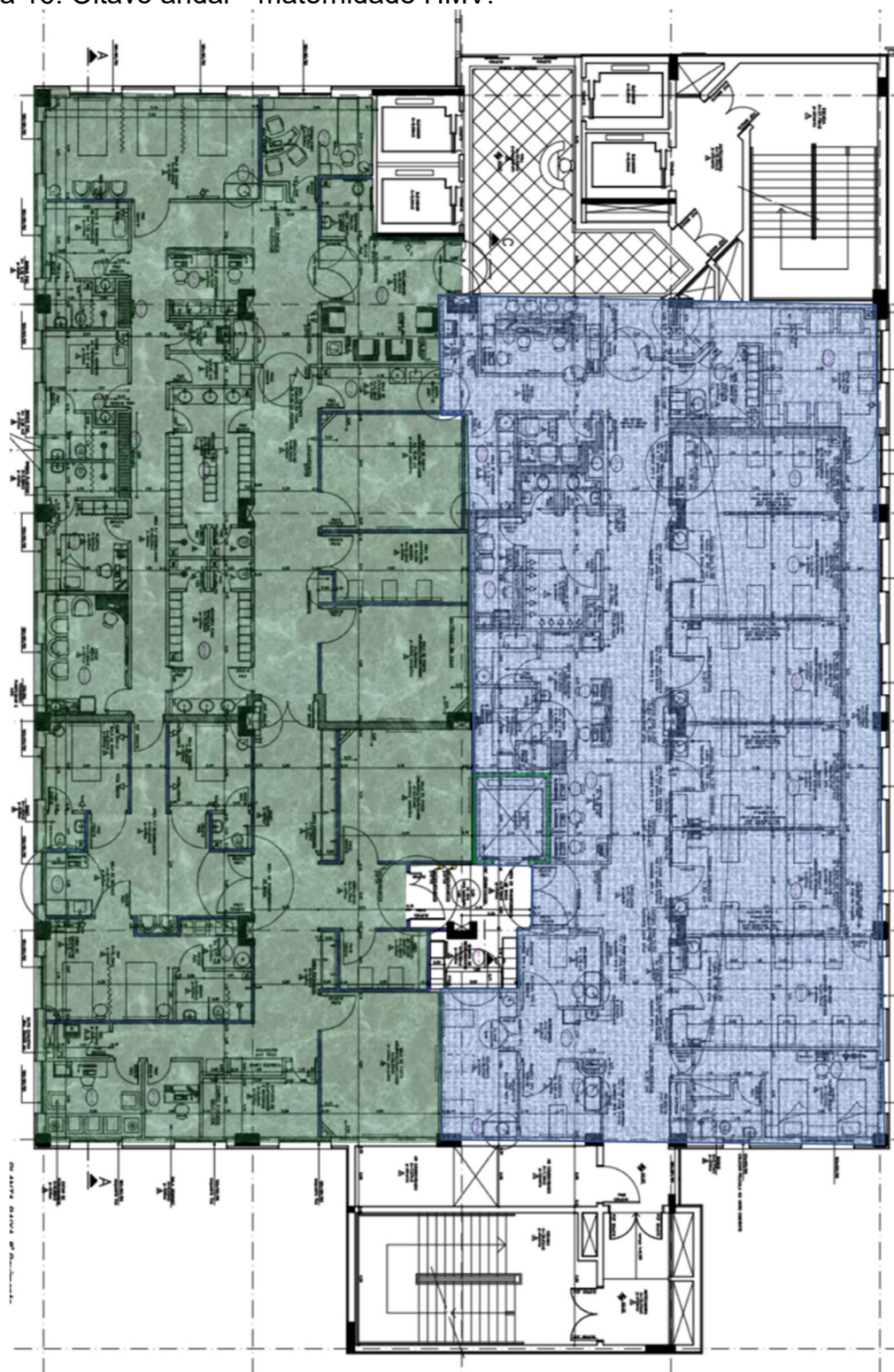
Com uma área de 92.822m², o estabelecimento tem 480 leitos inseridos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Há 27 leitos que são destinados à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esse foi o motivo da escolha desse estabelecimento, pois ao conhecer a linha de cuidado progressivo e ter a informação de que a instituição é um serviço de excelência. Desde 2002, o Hospital Moinhos de Vento é certificado pela *Join Comission International* (JCI), um organismo internacional que avalia centenas de instituições de saúde ao redor do mundo, promovendo elevados padrões de excelência no ambiente hospitalar. Foi instigado o interesse em aprofundar a análise de uma instituição que possui 27 (vinte e sete) leitos de UTIN, sem cuidados intermediários (UCINCo e UCINCa) descritos no CNES.

Conforme dados fornecidos pelo HMV, são realizados em média de 336 partos por mês na maternidade, como o hospital é referência em gestação de alto

risco, grande parte dos leitos de UTIN são ocupados por recém-nascidos prematuros.

A maternidade funciona em 03 andares: oitavo, nono e décimo. As Figuras 16, 17 e 18 mostram as plantas de cada pavimento. O oitavo andar é responsável pelo Centro Obstétrico e a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; o nono andar responsável pela recuperação pós-anestésica e uma parte da internação de alojamento conjunto e o décimo andar encontra-se os demais leitos de ALCON.

Figura 16: Oitavo andar - maternidade HMV.

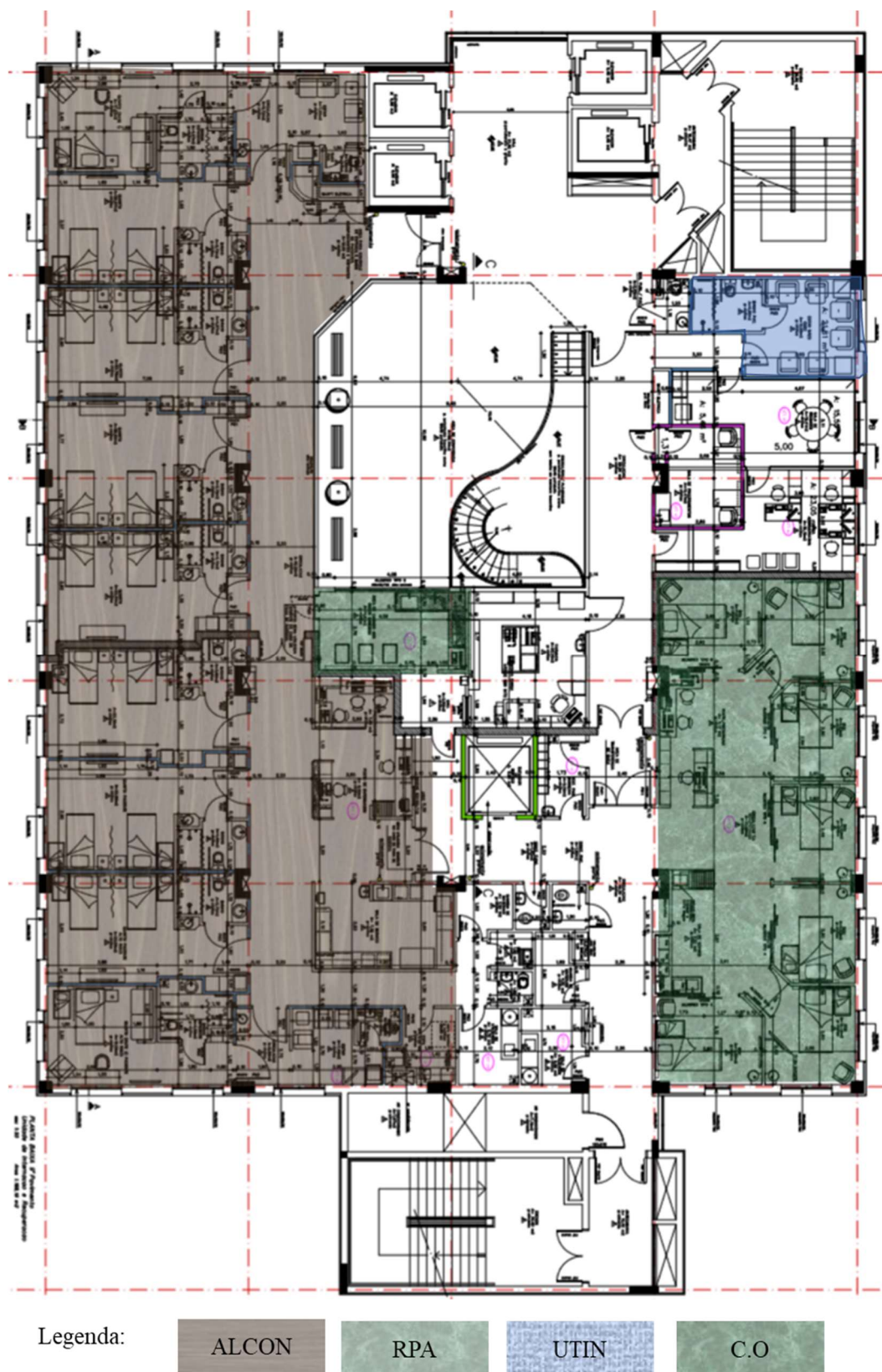


Legenda:

ALCON	RPA	UTIN	C.O.
-------	-----	------	------

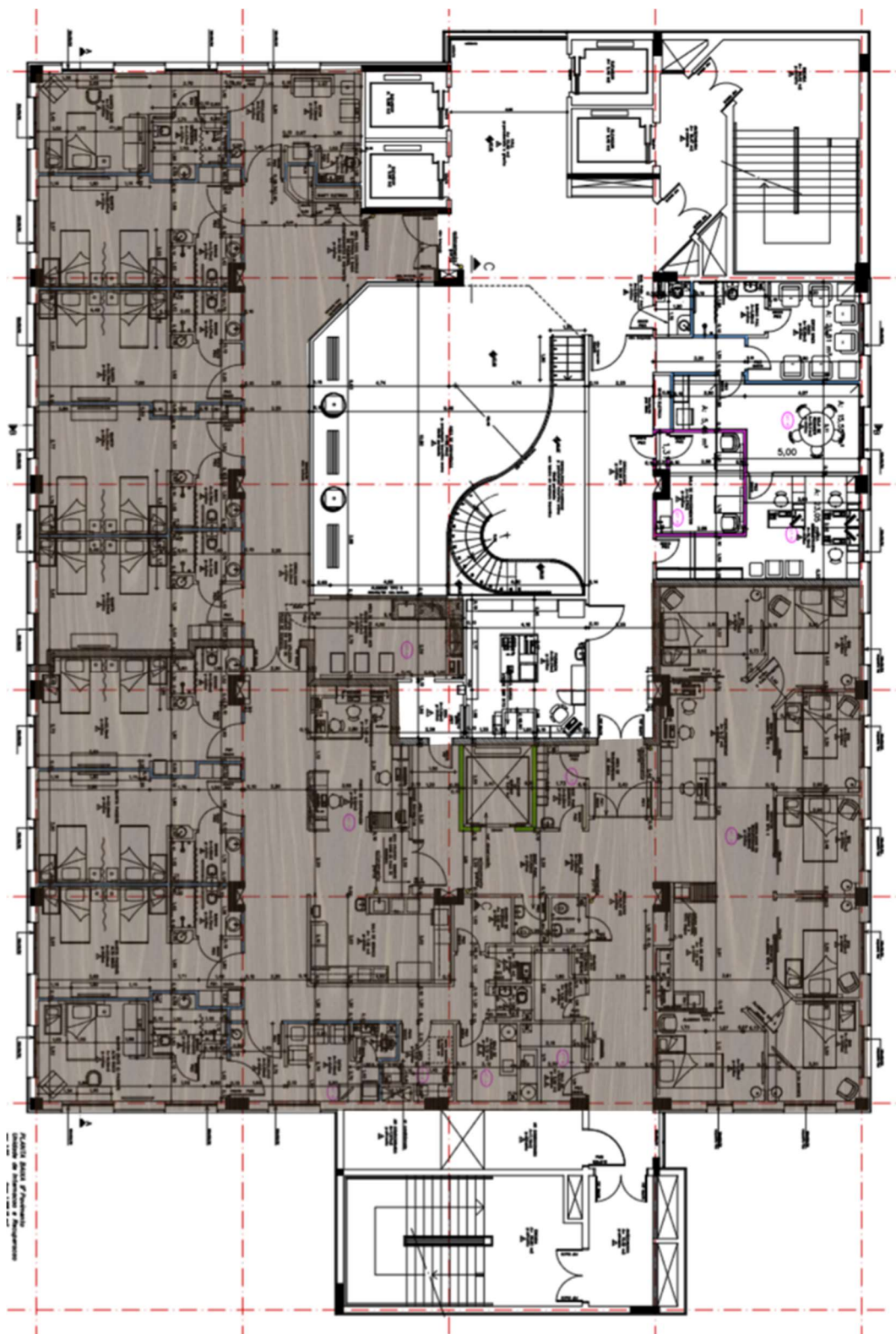
Fonte: Planta cedida pelo arquiteto Paulo Cassiano.

Figura 17: Nono andar - maternidade HMV.



Fonte: Planta cedida pelo arquiteto Paulo Cassiano.

Figura 18: Décimo andar - Maternidade HMV.



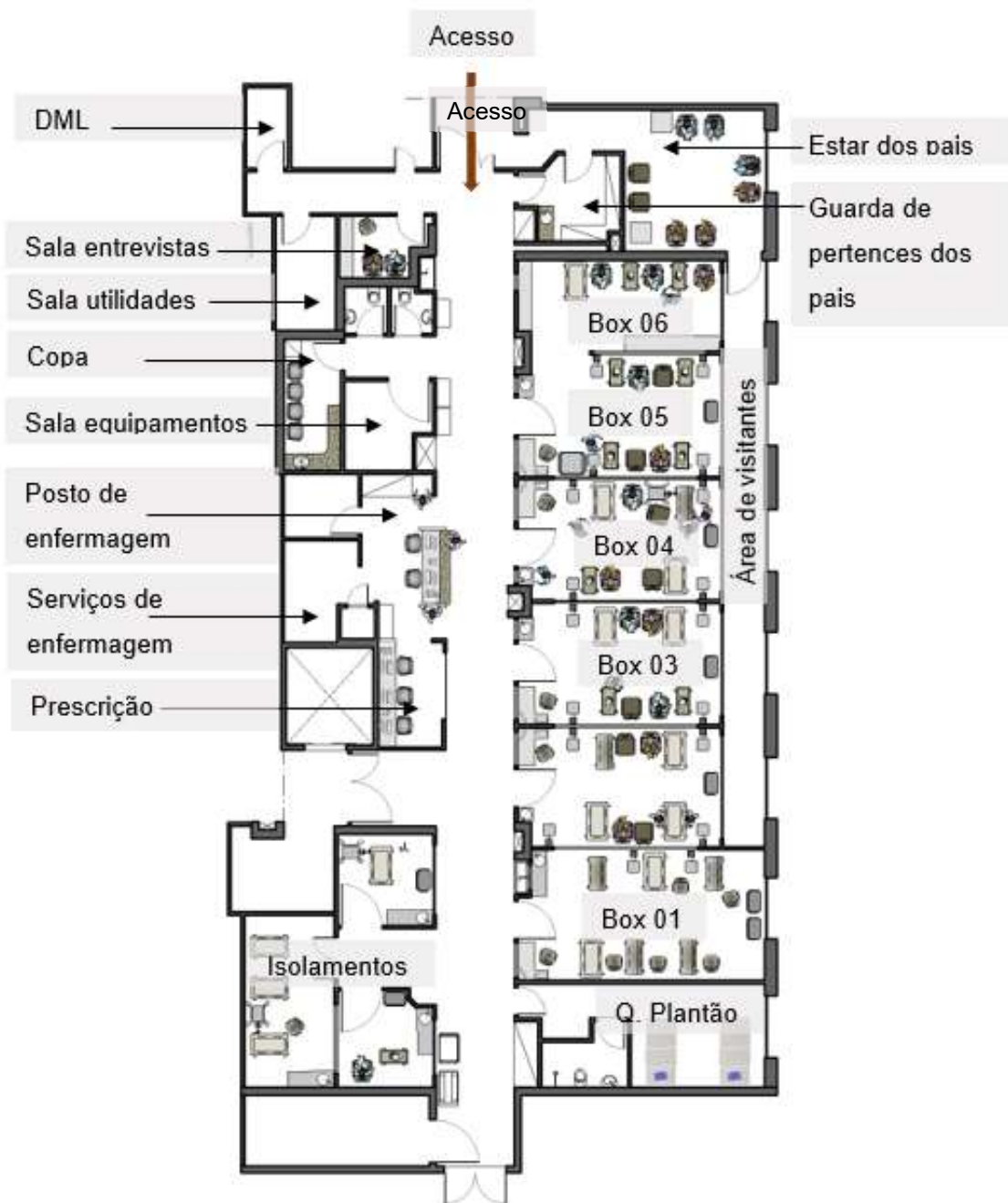
Legenda:



Fonte: Planta cedida pelo arquiteto Paulo Cassiano.

A Figura 19 mostra a planta da UTIN em maior escala gráfica, permite visualizar a localização dos leitos e os demais ambientes que serão terã suas atividades explanadas no capítulo de infraestrutura.

Figura 19: Planta UTIN - HMV.

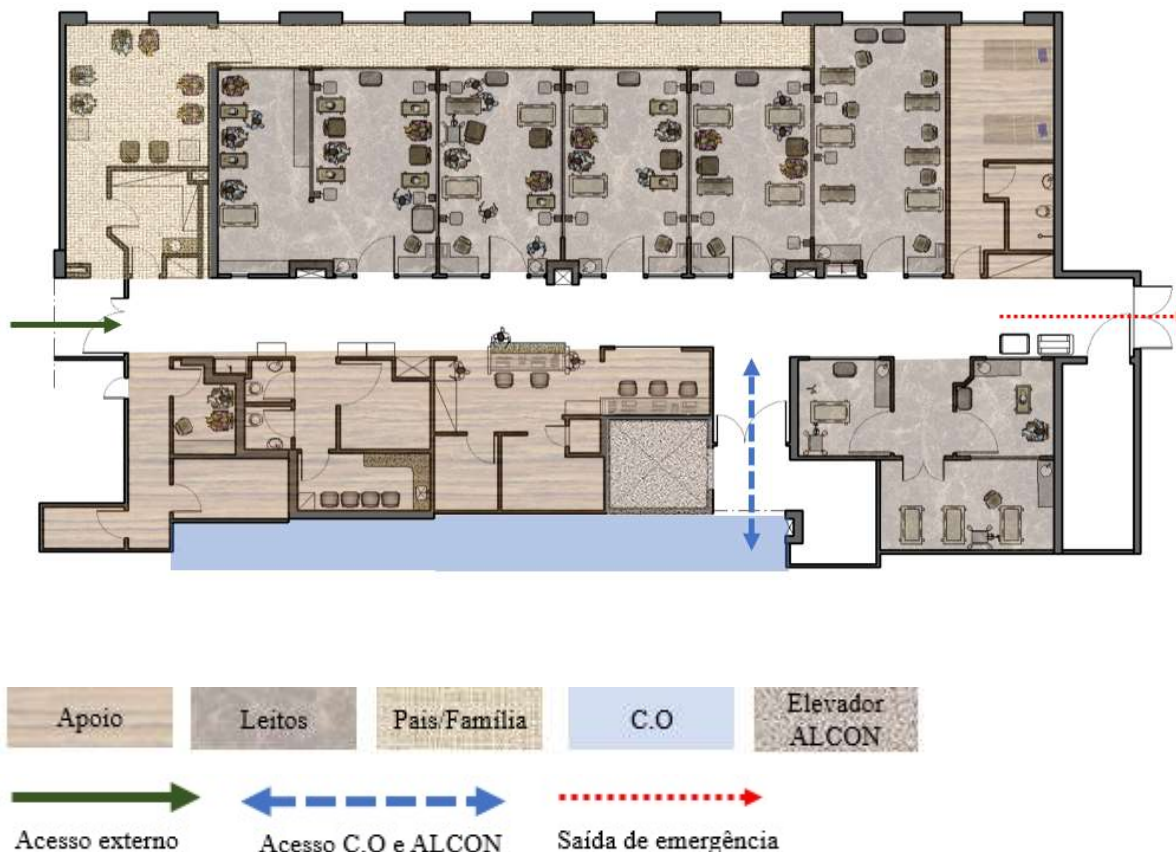


Fonte: Arquivo pessoal.

No Hospital Moinhos de Vento esse fluxo foi priorizado com a localização da maternidade em dois andares. O C.O tem acesso direto para UN e o ALCON é em

andar diferente, mas tem um elevador exclusivo que dar acesso da internação da mãe para a internação do RN. Na Figura 20 é possível visualizar esse fluxo.

Figura 20: Fluxo e zoneamento da UTIN – ALCON e C.O do HMV.



Fonte: Projeto cedido pelo arquiteto Paulo Cassiano. Figura editada pela autora.

2.1.1 Cuidado Progressivo no Hospital Moinhos de Vento

O Hospital Moinhos de Ventos, possui 27 leitos de UTIN discriminado para internação neonatal. À primeira vista nos deixa entender que o hospital não possui o cuidado progressivo neonatal, pois como visto neste capítulo o cuidado é dividido em UTIN, UCINCo e UCINCa.

Porém, na prática, os boxes são divididos de acordo com o estado crítico de cada paciente. Os recém-nascidos clinicamente mais graves ficam no box 1 ou nos quartos de isolamento, conforme as características clínicas, evoluem positivamente e esses pacientes passam para os boxes à frente. Os dois últimos boxes (05 e 06) estão localizados os pacientes mais saudáveis que estão em fase de transição para desospitalização.

Casos como estes são normais de se encontrar, pois a legislação de infraestrutura vigente (RDC 50/2002) está em fase de atualização e ainda não foi implementada a mudança de paradigma do modelo de atenção humanizada ao recém-nascido hospitalizado. Não significa que mesmo com nomenclaturas diferentes, os serviços não aplicam a boas práticas indicadas nas legislações relacionadas, a boas práticas ao parto e nascimento.

Nas Figuras 21, 22 e 23 é possível observar a diferença de configuração dos leitos e dos boxes.

Figura 21: Leito isolamento para paciente externo ou em estado mais grave.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 22: Leitos com perfil de cuidados intermediários.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 23: Leitos dos boxes 5 e 6.



Fonte: Arquivo pessoal.

2.1.2 Os ambientes para uma Unidade Neonatal e o existente no HMV

O programa de necessidades de uma Unidade Neonatal, compreende três unidades de cuidados: UTIN, UCINCo e UCINCa. Tratam-se de unidades funcionais que individuais, porém não são independentes. Uma é dar continuidade no tratamento da outra, de maneira progressiva do cuidado. Quando localizadas de maneira contígua os ambientes de apoio podem ser compartilhados, quando não, cada uma precisa destes ambientes exclusivos. Logo, aumenta três vezes a área ocupada neste serviço. A seguir está descrito o programa de necessidade exclusivo para o funcionamento de cada Unidade Funcional e as observações dos ambientes de acordo com os seguintes instrumentos de trabalho:

- a) Parâmetros da RDC 50/2012;
- b) Interpretação da Portaria 930/2012 (conforme anexo B deste trabalho);
- c) Observação dos espaços do estudo de caso;
- d) Entrevistas realizadas no estudo de caso.

Unidade Funcional - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN: Os ambientes previstos em serviços de UTIN são:

Posto de enfermagem (área de 4,5m²): área destinada à enfermagem e/ou médicos, para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas. Deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos.

A Figura 24 mostra o exemplo do HMV com posto de enfermagem, área para serviço de enfermagem e prescrição médica integradas e centralizadas na unidade.

Observação: É importante ser dimensionada de acordo com número de profissionais para o número de leitos previstos. Para isso, existe legislação que fornece o número mínimo para funcionamento (RDC07/2011 e Portaria 930/2012). Mas a gestão do hospital pode trabalhar com número maior de profissionais e precisa ser comunicado ao profissional responsável pelo projeto qual tipo de atuação será utilizada.

Figura 24: Posto de enfermagem, área de serviço e prescrição.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Área de serviços de enfermagem (área de 6m²): ambiente destinado exclusivamente as atividades de enfermagem da unidade. Um para cada posto de enfermagem. Na Figura 25 mostra equipamentos importantes que devem ficar ao lado do posto de enfermagem e da área de serviços de enfermagem.

Figura 25: Equipamentos no posto de enfermagem.



Fonte: Fonte: Arquivo Pessoal.

Área de prescrição médica (área de 2m²): cada instituição tem seu modelo de trabalho, existe opção de trabalhar com o posto de enfermagem anexo, estações distribuídas mais próximo dos leitos. Tem instituição que prefere separar prescrição médica da enfermagem, como mostra as Figuras 26 e 27, e tem instituição que trabalha com a prescrição central.

Figura 26: Prescrição médica.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 27: Prescrição de enfermagem.



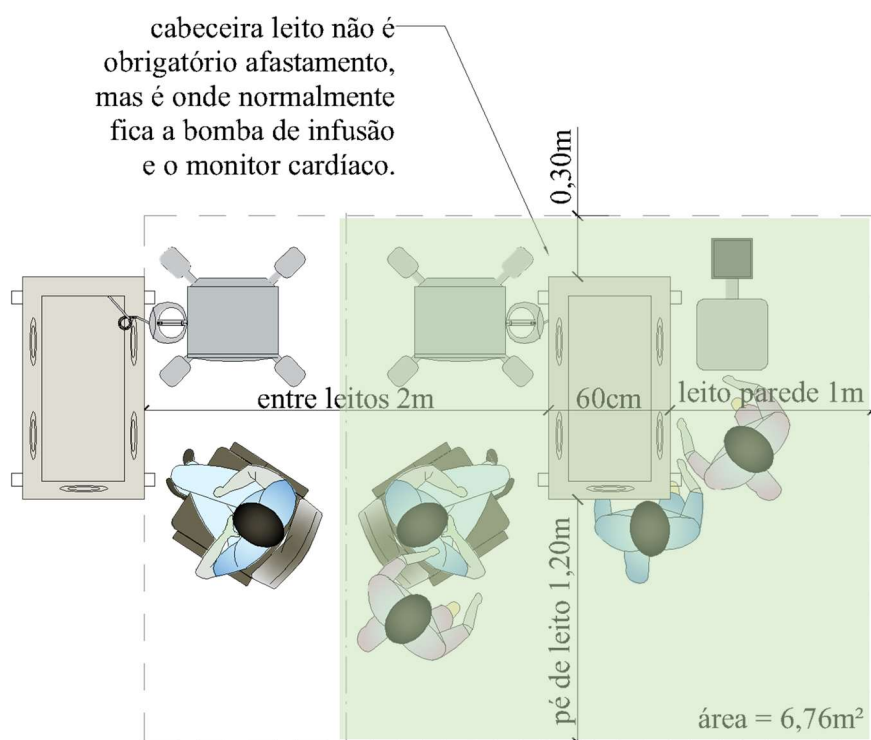
Fonte: Arquivo pessoal.

Área de apoio ao cuidado do RN: prever um ponto de água quente e fria para abastecimento da banheira e local para despejo da água suja. Sem necessidade de pia para essa atividade.

Observação: essa atividade já foi realizada de maneira centralizada em uma sala por unidade onde todos os RN eram higienizados e trocados no mesmo local. Um paciente de UTI quando se tem prescrição de banho é sempre o mais próximo do leito (peri leito), atualmente os berços de acrílicos são utilizados como banheiras ou usa-se o balde de ofurô. Quando não, é higienizado na própria incubadora.

Área coletiva de terapia (local onde ficam os leitos): pela RDC 50/2002 o mínimo é área de 6,5m². Na Figura 28 é mostrado um exemplo de leito com os afastamentos mínimos, mas antes de prever a área é necessário listar os equipamentos de acordo com a tecnologia atual e utilizada pelo estabelecimento, prever a poltrona em cada leito, prever a área de atuação do equipamento.

Figura 28: Leito de UTIN com a área mínima prevista.



Fonte: Desenhado pela autora.

Observação: antes tínhamos a previsão de uma poltrona a cada quatro leitos. Atualmente trabalha-se, uma poltrona por leito. A tendência é a presença dos pais e não só da mãe, logo essa área é acrescida: dos profissionais, do equipamento do leito (incubadora ou berço) e dos equipamentos médicos que podem variar de acordo com o quadro clínico do paciente. Na hora da intervenção é necessário prever onde e como retirar a poltrona sem atrapalhar a equipe ou puxar algum fio dos equipamentos. As Figuras 29, 30 e 31 mostram como é estreito o espaço entre leitos para os RN mais graves.

É importante observar que o leito de isolamento não é obrigatório, depende da gestão. A própria incubadora já torna um isolamento técnico, o isolamento físico pode ser previsto em projeto, mas sem deixá-lo fixo. Cada gestão tem seu modo de trabalhar a forma de exercer a atividade de isolamento.

Figura 29: Leito isolamento.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 30: Leito HMV para RN mais graves



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 31: Leitos HMV para RN mais graves



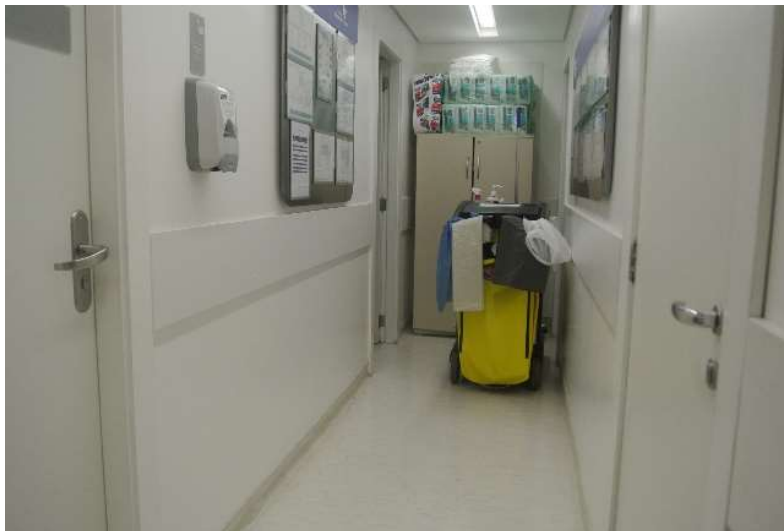
Fonte: Arquivo pessoal.

Sala de utilidades: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente (área de 4m²). Quando houver guarda temporária de resíduos acrescentar mais 2m².

Observação: é importante pensar na saída do material abrigado ou manipulado neste ambiente, a fim de não percorrer com material sujo sem necessidade. Sabe-se que quando um processo de trabalho é adequado evita ao máximo a transmissão de infecção, mas quanto mais pensarmos no melhor fluxo mais facilitamos a diminuição de acidentes e de erros de execução.

Depósito de material de limpeza - DML (área de 2m²): sala destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem, é pensado para o material de limpeza, o carrinho funcional de limpeza (diversos tamanhos e modelos) a Figura 32 mostra a situação do equipamento na circulação.

Figura 32: Carrinho funcional de limpeza fora do DML.



Fonte: Arquivo pessoal.

Observação: O material de limpeza normalmente é exclusivo daquele serviço. O carrinho do centro cirúrgico não é o mesmo carrinho da internação. Logo, é necessário prever espaço que comporte esses equipamentos para evitar que no dia a dia ele fique guardado no DML ou no corredor de circulação. O tanque para higienização dos equipamentos destinados para limpeza daquele setor.

Rouparia (área de 2,2m²): sala, área para carro roupeiros ou armário destinado a guarda de roupa proveniente da lavanderia.

Quarto de plantão (área de 5m²): destinado para o descanso, uso do computador/estudo dos plantonista. Pode ser um centralizado, separado por sexo, separado por atribuição médico, técnico e enfermagem. Importante saber do gestor qual postura será adotada para separação desta área.

Depósito de equipamentos e materiais (área de 4m²): ambiente destinado a guarda de peças de mobiliário, aparelhos, equipamentos e acessórios de uso eventual (Figuras 33 e 34).

Observação: esse ambiente precisa de tomadas para carregar a energia dos equipamentos, sua área mínima normalmente não comporta a quantidade de materiais e estes acabam nos corredores interferindo na circulação.

Figura 33: Depósito de equipamentos e materiais.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 34: Acesso ao depósito de equipamentos.



Fonte: Arquivo pessoal.

Sanitários para funcionários: quanto menos sair da UN melhor, portanto este ambiente precisa estar próximo para evitar longas distâncias desnecessariamente.

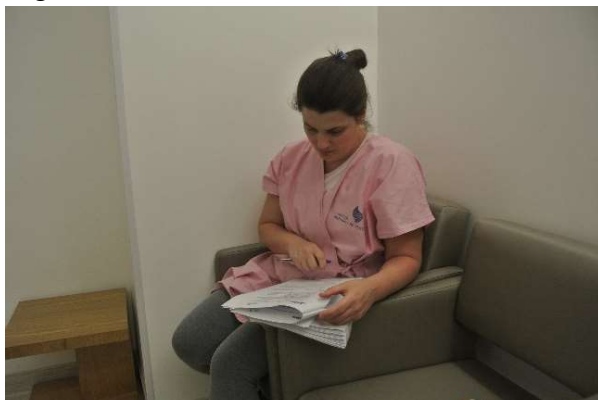
Vestiários para funcionários: local para troca de roupa da equipe.

Observação: é preciso já prever onde a equipe trocará de roupa e qual local guardarão seus pertences (área de 0,3m² por pessoa)."

Sala de entrevista (área de 6m²): ambiente destinado ao atendimento de acompanhantes de pacientes internados na UN, com vistas ao repasse de

informações sobre o mesmo, as Figuras 35 e 36 mostram a sala de entrevista do HMV.

Figura 35: Sala de entrevista.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 36: Sala de entrevista.



Fonte: Arquivo pessoal.

Área de espera para acompanhantes e visitantes (área de 1,2m² por pessoa): dimensionado de acordo com o número de leitos e os setores que receberão este público. Aos finais de semana que o movimento de visitas aumenta, essa área pode ficar sobrecarregada de pessoas. Prever sanitários para a sala de espera.

Sala administrativa (área de 5,5m² por pessoa): normalmente encontra-se as coordenações das unidades, localizada de maneira contígua para fácil acesso à UN.

Copa (área de 2,6m²): uma em cada unidade requerente. Neste ambiente a equipe faz lanches rápidos e usam para rápidos momentos de distração. "Aquele cafezinho ajuda a enfrentar a nossa rotina pesada", diz uma técnica de enfermagem do HMV. Na Figura 37 foi registrado um momento de lanche que mostra como a copa precisa ser dimensionada para evitar um ambiente apertado e sim que proporcione melhor conforto.

Figura 37: Copa da UTIN



Fonte: Arquivo pessoal

Área de guarda de pertence dos acompanhantes: área ou sala que normalmente fica armário tipo escaninho para os pais e os visitantes guardarem seus pertences. Como mostra as Figuras 38 e 39, o HVM usa essa área como sala de barreira para todo acompanhante que entra já deixar seus pertences.

Figura 38: Guarda de pertence dos pais acompanhantes.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 39: Lavatório da sala de guarda de pertences dos pais acompanhantes



Fonte: Arquivo pessoal.

Sala de ordenha (área de 2,3 por cadeira): ambiente que funcionário do setor irá auxiliar a nutriz para ordenhar o leite que será utilizado imediatamente ou será encaminhado para estocagem sob refrigeração ou congelamento.

Observação: importante prever local para mãe higienizar a mama, apoiar o material como o vidro a bomba de sucção.

Unidade Funcional - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo: Os ambientes previstos em serviços de UCINCo são:

Posto de enfermagem (área de 4,5m²): área destinada à enfermagem e/ou médicos, para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas. Deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos.

Observação: Importante ser dimensionada de acordo com número de profissionais para o número de leitos previstos. Para isso, existe legislação que fornece o número mínimo para funcionamento (Portaria 930/2012). Mas a gestão do hospital pode trabalhar com número maior de profissionais e precisa ser comunicado ao profissional responsável pelo projeto qual tipo de atuação será utilizada.

Área de serviços de enfermagem (área de 6m²): ambiente destinado exclusivamente as atividades de enfermagem da unidade. Um para cada posto de enfermagem.

Área de prescrição médica (área de 2m²): cada instituição tem seu modelo de trabalho, existe opção de trabalhar com o posto de enfermagem anexo, estações distribuídas mais próximo dos leitos. Tem instituição que prefere separar prescrição médica da enfermagem e tem instituição que trabalha com a prescrição central.

Área de apoio ao cuidado do RN: prever um ponto de água quente e fria para abastecimento da banheira e local para despejo da água suja. Sem necessidade de pia para essa atividade.

Observação: essa atividade já foi realizada de maneira centralizada em uma sala por unidade onde todos os RN eram higienizados e trocados no mesmo local como pode-se ver nas Figuras 40, 41 e 42. Um paciente de UCIN tem o banho realizado o mais próximo do leito (peri leito), atualmente os berços de acrílicos são utilizados como banheiras ou usa-se o balde de ofurô.

Figura 40: Banho da beira do leito.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 41: Hora do banho no box 6.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 42: Banho do berço de acrílico.



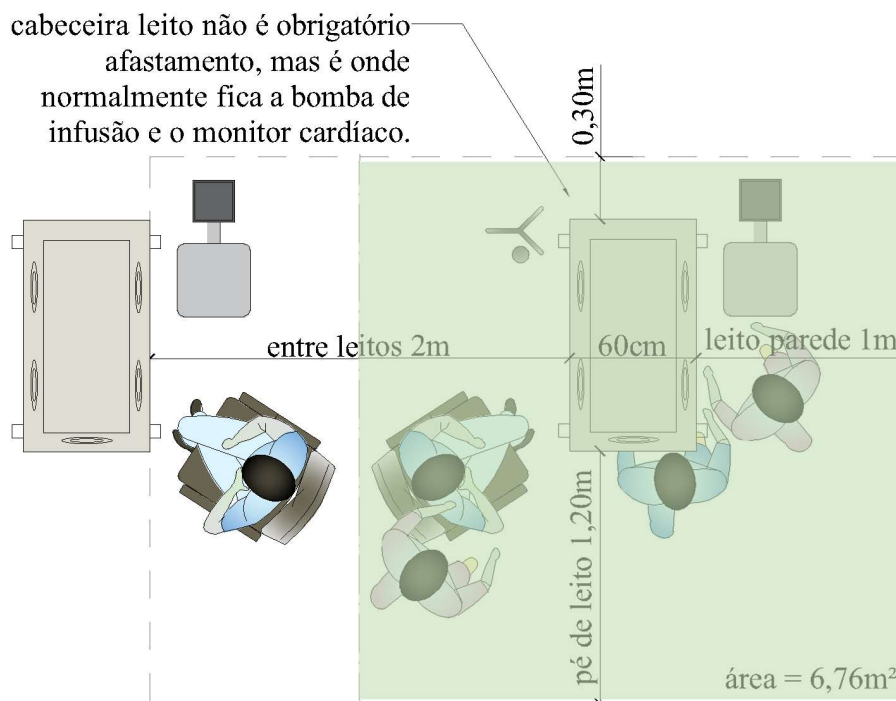
RN toma
banho em um
berço de
acrílico.

Fonte: Arquivo pessoal.

Área coletiva de terapia (local onde ficam os leitos): A área por leito de UCINCo é indicada trabalhar conforme previsão da UTIN, pois ainda possui um número grande de equipamentos em volta do leito. Na Figura 43 é mostrado um exemplo de leito com os afastamentos mínimos.

Observação: antes a previsão era de uma poltrona a cada quatro leitos. Atualmente trabalha-se uma poltrona por leito. A tendência é a presença dos pais e não só da mãe, logo essa área é acrescida dos profissionais, do equipamento do leito (incubadora ou berço) e os equipamentos médicos que podem variar de acordo com o quadro clínico do paciente. Na hora da intervenção é necessário prever onde e como retirar a poltrona sem atrapalhar a equipe ou puxar algum fio dos equipamentos.

Figura 43: Leito de UCINCo com a área mínima atualmente utilizada.



Fonte: Desenhado pela autora.

Sala de utilidades: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente (área de 4m²). Quando houver guarda temporária de resíduos acrescentar mais 2m².

Observação: é importante pensar na saída do material abrigado ou manipulado neste ambiente, a fim de não percorrer com material sujo sem necessidades. Sabe-se que quando um processo de trabalho é adequado evita ao máximo a transmissão de infecção, mas quanto mais pensarmos no melhor fluxo mais facilitamos a diminuição de acidentes e de erros de execução.

Depósito de material de limpeza - DML (área de 2m²): sala destinado a guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem, é pensado para o material de limpeza, o carrinho funcional de limpeza (diversos tamanhos e modelos).

Observação: O material de limpeza normalmente é exclusivo daquele serviço. O carrinho do centro cirúrgico não é o mesmo carrinho da internação. Logo, é necessário prever espaço que comporte esses equipamentos para evitar que no dia

a dia ele fique guardado no DML ou no corredor de circulação. O tanque para higienização dos equipamentos destinados para limpeza daquele setor.

Rouparia (área de 2,2m²): sala, área para carro roupeiros ou armário destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

Quarto de plantão (área de 5m²): destinado para o descanso, uso do computador/estudo dos plantonista. Pode ser um centralizado, separado por sexo, separado por atribuição médico, técnico e enfermagem. Importante saber do gestor qual postura será adotada para separação desta área.

Depósito de equipamentos e materiais (área de 4m²): ambiente destinado a guarda de peças de mobiliário, aparelhos, equipamentos e acessórios de uso eventual.

Observação: esse ambiente precisa de tomadas para carregar a energia dos equipamentos, sua área mínima normalmente não comporta a quantidade de materiais e estes acabam nos corredores interferindo na circulação.

Sanitários para funcionários: quanto menos sair da UN melhor, portanto este ambiente precisa estar próximo para evitar longas distancias desnecessariamente.

Vestiários para funcionários: local para troca de roupa da equipe.

Observação: é preciso já prever onde a equipe trocará de roupa e qual local guardarão seus pertences (área de 0,3m² por pessoa).

Sala de entrevista (área de 6m²): ambiente destinado ao atendimento de acompanhantes de pacientes internados na Unidade Neonatal, com vistas ao repasse de informações sobre o mesmo.

Área de espera para acompanhantes e visitantes (área de 1,2m² por pessoa): dimensionado de acordo com o número de leitos e os setores que receberão este público. Aos finais de semana que o movimento de visitas aumenta essa área pode ficar sobrecarregada de pessoas. Prever sanitários para a sala de espera.

Sala administrativa (área de 5,5m² por pessoa): normalmente encontra-se as coordenações das unidades, localizada de maneira contigua para fácil acesso à UN.

Copa (área de 2,6m²): uma em cada unidade requerente. Neste ambiente a equipe faz lanches rápidos e usam para rápidos momentos de distração. "Aquele cafezinho ajuda a enfrentar a nossa rotina pesada", diz uma técnica de enfermagem do HMV.

Área de guarda de pertences dos acompanhantes: área ou sala que normalmente fica armário tipo escaninho para os pais e os visitantes guardarem seus pertences.

Sala de ordenha (área de 2,3 por cadeira): ambiente que o funcionário do setor irá auxiliar a nutriz para ordenhar o leite que será utilizado imediatamente ou será encaminhado para estocagem sob refrigeração ou congelamento.

Observação: importante prever local para mãe higienizar a mama, apoiar o material como o vidro a bomba de sucção.

Unidade Funcional - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru – UCINCa: Os ambientes previstos em serviços de UCINCo são:

A RDC 50/2002 não consta parâmetros para descrever uma UCINCa, para levantar um programa de necessidades foi preciso interpretar os conceitos da Portaria 930/2012 e levar em consideração as visitas técnicas de vivência durante esses cinco anos de trabalho.

Posto de enfermagem (área de 4,5m²): área destinada à enfermagem e/ou médicos, para a execução de atividades técnicas específicas e administrativas. Deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos.

Observação: Importante ser dimensionada de acordo com número de profissionais para o número de leitos previstos. Para isso, existe legislação que fornece o número mínimo para funcionamento (Portaria 930/2012). Mas a gestão do hospital pode trabalhar com número maior de profissionais e precisa ser comunicado ao profissional responsável pelo projeto qual tipo de atuação será utilizada.

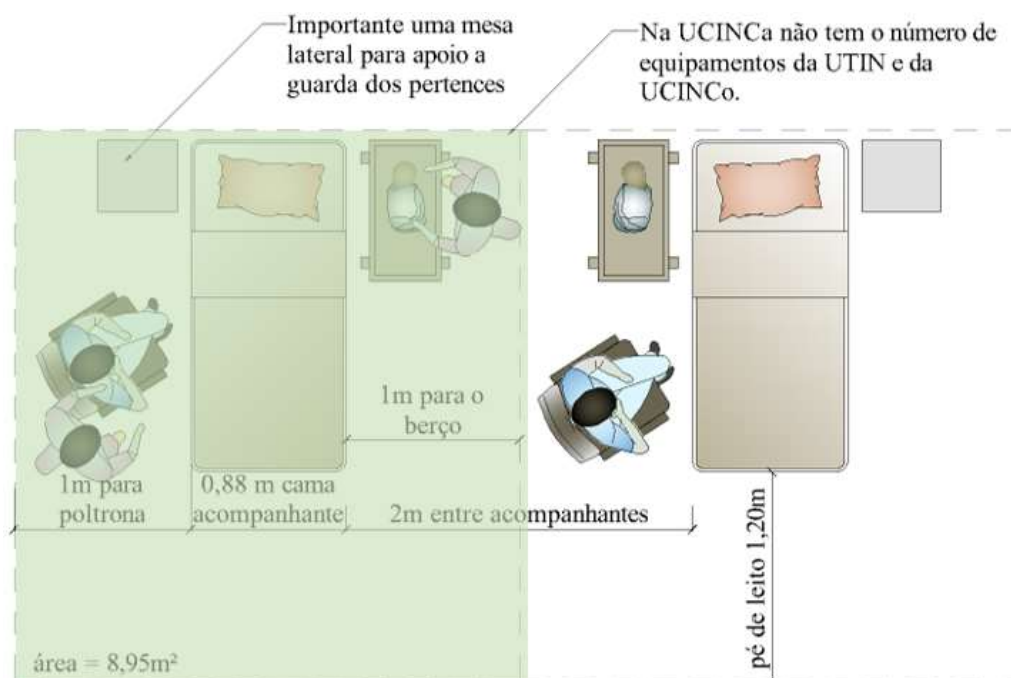
Área de serviços de enfermagem (área de 6m²): ambiente destinado exclusivamente as atividades de enfermagem da unidade. Um para cada posto de enfermagem.

Área de prescrição médica (área de 2m²): cada instituição tem seu modelo de trabalho, existe opção de trabalhar com o posto de enfermagem anexo, estações distribuídas mais próximo dos leitos. Tem instituição que prefere separar prescrição médica da enfermagem e tem instituição que trabalha com a prescrição central.

Área de apoio ao cuidado do RN: prever um ponto de água quente e fria para abastecimento da banheira e local para despejo da água suja. Sem necessidade de pia para essa atividade. O banho é sempre o mais próximo do leito (peri leito), atualmente os berços de acrílicos são utilizados como banheiras ou usa-se o balde de ofurô.

Área coletiva de terapia (local onde ficam os leitos): essa área não foi prevista na RDC 50/2002, como descrito no início o trabalho a UCINCa foi implantada em 2012. O leito é destinado para mãe e seu filho. Na Figura 44 mostra a disposição desse leito que pode dispor de uma cama para a mãe, uma poltrona e o berço de acrílico para o RN.

Figura 44: Exemplo leito de UCINCa.



Fonte: Desenhado pela autora.

Observação: é importante lembrar que o ambiente ainda é de cuidados intermediários, em muitos estabelecimentos esse serviço é confundido com

alojamento conjunto e o inserem nesse setor erroneamente. A assistência do ALCON é obstétrica, o RN está saudável ao lado da sua mãe que se recupera no período pós-parto. Na UN o RN está em recuperação e sua mãe está saudável, acompanhando seu filho e sendo ambos preparados para a alta hospitalar. O serviço é assistido pela neonatologia, assim com a UTIN e UCINCo. A Figura 45 mostra os pais trocando fralda e dando banho nos filhos.

Figura 45: Leitos destinados a RN já em pré-alta.



Fonte: Arquivo pessoal.

Sala de utilidades: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente (área de 4m²). Quando houver guarda temporária de resíduos acrescentar mais 2m².

Observação: é importante pensar na saída do material abrigado ou manipulado neste ambiente, a fim de não percorrer com material sujo sem necessidade. Sabe-se que quando um processo de trabalho é adequado evita ao máximo a transmissão de infecção, mas quanto mais pensarmos no melhor fluxo mais facilitamos a diminuição de acidentes e de erros de execução.

Depósito de material de limpeza - DML (área de 2m²): sala destinado à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotado de tanque de lavagem, é pensado para o material de limpeza, o carrinho funcional de limpeza (diversos tamanhos e modelos).

Observação: O material de limpeza normalmente é exclusivo daquele serviço. O carrinho do centro cirúrgico não é o mesmo carrinho da internação. Logo, é

necessário prever espaço que comporte esses equipamentos para evitar que no dia a dia ele fique guardado no DML ou no corredor de circulação. O tanque para higienização dos equipamentos destinados para limpeza daquele setor.

Rouparia (área de 2,2m²): sala, área para carro roupeiros ou armário destinado à guarda de roupa proveniente da lavanderia.

Quarto de plantão (área de 5m²): destinado para o descanso, uso do computador/estudo dos plantonista. Pode ser um centralizado, separado por sexo, separado por atribuição médico, técnico e enfermagem. Importante saber do gestor qual postura será adotada para separação desta área.

Depósito de equipamentos e materiais (área de 4m²): ambiente destinado a guarda de peças de mobiliário, aparelhos, equipamentos e acessórios de uso eventual.

Observação: esse ambiente precisa de tomadas para carregar a energia dos equipamentos, sua área mínima normalmente não comporta a quantidade de materiais e estes acabam nos corredores interferindo na circulação."

Sanitários para funcionários: quanto menos sair da UN melhor, portanto este ambiente precisa estar próximo para evitar longas distancias desnecessariamente.

Vestiários para funcionários: local para troca de roupa da equipe.

Observação: é preciso já prever onde a equipe trocará de roupa e qual local guardarão seus pertences (área de 0,3m² por pessoa).

Sala de entrevista (área de 6m²): ambiente destinado ao atendimento de acompanhantes de pacientes internados na UN, com vistas ao repasse de informações sobre o mesmo.

Área de espera para acompanhantes e visitantes (área de 1,2m² por pessoa): dimensionado de acordo com o número de leitos e os setores que receberão este público. Em fim de semana que o movimento de visitas aumenta essa área pode ficar sobrecarregada de pessoas. Prever sanitários para a sala de espera.

Sala administrativa (área de 5,5m² por pessoa): normalmente encontra-se as coordenações das unidades, localizada de maneira contígua para fácil acesso à UN.

Copa funcionários (área de 2,6m²): uma em cada unidade requerente. Neste ambiente a equipe faz lanches rápidos e usam para rápidos momentos de distração. "aquele cafezinho ajuda a enfrentar a nossa rotina pesada", diz uma técnica de enfermagem do HMV.

Área de guarda de pertences dos acompanhantes: área ou sala que normalmente fica armário tipo escaninho para os pais e os visitantes guardarem seus pertences.

Sala de ordenha (área de 2,3 por cadeira): ambiente que funcionário do setor irá auxiliar a nutriz para ordenhar o leite que será utilizado imediatamente ou será encaminhado para estocagem sob refrigeração ou congelamento.

Observação: importante prever local para mãe higienizar a mama, apoiar o material como o vidro a bomba de sucção.

Copa exclusiva para as mães: as mães da UCINCa estão acompanhando seus filhos 24h por dia, é importante prever em espaço onde tem a oportunidade de distrair e fazer suas refeições.

Sala de estar para mães: a mãe da UCINCa estar o máximo de tempo possível com seu filho, mas pode sair e sentar em um local mais confortável, assistir televisão, receber visita.

Lavanderia: a família nem sempre mora próximo ao hospital, principalmente nos estabelecimentos públicos é necessário dispor de um espaço para a mãe lavar suas peças íntimas sem a necessidade de deixar estendida no banheiro.

2.2 Os instrumentos de pesquisa

O estudo de caso permitiu analisar de modo mais profundo o objeto de trabalho destinado ao atendimento do RN hospitalizado, examinando o ambiente com a oportunidade de vivência da realidade do usuário. Durante os 5 dias em campo foram coletadas:

- 21 entrevistas com os usuários da neonatologia (Tabelas 1 e 2);
- 05 registros de observações comportamentais (Tabela 3);
- 3 medições dos ambientes: dimensões dos espaços, temperatura e umidade relativa do ar (Tabelas 4, 5 e 6).

Para isso, a coleta de dados foi realizada de sexta a terça-feira, com intuito de verificar a diferença do comportamento espacial tanto nos dias úteis quanto nos finais de semana e feriados. Na manhã do primeiro dia no hospital, houve a apresentação à equipe de coordenação, para explanar os objetivos e necessidades durante os dias de coleta de dados. Ademais, foi visitada toda a infraestrutura da maternidade para conhecer os setores de maneira ampla como também os profissionais das áreas estudadas. No período da tarde, foi iniciado o trabalho de observação, com anotações referentes à rotina da neonatologia, registro dos fatos, número de pessoas nos ambientes e fluxos dos usuários.

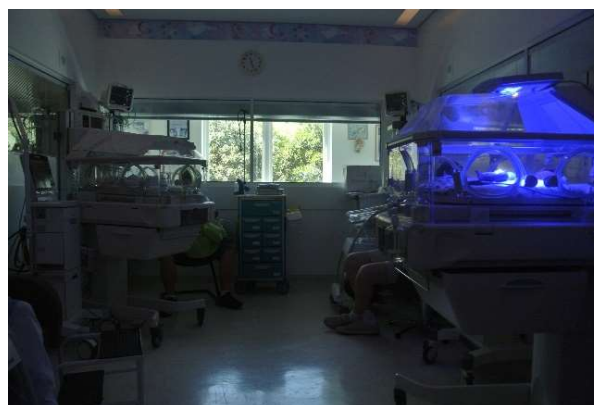
O segundo dia iniciou com a primeira medição dos ambientes que foi registrada durante “a hora do soninho”, com duração de uma hora em que as luzes são reduzidas e tanto a equipe quanto os pais evitam qualquer movimentação de agito com o RN. As Figuras 46 e 47 registram esse momento:

Figura 46: Hora do soninho no box 5.



Fonte: Figura retirada do site maternidademoinhosdeventos.org.br. Acessado em 03/02/2019.

Figura 47: Hora do soninho no box 3.



Fonte: Arquivo pessoal.

Depois de registrar a temperatura, a umidade relativa do ar e os ruídos emitidos em cada ambiente, foi realizada a compatibilização do projeto arquitetônico do hospital com a situação existente. No período da noite, um dos boxes foi observado do período das 20h às 23h, para apontamentos da primeira observação

registrada. Buscou-se acompanhar a troca de plantão, o comportamento dos pais, da equipe e marcar os sons percebidos no ambiente.

Durante o período de observação, haviam quatro leitos ocupados no box, três RN estavam com os seus pais acompanhando, um sem acompanhante, duas técnicas responsáveis pela assistência do box e a observadora realizando os registros. Foram registrados durante o período de três horas de acompanhamento, em um box de 20m², o movimento de quatro pacientes, seis acompanhantes, dois técnicos e uma observadora. As Figuras 48 e 49 registraram uns desses momentos.

Figura 48: Box realizado observação.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 49: Pais de acompanhantes.



Fonte: Arquivo pessoal.

O terceiro dia de coleta de informações iniciou com a troca de plantão da tarde, às 13h. Foi realizada a segunda medição (período da tarde) e em seguida a terceira observação.

No quarto dia, iniciou-se a observação com a passagem de plantão, das 6:35h às 6:55h e, em seguida, a terceira medição. Das 7:15h às 10:30h foi realizada a medição dentro da incubadora com a presença da responsável pela neonatologia. Na parte da tarde, foi acompanhada a movimentação, durante o banho, dos pacientes dos boxes 5 e 6, os que já estão em quadro clínico mais estável, e da equipe junto com os pais aplicando os procedimentos de higienização dos RN.

A entrevista teve o propósito de coletar opiniões, sentimentos e relatos da visão do usuário. A condução atingiu a manifestação esperada, do entrevistado, para gerar um resultado de qual maneira o espaço físico pode somar na estratégia de melhoria da área pesquisada. Foram realizadas durante cinco dias de coleta,

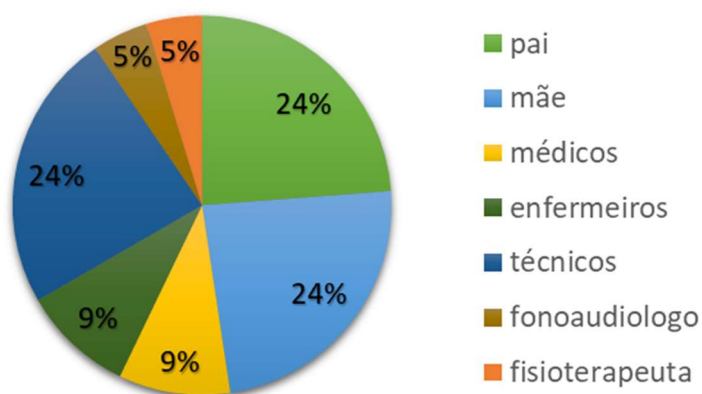
conforme disponibilidade da equipe e dos pais. O quinto dia foi separado para finalizar as últimas entrevistas e recolher as fichas dos entrevistados que preferiram preencher e não ter o momento de conversa. A coleta foi concluída após a segunda medição dentro da incubadora. Para início de cada entrevista eram explicados os motivos do convite de entrevista, lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice A; solicitado autorização de uso de imagem, conforme Apêndice B, para posterior leitura do questionário, conforme Apêndice C.

Foi possível levantar informações para análise da necessidade de atualização das normas de infraestrutura, fazendo com que o ambiente permita oferecer o atendimento adequado para criança.

2.2.1 Entrevistas

Foram 21 pessoas entrevistadas, sendo 11 profissionais e 10 pais. O Gráfico 1 mostra a relação do perfil de profissionais e pais e as Tabelas 1 e 2 mostram as principais respostas dos entrevistados.

Gráfico 1: Perfil dos entrevistados.



Fonte: Arquivo pessoal.

Tabela 1: Entrevista família.

Pai ou mãe	Idade	Parto (C/N)	Motivo internação	Semana de gestação	Livre acesso	Espaço suficiente no leito	O que incomoda no espaço
pai	29	C	PT	28	S	S	descanso
mãe	31	C	PT	30	S	S	incerteza, evolução
pai	47	C	PT	30	S	S	espaço pai e mãe
pai	37	C	PT	35	S	S	descanso
pai	36	C	PT	27	S	N	espaço pai e mãe
mãe	30	C	PT	28	S	N	descanso
mãe	37	C	PT	29	S	N	sensação de atrapalhar
mãe	32	C	PT	30	S	N	espaço pai e mãe
pai	22	N	PT	32	S	S	nada
mãe	36	C	PT	30	S	S	pia pequena para n° de bebês, poltrona desconfortável

Legenda: PT - Prematuro C - Parto cirúrgico N - Parto normal S - Sim N - Não
 Fonte: Arquivo pessoal.

Tabela 2: Entrevista equipe.

Idade	Espaço físico insuficiente	Falta ambiente	Espaço descanso da equipe	Família dificulta rotina
37	N	N	N	N
39	espaço leito RN grave			
32	espaço entre leitos	local preparo medicação	N	S
40	espaço para o pai	N	N	S
28	N	sala de equipamentos, local limpar incubadora.	N	N
33	espaço entre leitos para os pais	vestiário funcionário	N	N
21	espaço entre leitos	N	copa	N
33	N	N	S	N
30	N	N	N	N
30	N	N	S	N
30	N	N	S	N

Fonte: Arquivo pessoal.

A equipe de participantes profissionais tem média de 04 anos de atuação na instituição e 32 anos de idade. Destes, 5 acham o espaço físico insuficiente; 03 descreveram que faltam ambientes, como sala de equipamentos maior e vestiário para funcionários exclusivos; 06 disseram não ter lugar para descanso; 02 acham que a família dificulta na rotina, por causa da falta de espaço no leito.

Os pais entrevistados têm em média de 33 anos de idade. Destes, 09 passaram por parto cirúrgico e 01 parto normal; todos estavam internados por causa da prematuridade no período de 27 a 35 semanas; todos responderam sim para livre acesso a UTIN; 06 acham o espaço ao lado do leito insuficiente; 04 responderam não ter local de descanso/estar; todos se acham acolhidos pela equipe. Como é possível observar na Tabela 3 os incômodos de conviver neste serviço foram: descanso, incerteza e evolução lenta, falta espaço pai e mãe, sensação de atrapalhar, pia pequena para números de bebês e poltrona desconfortável.

Tabela 3: Diagnóstico registrado nas entrevistas.

Acolhimento
"Sinto acolhida".
"São atos que fazem a diferença".
"O vidro que dar para a área verde que deixa o ambiente tranquilizador".
"Um ambiente harmonioso, onde tenho uma boa relação com a equipe".
"São anjos de jalecos"
Falta de espaço
"Falta de espaço dentro da sala".
"O que dificulta é o espaço para trabalhar".
"Em RN grave a falta de espaço dificulta a rotina com a família".
"O que dificulta é o espaço para trabalhar".
"Falta vestiário para funcionários".
"Acredito que nosso trabalho poderia ser mais humanizado tendo um espaço mais adequado para os pais e funcionários, onde os pais possam estar ao lado do seu bebê não precisando sair nenhum procedimento".
"Há pouco espaço físico dentro das salas de UTI, por vezes se encontra os pais em sala de acompanhando seus filhos já diminuindo o espaço para circular em sala, muitas vezes não conseguimos oferecer para os pais uma poltrona para ofertar colo pois não há espaço".
Melhoria equipamento mobiliário
"Número de tomadas".
"Cadeiras desconfortáveis".
"Falta um computador por leito".
"Equipamentos poderiam ter regulagem de altura".
Ruído
"Barulho ar condicionado".
"Muitas vezes os barulhos dos monitores e das bombas de infusão afetam tanto os pais, quantos os pacientes".
"Pais já relataram que a sala cheia também estressa o paciente".
Serviço e Ambiente
"Não ter no quarto mães internadas sem bebês juntos das com bebês, pois traz uma tristeza profunda às mães".
"Área melhor descanso e talvez um serviço de hospedagem para os pais".
"Não tem muita preocupação com os pais, principalmente na infraestrutura".
"Os serviços são sempre voltados para mãe".
"Atual forma de descanso gera insatisfação".

Fonte: Arquivo pessoal.

2.2.2 Medições

Com a realização das medições foi possível marcar o vão entre leitos, conferir o *layout in loco*, marcar a variação de temperatura e umidade relativa do ar, identificar as fontes de ruídos mais críticas, mapear eventuais problemas da função de ambientes observados com a pesquisa de campo. Nas Tabelas 4, 5 e 6 foram registrados os indicadores de cada medição de emissão sonora, temperatura e umidade relativa do ar.

Para as medições de temperatura e de umidade relativa do ar foi utilizada um equipamento chamado: termohigrômetro digital com sensor externo e relógio conforme Figura 50.

Figura 50: Termohigrômetro utilizado na medição



Fonte: Arquivo pessoal.

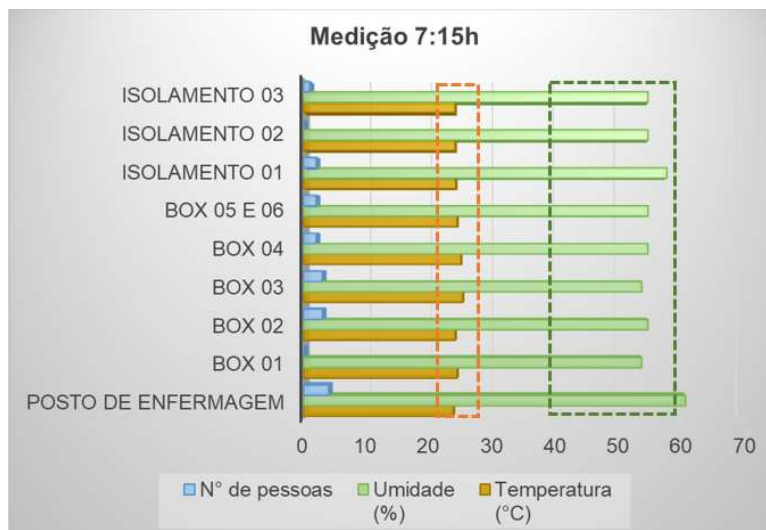
Os critérios para medição foram horários e dias diferentes, número de pessoas em cada ambiente e número de leitos ocupados.

- Horário 01: 7:15h manhã (Gráfico 2)
- Horário 02: 14:30h da tarde (Gráfico 3)

Na primeira medição (Gráfico 2), às 7:15h da manhã os boxes estão mais vazios, tem poucos pais acompanhando os RN. A temperatura está na média indicada e

umidade relativa do ar só ultrapassou o parâmetro máximo no posto de enfermagem.

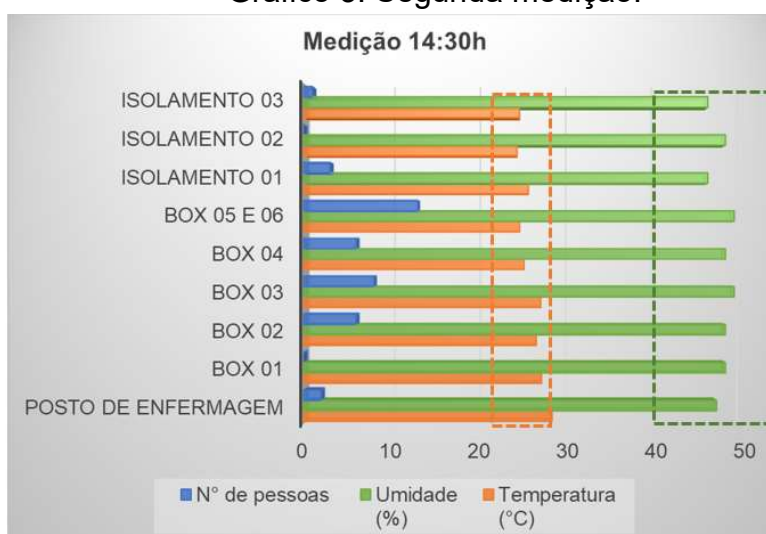
Gráfico 2: Primeira medição.



Fonte: Arquivo pessoal.

Na segunda medição (Gráfico 3) às 14:30h da tarde, nos boxes, se têm o número de pessoas em volta dos leitos, os profissionais que passam em horários específicos do dia para realização de alguma terapia e a presença dos pais acompanhando os RN. A temperatura se mantém controlada, mas a umidade relativa do ar diminui em todos os ambientes, porém, ainda mantém na zona de conforto considerada.

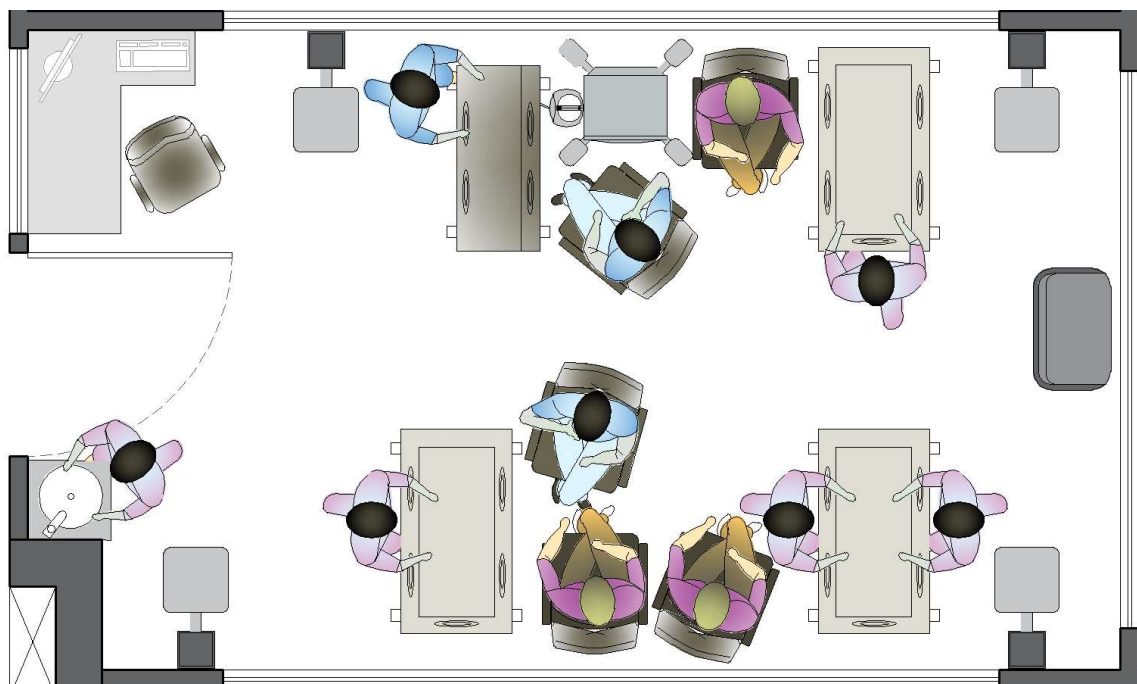
Gráfico 3: Segunda medição.



Fonte: Arquivo pessoal.

Na Figura 51 é possível visualizar um momento que estavam 11 pessoas no box, em um dos momentos de marcação chegou a ser pontuado 13 pessoas, dentre técnicos, médicos e acompanhantes (pai e mãe). Como não cabe mais uma poltrona ao lado do leito, os pais sentam da escada de dois degraus ou na cadeira comum para ajudar a mãe a amamentar ou simplesmente observar o filho.

Figura 51: Box com onze pessoas.



Fonte: Arquivo pessoal.

Para medição foi utilizado o aparelho decibelímetro, responsável por fornecer os dados de níveis sonoros, como mostra Figura 52.

Figura 52: Aparelho decibelímetro.

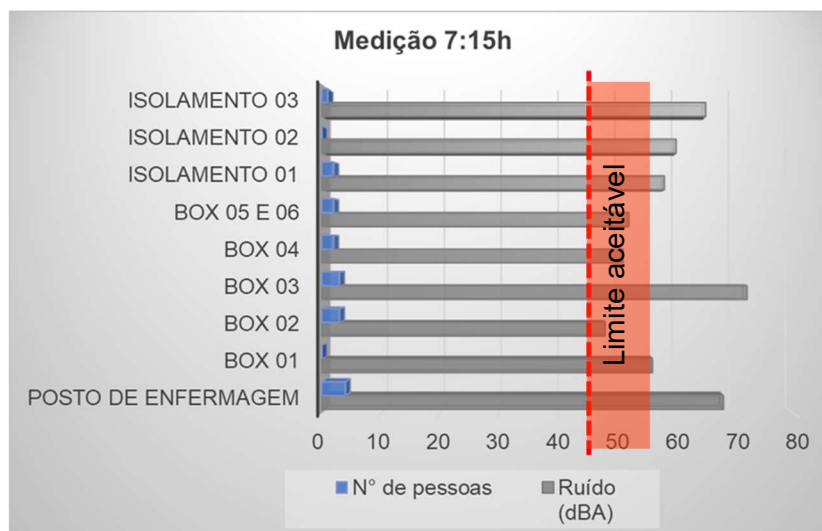


Fonte: Arquivo pessoal.

Os Gráficos 04 e 05 mostram os registros do trabalho de medição. Foram observados os boxes de maneira individual e durante alguns períodos foram marcados ruídos eventuais com lixeira batendo, abrindo a porta da incubadora e abrindo a torneira do lavatório. As medições foram realizadas no mesmo horário das conferências termo higrométricas, ou seja:

- Horário 01: 7:15h da manhã (Gráfico 4).
- Horário 02: 14:30h, Gráfico 5 (Gráfico 5).

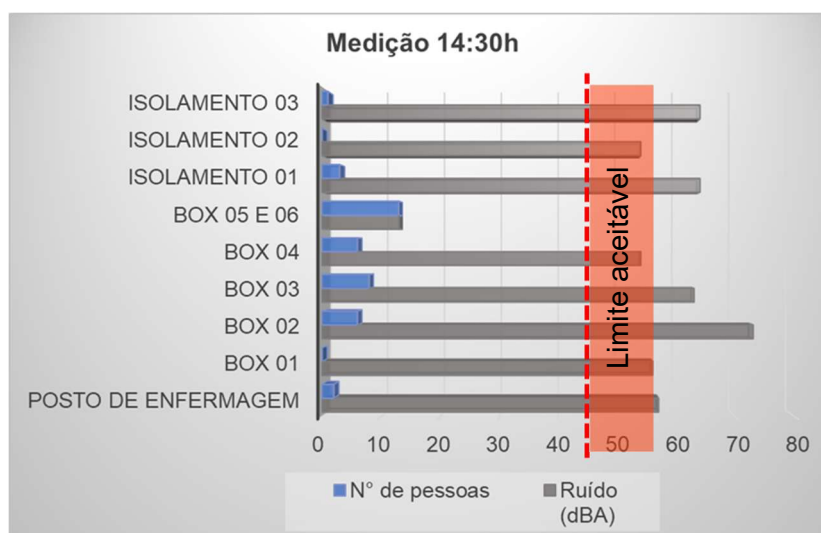
Gráfico 4: Medição ruído às 7:15h.



Fonte: Arquivo pessoal.

Comparando as medições dos boxes mostradas nos Gráficos 4 e 5 é possível perceber que o ruído não aumenta na proporção que aumenta o número de pessoas próximas do leito. Nos momentos das medições e mesmo fora das medições, a maior parte das vezes o som de conversas eram monitorados por todos. Mas, é possível perceber que todos os indicadores passam dos parâmetros máximos aceitáveis pela NBR 10.152:1987. mostrados no Gráfico 5.

Gráfico 5: Medição dos ruídos às 14:30h.

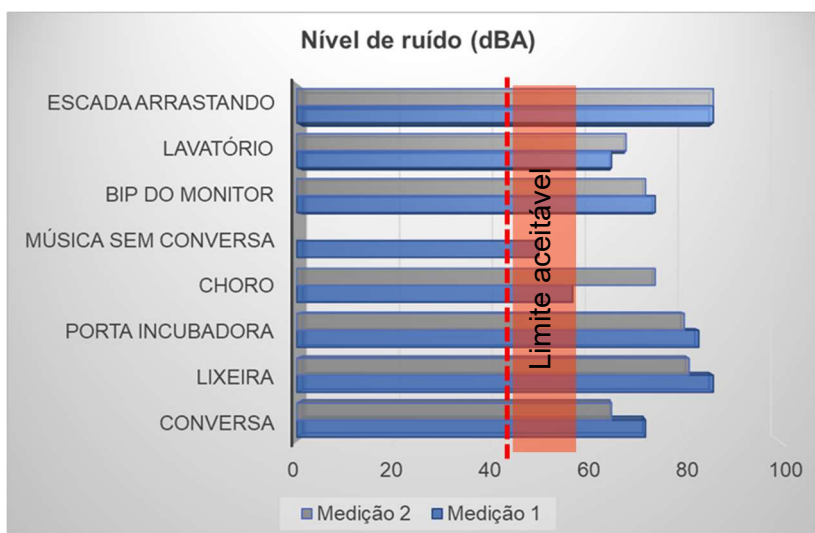


Fonte: Arquivo pessoal.

O Gráfico 6 evidencia que os maiores sons emitidos são provenientes de ruídos eventuais. Mesmo quando a medição foi realizada dentro da incubadora

fechada, foi possível constatar que as barreiras não isolam a acústica para esses eventuais sons emitidos por escada arrastando, lavatório, bip do monitor, a tampa da lixeira abrindo e fechando.

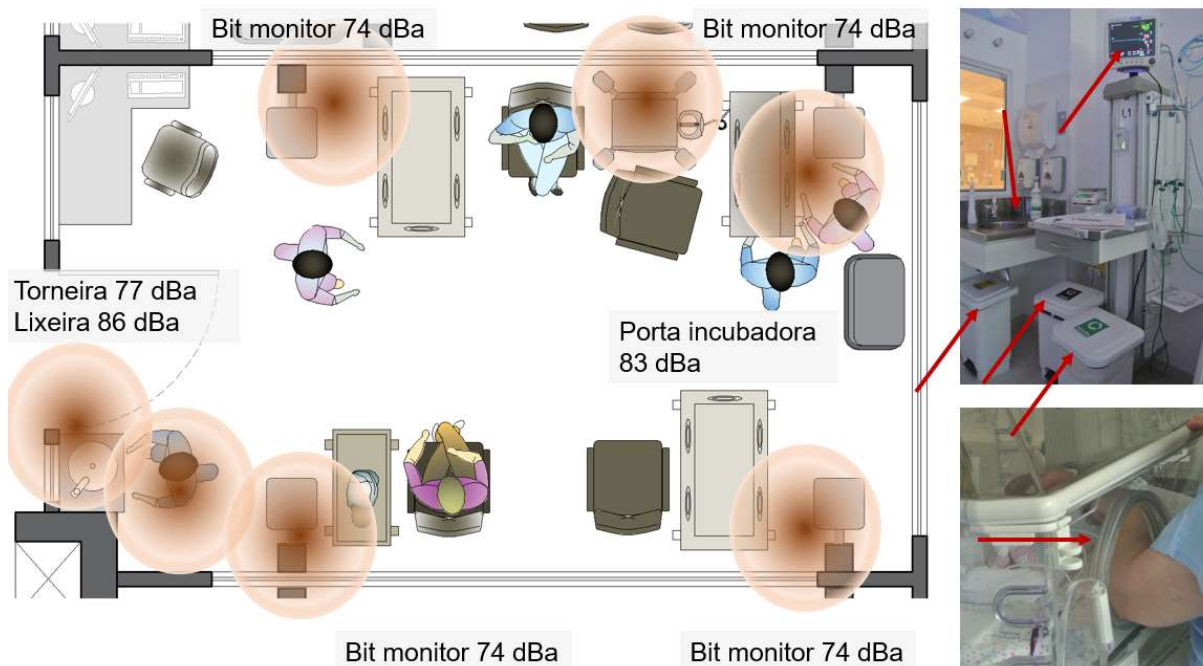
Gráfico 6: Medições ruído eventuais.



Fonte: Arquivo pessoal.

Os aspectos levantados nos testes dos tipos de ruídos emitidos nos diversos ambientes da neonatologia, deixa a reflexão de como diminuir as interferências desses componentes que fazem parte do cotidiano e do equipamento. Por exemplo, a incubadora tem a maneira adequada de se abrir, mas o “automático” passa despercebido que tem um paciente dentro do equipamento. A lixeira, mesmo tentando controlar a velocidade de batida da tampa no cesto (a equipe de engenharia instalou espuma para amenizar a batida), o ato de abrir e soltar o pé é involuntário. Na Figura 53 foi ilustrado as zonas que mais provocam ruído.

Figura 53: Zonas de maior ruído no box.



Fonte: Arquivo pessoal.

Portanto deve-se lembrar sempre dos revestimentos que promovam a absorção dos ruídos, instalar dispositivos que acionam a elevação do barulho, manutenção dos equipamentos, aquisição de equipamentos com menor impacto na abertura e no fechamento, assim como treinamentos contínuos para lembrar a importância do monitoramento do som no serviço da internação neonatal.

Tabela 4: Medição 01.

Ambiente	Ruído (dBA)	Temperatura (°C)	Umidade (%)	N° de pessoas no ambiente	Observação
Posto de enfermagem	59	26,8	62		Sem observações
Box 01	56	26.5	60	0	Sem observações
Box 02	52	25.8	60	02	04 leitos ocupados, sem conversa, com música ambiente
Box 03	55	25.5	60	03	04 leitos ocupados, com conversa, sem música ambiente
Box 04	50	25.8	60	04 pais 02 técnicos	04 leitos ocupados, com conversa, sem música ambiente
Box 05 e 06	50	26.1	59	01 pai 02 técnicos	07 leitos ocupados, sem conversa, com música ambiente
Isolamento 01	72	26.5	72	não observado	equipe conversando próximo aos leitos
Isolamento 02	72	26.5	72	não observado	equipe conversando próximo aos leitos
Isolamento 03	72	26.5	72	não observado	equipe conversando próximo aos leitos

Fonte: Arquivo pessoal.

Tabela 5: Medição 02.

Ambiente	Ruído (dBA)	Temperatura (°C)	Umidade (%)	N° de pessoas	Observação
Posto de enfermagem	57	28,3	47	2	Sem observações
Box 01	56	27,1	48	0	ar condicionado
Box 02	73	26,5	48	6	04 leitos ocupados, sem conversa, com música ambiente
Box 03	63	27	49	8	04 leitos ocupados, medição com a torneira aberta
Box 04	54	25,1	48	6	4 leitos ocupados, medição com a torneira aberta
Box 05 e 06	13	24,6	49	13	6 leitos ocupados, 01 vazio, 03 mães amamentando, 01 casal de pais trocando RN, 01 médica atendendo.
Isolamento 1	64	25,6	46	3	1 leito, 01 casal de pais e a técnica
Isolamento 2	54	24,3	48	0	Sem observações
Isolamento 3	64	24,6	46	1	1 mãe, 01 leito ocupado e 02 vazios

Fonte: Arquivo pessoal.

Tabela 6: Medição 03.

Ambiente	Ruído (dBA)	Temperatura (°C)	Umidade (%)	N° de pessoas	Observação
Posto de enfermagem	68	23,9	61	4	Sem observações
Box 01	56	24,5	54	0	ar condicionado
Box 02	48	24,2	55	3	03 leitos ocupados e 01 vazio
Box 03	72	25,4	54	3	passagem de plantão com enfermeiras conversando
Box 04	51	25,1	55	2	04 leitos ocupados
Box 05 e 06	52	24,5	55	2	06 leitos ocupados e 01 vazio
Isolamento 1	58	24,3	58	2	01 leito ocupado
Isolamento 2	60	24,2	55	0	pessoas conversando na porta
Isolamento 3	65	24,2	55	1	conversa entre os isolamentos. 01 leito ocupado e 02 vazios

Fonte: Arquivo pessoal.

Com relação ao espaço existente foram conferidos 45 afastamentos entre leitos, onde 28 estavam abaixo e 17 afastamentos dentro do parâmetro da RDC

50/2002. O que impacta nos espaços destinados a equipamentos e poltronas, além da escada de dois degraus que exerce a função de assento para o pai, como mostra as Figuras 54 e 55.

Figura 54: Leito com pouco espaço.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 55: Espaço para o pai sentar da escada.



Fonte: Arquivo pessoal.

Quanto à temperatura e umidade relativa do ar, o parâmetro utilizado foi a NBR 7256:2005. Em relação essas medições não houve discrepância da base legal para os índices conferidos, as variações foram consideradas normais dentro do indicado em norma.

Quanto às fontes emissoras de ruídos, baseado no que rege a NBR 10.152:1987, que avalia o ruído do ambiente visando o conforto dos usuários e considera, para níveis sonoros aceitáveis na internação de RN, mínimo de 35 dBA e máxima de 45 dBA. Nenhuma das medições foi contatado o nível abaixo de 45 dBA, ou seja, nem o ambiente sem paciente e só o ar condicionado se encaixa nos níveis de ruídos aceitáveis.

As fontes de ruídos detectadas mais altas foram: quarto de isolamento desocupado (72dBA), fechar porta da incubadora (83dBA) e tampa da lixeira batendo ou escada arrastando (86dBA).

Os ruídos mais baixos detectados foram de música sem conversa e box com leitos ocupados e sem conversa (48 dBA).

2.2.3 Observações do Espaço

As observações dos ambientes permitiram ver a movimentação dos boxes em funcionamento. Foi registrado, em um dos boxes, quatro pacientes e treze adultos em um ambiente com: 04 incubadoras, 01 carrinho para guardar material de uso único, 01 bancada de prescrição (em “L”), 01 bancada de lavatório, 04 estativas, 04 poltronas, escadas de dois degraus para apoio, 01 cadeira para técnica e alguns leitos ainda utilizam ventilador pulmonar, bomba de infusão, monitor cardíaco. São aproximadamente 1,17m² por pessoa, sem dimensionar a área ocupada do equipamento.

Observar a circulação entre os boxes e as áreas de apoio foi um resultado positivo, pois foi constatado que os leitos divididos em boxes diminuem o movimento de áreas que normalmente são de alto número de profissionais reunidos, como posto de enfermagem e prescrição médica. A Tabela 7 contém um resumo das observações realizadas.

Tabela 7: Resumo coleta de dados observação do espaço de saúde.

OBSERVAÇÃO 01	04 leitos ocupados, destes o primeiro momento no leito da RN 1 os pais estavam trocando a fralda junto com a enfermeira D. Depois chegou os pais da RN 2 que acompanharam a troca da incubadora para o berço. Em um 3º momento chegaram os pais do RN 3. Neste momento tinham no box: 06 pais, duas técnicas e a observadora (09 pessoas e 04 RN)	Observação 01 - box 02 - noite				
		hora da medição	10/11 - entre 20 a 23h			
			ruído em dBA			
			Medição 1	Medição 2	3	
		conversa	72	65	60	69
		lixeira	86	81	72	
		porta incubadora	83	80		
		choro	57	74	69	
		música sem convers	50			
		bip do monitor	74	72	78	75
lavatório	65	68	77	72		
escada arrastando	86	86				
OBSERVAÇÃO 02	Passagem de plantão. Box 02. 02 RN em incubadora coberta com o cueiro para controle da luz. 02 RN no berço. Iluminação reduzida.	Observação 02 - box 02 - tarde				
		hora da medição	11/11 - entre 13 as 13:50h			
			ruído em dBA			
		conversa	65	57	74	
		música sem convers	48	50	53	
		escada arrastando	79	68	78	
OBSERVAÇÃO 03	Box 04. 03 RN em incubadoras 01 no berço. 02 técnicas, 01 mãe, 01 casal de pais. Só ouvia o som do relógio. Conversa baixa e as técnicas trabalhando.	Observação 03 - box 04 - tarde				
		hora da medição	11/11 - 15:25h			
			ruído em dBA			
		conversa	51			
		lixeira	69	71		
		gaveta	66			
		torneira	57			
		porta batendo	72	72		
silencio	48	48				
OBSERVAÇÃO 04	Passagem de plantão. Box 04. 03 RN em incubadora (01 em ventilação mecânica) e 01 no berço 02 técnicas.	Observação 04 - box 04: passagem de plantão - manhã				
		hora da medição	12/11 - 06:35 as 06:55h			
			ruído em dBA			
		conversa	61	69	65	
		porta batendo	75			
silencio	49					
OBSERVAÇÃO 05	Box 05 e 06. Hora do banho. Box 5 4 leitos e 6 pessoas, 02 RN chorando, 03 mães amamentando.	Observação 05 - box 05 e 06 - tarde				
		hora da medição	12/11 - entre 14:35 as 15:10h			
			ruído em dBA			
		choro	81	79	77	
		silencio	49	53	54	
		lavatório	69	67	79	
batida gaveta	72					

Fonte: Arquivo pessoal.

Os resultados sugerem que o HMV preconiza a continuidade do cuidado ao RN, mas descreve o serviço somente com terapia intensiva. Se esta forma de cuidar fosse explícita e separada também na infraestrutura para priorizar as três etapas (UTIN, UCINCo e UCINCa). Os pais sentiriam mais segurança em ver o cuidado progressivo, se sentiriam em um ambiente mais dócil, eles se habituariam em conviver o dia a dia com menos poluição de equipamentos. Esse modo de transformar o espaço facilita o cotidiano e a forma de viver o processo de hospitalização.

Dentre tudo que foi possível coletar com a vivência já registrada neste trabalho, a principal estrutura que merece destaque é o preconizado nos conceitos de UCINCa. O entendimento da necessidade desse lugar permite oferecer mais privacidade e maior espaço para família – mesmo em um ambiente de média complexidade – possibilita simular o ambiente de casa, incentivar a autonomia para estes usuários. Muitas das ações citadas já são realizadas, porém em um lugar voltado para esse fim o resultado almejado será potencializado.

Após o trabalho de observação e de entrevistas foi possível afirmar que o processo de trabalho do serviço de internação neonatal aplica a linha de cuidado progressivo. Mas, a nomenclatura deste serviço é discriminada somente de terapia intensiva. O uso de Unidade Neonatal facilita na compreensão pela família sobre a situação clínica, deixa mais transparente a relação equipe e família, evita fluxos desnecessários dos usuários.

3 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

3.1 CONCLUSÕES

Este trabalho foi desenvolvido com a intenção de responder à pergunta inicial de pesquisa que questionava a necessidade de entendimento dos novos conceitos de cuidar e de como a arquitetura pode promover a melhoria da assistência por meio da otimização da infraestrutura, incentivando a melhoria no processo de trabalho que facilita, acolhe e garante segurança ao usuário.

A escolha do objeto foi um atendimento privado, de excelência, somente com leitos de UTIN, sem leitos de cuidados intermediários, com intuito de afirmar que o espaço exerce as atividades implementadas pela legislação em vigor com cuidado neonatal. Todavia, as nomenclaturas utilizadas são diferentes e fazem com que um serviço de alta complexidade não se caracterize como cuidado progressivo.

Esse fato deixa a entender que trabalhar só com terapia intensiva afeta o entendimento da família sobre a situação clínica do RN. Percebe-se que é diferenciado o serviço que permite acompanhar um paciente na UTIN, na UCINCo e na UCINCa. Se a disposição dos *layouts* e a criação de ambientes agradáveis fizerem parte de cada etapa do cuidado, o espaço poderá ser um facilitador e a família sentirá segurança no avanço clínico do filho, almejando o retorno à residência. O atendimento a fatores como esses influenciam na maneira de enfrentar as boas e as más notícias, assim como, traz melhoria para aqueles que trabalham em uma Unidade Neonatal, integrando equipe assistencial, família e infraestrutura qualificada para o atendimento ao RN.

A permanência de um paciente no hospital na maioria das vezes é uma agressão, não só física como mental. Assim, o espaço pode ser usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Isso porque pressupostos teóricos ressaltam que o paciente se sente melhor, menos estressado e psicologicamente mais relaxado em um ambiente que foi projetado com base em evidências. Por meio do estudo de caso realizado, foi possível ilustrar essa realidade para analisar a grandeza de olhar além do espaço.

No decorrer do estudo, foram constatadas duas mudanças impactantes dos novos conceitos de atendimentos: a primeira é a mudança de paradigma da assistência, ela redesenha a internação neonatal de maneira integrada e progressiva. O que antes era uma unidade de tratamento intensivo, hoje é dividida

em dois serviços (Terapia Intensiva e Cuidados Intermediários) e três etapas do cuidado (UTIN, UCINCo e UCINCa).

A segunda mudança é a formação do trinômio pai, mãe e filho dentro do ambiente de internação. Por muito tempo a presença do acompanhante era algo de gestão, depois veio o direito ao acompanhante obrigando a permissão do livre acesso ao paciente neonatal, atualmente o casal forma a rotina da família acompanhante.

As duas alterações influenciam diretamente na atuação da equipe e na formação do espaço. Agregado a essas mudanças tem-se o alvo protagonista desse serviço, a segurança do paciente recém-nascido.

Os espaços hospitalares estão cada vez mais necessitando de área, acabam por sua maioria se otimizando para exercer sua função com novas tecnologias que mudam o comportamento no atendimento à saúde.

A atuação em campo foi enriquecedora para o desenvolvimento e resultado desse estudo. Ampliou o olhar e amadureceu o raciocínio sobre o funcionamento de alta e média complexidade do serviço de assistência neonatal.

Durante o desenvolvimento dessa pesquisa, foi possível ouvir os usuários desde a coordenação até os acompanhantes dos RN. Uma fala muito repetida pela equipe assistencial foi a preocupação em melhor acolher a família, prepará-los para a rotina residencial. A fala dos pais ressalta a falta de espaço para o casal próximo do seu filho, pois o leito oferece a poltrona da mãe, mas o pai também está presente nesse cenário.

A coleta de dados permitiu mapear a rotina do serviço, identificar fatores impactantes no ambiente de saúde e dar escuta ao usuário. Tudo para interpretar como o espaço físico é contribuinte para o cuidar bem, do apoio à cura por meio da boa infraestrutura e do bem-estar em um ambiente hospitalar.

Os resultados representam a necessidade dos serviços trabalharem de maneira unificada. As boas práticas implantadas pelas políticas públicas não são voltadas para o atendimento público ou privado. O modo de cuidar e se adequar as tendências da saúde tem um só objetivo, oferecer atendimento digno para o usuário do serviço de saúde.

A vivência no cenário real permitiu ver pessoas trabalhando com amor e pelo próximo. O empenho em executar um bom trabalho é nítido em todas as posturas observadas. O que se sugere para todos os serviços de internação neonatal é analisar como alcançar a linha de cuidado progressivo de maneira a potencializar a interrelação paciente, família e equipe. O ambiente mais dócil pode se tornar uma estratégia para alcance dos bons resultados.

A mudança não é fácil e nem simples, talvez o ponto mais crítico a se vencer é visualizar de que forma a intervenção arquitetônica pode impactar no público alvo. A arquitetura não cura, mas é um componente facilitador e catalisador para o alcance dela. Esta pesquisa confirma que a soma do processo de trabalho, da humanização do cuidado, do espaço e da adequada interpretação dos novos paradigmas, gera o resultado almejado pelo serviço de saúde, a segurança do paciente e o bem-estar do usuário.

3.2 RECOMENDAÇÕES

Este trabalho é resultado de cinco anos visitando maternidades como consultora técnica. Foram aproximadamente quarenta e cinco estabelecimentos distribuídos nos diversos estados brasileiros. Um ponto positivo quando pensado na vivência profissional, porém como pesquisa não se atingiu o esperado inicialmente. A previsão era a realização de três estudos de caso, sendo: um hospital federal, um estadual e um privado. Entretanto, o tempo de aprovação em quatro Comitês de Ética e Pesquisa (um da faculdade autora do estudo e três dos hospitais coparticipantes) inviabilizou o almejado.

Sendo assim, pode-se considerar que a fraqueza desta pesquisa foi coletar os dados em somente uma instituição, em consequência, o número de entrevistados e de observação dos espaços de saúde foram menores que o previsto no projeto de dissertação. Futuros estudos devem ampliar a coleta de dados em mais instituições.

REFERÊNCIAS

ABNT NBR 10152. Níveis de Ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro, 1987.

ABNT NBR 7256. Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) – Requisitos para projeto e execução das Instalações. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2005.

ANVISA. Serviços de atenção materna e neonatal: Segurança e Qualidade. Brasília, 2014.

ARAUJO, Eliete de Pinho. Infraestrutura predial. In: ROMERO, Marta Adriana Bustos (Org.). Tecnologia e sustentabilidade para humanização dos edifícios de saúde. Brasília: Unb, 2011. Cap. 3. p. 140-225.

BICALHO, Flávio de C. A arquitetura e a Engenharia no Controle de Infecções. 1ª Edição. Rio Books, 2010.

BITENCOURT, Fábio. Arquitetura e Engenharia hospitalar. Planejamento, projetos e perspectivas. 1ª edição. Rio Books, 2014.

BITENCOURT, Fábio. Et al. Instituto de Pesquisas Hospitalares Arquiteto Jarbas Karman. São Paulo, 2014.

BOMBARDI, Maria. Inovação: a palavra de ordem! São Paulo, Suprimentos e Serviços Ltda, 2018.

BRASIL, Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano. Brasília, 2016.

BRASIL, Resolução nº 07, de 18 de fevereiro de 2011. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2011.

BRASIL. ANVISA (2002). Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Resolução - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Brasília, DF.

BRASIL. ANVISA (2008). Resolução nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Resolução RDC Nº 36, de 3 de junho de 2008. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde (2012). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde (2014). Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 371, de 7 de maio de 2014. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde (2015). Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso: Método Canguru. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2011.

BROSS, João Carlos. Compreendendo o Edifício de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2013.

CARVALHO, Antônio Pedro Alves de. Introdução à arquitetura hospitalar. Bahia: Quarteto, 2014.

Constituição, Brasil (1988). 2. Emenda Constitucional, Brasil. 3. Decreto Legislativo, Brasil. I. Título.

FERRER, Mário. Manual da arquitetura das internações hospitalares. Rio de Janeiro: Rio Book, 2012.

GIACHETTA, Luciana. Et al. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. São Paulo: Fisioterapia e pesquisa, 2010.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª edição. Atlas, 2002.

LARROSA, Jorge. O enigma da infância: ou o que vai do impossível ao verdadeiro. In: Pedagogia profana: danças, piruetas e máscaras. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

LIMA, Elizabete Clemente de et al. Modelo De Cuidado Diferenciado de Enfermagem à Família da Criança Internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Família, Saúde e Desenvolvimento, Curitiba, v. 2, n. 8, p.168-177, maio 2006. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/refased/article/viewFile/7991/5636>>. Acesso em: 20 out. 2016.

MELHOR em casa: Pacientes podem receber tratamento na própria residência. Brasília: Tv Saúde, 2016. (4 min.), som, color. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=de7wSAG8kZKZc>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

Ministério da Saúde, Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Altera a redação dos arts. 11, 15 e 19 da Resolução nº 1.007, de 5 de dezembro de 2003, do art. 16 da Resolução nº 1.010, de 22 de agosto de 2005, inclui o anexo III na Resolução nº 1.010, de 2005, e dá outras providências.

Ministério da Saúde, Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Ministério da Saúde. 1.683. Brasília, 12 jul. 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 9 mar. 2019.

Ministério da Saúde. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª edição: Brasília, 2006.

MOREIRA, Mel., BRAGA NA., and MORSCH, DS., orgs. Quando a vida começa diferente: O bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

NORMAS BÁSICAS PARA ALOJAMENTO CONJUNTO. Ministério da Saúde (1993). Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto" contidas no anexo I. Portaria MS/GM Nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Brasília, DF.

NÚCLEO DE PESQUISA E ESTUDOS HOSPITAL ARQUITETURA. Espaços de saúde mais humanos e adequados às necessidades dos usuários. [S. l.], 2019. Disponível em: <http://hospitalarquitetura.com.br/tendencias/8-espacos-de-saude-mais-humanos-e-adequados-as-necessidades-dos-usuarios.html>. Acesso em: 30 abr. 2019.

ROSA, Fábio Bittencourt da. Arquitetura – Ambiente de Nascer – Reflexões e Recomendações Projectuais de Arquitetura e Conforto. Rio Books, 2014.

SANTOS, Mauro César de Oliveira et al. ARQUITETURA E SAÚDE: o espaço interdisciplinar. PROARQ-FAU-UFRJ, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/arquitetura_saude.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.

SILVA, Adriane da Neves. Humanizando o cuidado em pediatria. Disponível em: <https://www.cursosaprendiz.com.br/humanizando-cuidado-pediatria/>. Acesso em: 04 dez. 2017.

THE LANCET CHILD & ADOLESCENT HEALTH, Vol. 3, No. 3, p147–157 Published: January 7, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352464218303754?via%3Dihub> Acesso em: 27 mar. 2019.

VASCONCELOS, Renata Thaís Bomm. Humanização de Ambientes Hospitalares: Características Arquitetônicas Responsáveis pela Integração Interior/Exterior. 2004. 180 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp047183.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2017.

APÊNDICE A – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO:

A importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico.

Instituição pesquisadora: Centro Universitário de Brasília_UniCeub.

Instituição Co-participante: Hospital Moinhos de Vento

Pesquisadora responsável: Thalita Lellice Morais Campelo

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo específico deste estudo é: estudar o impacto de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que preconizam o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por: ser família de recém-nascido internado ou por compor a equipe de assistência ao recém-nascido internado.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em: responder perguntas feitas pela pesquisadora e registrar depoimentos sobre a vivência durante o período de internação da criança internada.
- Os procedimentos são: gravação de voz e registro por escrito (feito pela pesquisadora) das entrevistas, fotos dos espaços destinados a internação de recém-nascido.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- A pesquisa será realizada no Hospital Universitário de Brasília (DF) e no Hospital Moinhos de Ventos (RS).

Riscos e benefícios

- Este estudo não possui riscos para os seres humanos, pois se trata de entrevistas relacionadas a vivência das famílias e da equipe assistencial na unidade neonatal, assim com o levantamento de dados do espaço físico.
- Medidas preventivas serão tomadas durante as respostas do procedimento de entrevistas. Os respectivos procedimentos serão realizados em um ambiente reservado, sem registro de imagens dos participantes, somente gravação de voz e registro por escrito para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá: contribuir com a compreensão, prevenção e metodologias para aliviar um problema que afete o bem-estar dos usuários de uma unidade neonatal, além de: contribuir para maior conhecimento sobre como espaço de saúde pode ser mais terapêutico e acolhedor e proporcionar resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação hospitalar.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- Os dados e instrumentos utilizados ficarão guardados sob a responsabilidade de Thalita Lellice Moraes Campelo com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivados por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídos.

- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

• Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília (Instituição pesquisadora) ou do Hospital Moinhos de Vento (co-participante), que aprovaram esta pesquisa:

- Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB: telefone (61) 3966.1511, e-mail cep.uniceub@uniceub.br;

- Hospital Moinhos de Ventos – CEP/HMV: telefone (51) 3314-3537, e-mail cep.iep@hmv.org.br.

Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu,

,

RG _____, telefone (____) _____ após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

_____, ____ de _____ de _____.

Participante

Thalita Lellice Morais Campelo, celular (61) 9.9118-5834,
Telefone institucional (61) 3315-7988/email: thalitalelice@gmail.com

APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Neste ato, e para todos os fins em direito admitidos, autorizo expressamente a utilização da minha imagem, em caráter definitivo e gratuito, constante em fotos decorrentes da pesquisa a seguir discriminado:

Título do projeto: Ambiência no cuidado integral e humanizado do recém-nascido hospitalizado - a importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço.

Pesquisador: Thalita Lellice Morais Campelo

Orientador: Eliete de Pinho Araujo

Responsável Hospital Moinhos de Vento: Carlos Marczyk

As imagens e a voz poderão ser exibidas: na dissertação de mestrado do referido projeto, na apresentação áudio-visual do mesmo, em publicações e divulgações acadêmicas, assim como disponibilizadas no banco de imagens resultante da pesquisa e na Internet, fazendo-se constar os devidos créditos.

O pesquisador fica autorizado a executar a edição e montagem das fotos, conduzindo as reproduções que entender necessárias, bem como a produzir os respectivos materiais de comunicação, respeitando sempre os fins aqui estipulados.

Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos a minha imagem e voz ou qualquer outro.

_____, _____ de _____ de 2018.

Assinatura

Nome: _____

RG.: _____ CPF: _____

Telefone1: () _____ Telefone2: () _____

APÊNDICE C – ENTREVISTAS

ENTREVISTA_HMV

(1) Famílias dos recém-nascidos internados;

Data da entrevista			
Nome identificação do entrevistado:			
Nome identificação RN:			
Parentesco:			
Idade entrevistado:			
Tipo de parto:	Cesáreo	Normal	
Data de nascimento RN:			
Data da internação:			
Local RN internado	UTIN	UCINCo	UCINCa
Motivo da internação			
Bairro de residência			
Maneira que recebeu informação da internação do RN	Local	Quem deu a informação	
Como é informada a evolução do quadro clínico do paciente à família			
Os pais têm livre acesso para ficar com seu filho	Sim	Não	
Tem espaço para ficar ao lado do leito	Sim	Não	
O que mais incomoda dentro do espaço de internação			
Tem local para descansar	Sim	Não	
Se sente acolhida pela equipe	Sim	Não	
Qual relato faria sobre a experiência de conviver esse tempo dentro do hospital			

ENTREVISTA_HMV

(2) Equipe multiprofissional de neonatologia

Data da entrevista			
Nome identificação do entrevistado:			
Profissão			
Idade entrevistado:			
Cargo			
Tempo na instituição			
Considera o espaço físico suficiente para trabalho	Sim	Não	
Se não, o que falta			
Falta algum ambiente para facilitar/adequar o trabalho	Sim	Não	
Se sim, qual			
Tem algum ambiente inutilizado	Sim	Não	
Se sim, qual			
Onde a equipe costuma conversar com a família			
A equipe tem espaço para descanso	Sim	Não	
A família dificulta a rotina do serviço	Sim	Não	
Qual relato da vivência do seu trabalho?			

APÊNDICE D – MEDIÇÃO

Medição 01				
Data	10/11/2018			
Horário	10h - Hora do soninho			
	Ruído (dBA)	Temperatura (°C)	Umidade (%)	N° de pessoas no ambiente
Posto de enfermagem	59	26,8	62	
Circulação 01	67			
Circulação 02				
prescrição				
Box 01	56	26.5	60	Vazio
Box 02	52	25.8	60	não observado
Box 03	55	25.5	60	
Box 04	50	25.8	60	04 pais 02 técnicos
Box 05 e 06	50	26.1	59	01 pai 02 técnicos
Isolamento 01	72	26.5	72	não observado
Isolamento 02	72	26.5	72	não observado
Isolamento 03	72	26.5	72	não observado

Observação 01 - box 02 – noite	
hora da medição	10/11 - entre 20 a 23h

ruído em dBA

conversa	72	65	60	69
lixeira	86	81	72	
porta incubadora	83			
choro	57	74	69	
música sem conversa	50			
bip do monitor	74	72	78	75
lavatório	65	68	77	72
escada arrastando	86	86		

APÊNDICE E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (UNICEUB)

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO:
A importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico.

Pesquisador: THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82774118.6.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.738

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa sob análise deste CEP, apresentada em sua segunda versão, consiste em um projeto de dissertação de mestrado na área de arquitetura e urbanismo, mas trata de aspectos ligados à saúde de recém-nascidos ao propor estudo sobre ambiência em unidades de saúde. A ideia é estudar o "impacto positivo" de estabelecimentos assistenciais de saúde com o olhar para o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido.

O trabalho propõe observar "como os ambientes terapêuticos e acolhedores proporcionam resultados satisfatórios".

A pesquisadora aponta que a abordagem tem teor qualitativo. Para análise das questões levantadas será realizado estudo de casos de três estabelecimentos assistenciais em três estados: Hospital Universitário (Distrito Federal),

Maternidade de serviço público (Goiânia) e Hospital Privado (Porto Alegre).

Para seleção dos participantes, são critérios de inclusão: famílias de recém-nascido internados e integrantes da equipe de assistência neonatal.

A previsão é da participação de 183 voluntários. Como instrumento para levantamento de dados serão realizadas entrevistas com as famílias dos bebês internados e as equipes multiprofissionais.

Está prevista também a observação dos espaços de saúde responsáveis por assistir os usuários envolvidos no cenário de internação neonatal. A pesquisadora alerta para a necessidade de seguir

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 8, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (01)3066-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 2.648.738

a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, em que foram respeitados os aspectos éticos e também legais, assegurando os direitos dos informantes.

OBS: Este CEP ressalta que a regulamentação vigente é composta pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que substituiu a Resolução CNS n. 196/96. Em 2016 foi aprovada a Resolução CNS n. 510/16, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário da pesquisa é o de "estudar o impacto positivo de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que preconizam o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido".

Objetivos secundários selecionados são os seguintes: "observar como os ambientes terapêuticos e acolhedores proporcionam resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação hospitalar", e "distinguir o ambiente do bebê saudável e do bebê internado".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora indicou no TCLE a ser apresentado às voluntárias que o estudo "não possui riscos para os seres humanos, pois se trata de entrevistas relacionadas à vivência das famílias e da equipe assistencial na unidade neonatal, assim com o levantamento de dados do espaço físico". Alerta-se para o fato de que toda pesquisa relaciona pelo menos riscos mínimos, ainda que a pesquisadora argumente que serão tomadas "medidas preventivas" durante o procedimento de entrevistas. A pesquisadora explica que a coleta de informações será realizada em um "ambiente reservado", sem registro de imagens dos participantes, somente gravação de voz e "registro por escrito para minimizar qualquer risco ou incômodo".

Como benefício, é apresentado que "a pesquisa poderá contribuir com a compreensão, prevenção e metodologias para aliviar um problema que afete o bem-estar dos usuários de uma unidade neonatal, além de "contribuir para maior conhecimento sobre como espaço de saúde pode ser mais terapêutico e acolhedor e proporcionar resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação hospitalar".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Haviam ficado dúvidas, na primeira versão do trabalho, em relação ao teor do instrumento de coleta. A pesquisadora sanou essa pendência trazendo questionário no apêndice do projeto. Já foi destacado que o trabalho traz relevância acadêmica ao tratar de tema relativo à ambiência para RN

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar
 Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3066-1511 E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 2.648.738

e famílias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O trabalho voltou a apresentar documentação obrigatória para análise do CEP, incluindo o projeto original e o postado na Plataforma BR, folha de rosto, termo de responsabilidade dos pesquisadores e também de compromisso com prontuários (como dados secundários) e autorização para submissão do projeto ao Comitê de Ética do Hospital Moinhos de Vento, uma das instituições coparticipantes.

Na segunda versão, foram apresentados itens apresentados como pendência: TCLE para os participantes da pesquisa, termos de aceite institucional das demais instituições coparticipantes: Hospital Universitário de Brasília, e Maternidade de serviço público (Goiânia); além do Termo de compromisso para utilização de dados de prontuário das demais instituições coparticipantes: Hospital Universitário de Brasília, e Maternidade de serviço público (Goiânia).

Recomendações:

O CEP-UniCEUB ressalta a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, de acordo com o protocolo avaliado e aprovado, bem como, atenção às diretrizes éticas nacionais quanto ao às Resoluções nº 446/12 e nº 510/16 CNS/MS concernentes às responsabilidades do pesquisador no desenvolvimento do projeto:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- I - apresentar o protocolo devidamente instruído ao sistema CEP/Conep, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa, conforme definido em resolução específica de tipificação e gradação de risco;
- II - desenvolver o projeto conforme delineado;
- III - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- IV - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela Conep a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- V - encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;
- VI - elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- VII - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança, interrupção ou a não publicação dos resultados.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3066-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 2.648.738

relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento. O modelo do relatório encontra-se disponível na página do UniCEUB

http://www.uniceub.br/instituicao/pesquisa/ins030_pesquisacomitebio.aspx, em Relatório de Finalização e Acompanhamento de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Na documentação apresentada em segunda versão, foram resolvidas pendências verificadas anteriormente, estando o projeto em análise apto a iniciar a coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 2.618.171/18, tendo sido homologado na 7ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 04 de maio de 2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1052538.pdf	13/04/2018 14:46:55		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	13/04/2018 14:46:17	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	HMV.pdf	13/04/2018 14:44:58	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	Participante.pdf	13/04/2018 14:43:15	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/04/2018 14:42:27	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	HUB.pdf	13/04/2018 14:40:40	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	folhaDeRostoAmbiencia.pdf	20/02/2018 17:17:31	Marília de Queiroz Dias Jacome	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.pdf	08/01/2018 14:08:57	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	08/01/2018 14:06:41	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/01/2018 14:04:41	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar
 Bairro: Setor Universitário CEP: 70.790-075
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3066-1511 E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 2.648.738

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 10 de Maio de 2018

Assinado por:

Marilia de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador)

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.110, 1º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

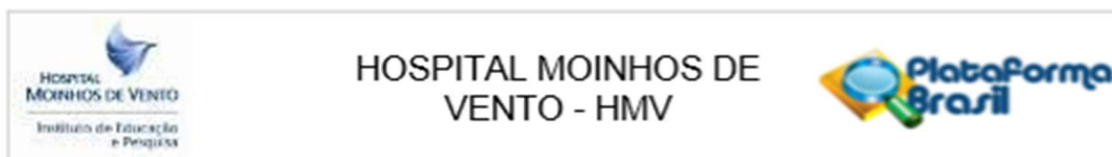
UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3066-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

APÊNDICE F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP (HMV)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO:
A importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico.

Pesquisador: THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82774118.6.3001.5330

Instituição Proponente: Hospital Moinhos de Vento - HMV

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.917.203

Apresentação do Projeto:

O presente parecer avalia segunda versão de projeto intitulado: AMBIÊNCIA NO CUIDADO INTEGRAL E HUMANIZADO AO RECÉM-NASCIDO HOSPITALIZADO: A importância do projeto arquitetônico com olhar além do espaço físico.

Propõe-se a avaliar o impacto positivo de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que preconizam o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido, observar como os ambientes terapêuticos e acolhedores proporcionam resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação hospitalar e distinguir o ambiente do bebê saudável e do bebê internado. Inicialmente será explanado um breve histórico sobre o surgimento do serviço de internação neonatal que consiste: primeiramente no início da separação mãe e bebê (com os motivos que levaram a permanência do RN no berçário até a alta hospitalar); em seguida a implementação do serviço de internação do binômio mãe e recém-nascido (saudável) no alojamento conjunto; por fim, o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave com necessidade de atenção especializada. O perfil assistencial do cuidado neonatal brasileiro está com um vão na atualização entre a relevância científica e a relevância social. Se por um lado as boas práticas vêm se desenvolvendo, atualizando suas normas e se adaptando ao crescimento do parque tecnológico e a humanização

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

Bairro: Floresta

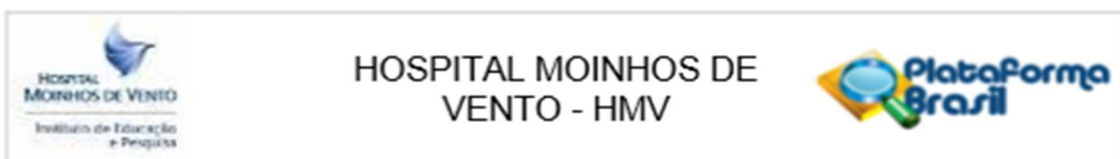
CEP: 90.560-030

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3314-3537

E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.917.203

do cuidado. Por outro lado, no que tange a linguagem arquitetônica, temos uma grande brecha no entendimento e interpretação dessa evolução normativa. Falta atualização das normas vigentes de Estabelecimentos Assistenciais de saúde – EAS e compreensão do conceito de cuidado integral e humanizado ao recém-nascido.

Esta pesquisa trata-se de uma dissertação de mestrado como natureza aplicada e abordagem qualitativa. Para análise das questões levantadas será realizado estudo de casos de dois Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: no Distrito Federal, o Hospital Universitário de Brasília_HUB e no Rio Grande do Sul, Porto Alegre o Hospital Moinhos de Vento _HMV. Para seleção dos participantes serão convidados à inclusão: famílias de recém-nascidos internados e integrantes da equipe de assistência neonatal. Como instrumento para levantamento de dados serão realizadas entrevistas com as famílias dos bebês internados e as equipes multiprofissionais. Além do trabalho de observação dos espaços de saúde responsáveis por assistir os usuários envolvidos no cenário de internação neonatal. Importante ressaltar que todas as entrevistas seguirão a Resolução no 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, em que foram respeitados os aspectos éticos e também legais, assegurando os direitos dos informantes.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Estudar o impacto positivo de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) que preconizam o cuidado integral e humanizado ao recém-nascido.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Observar como os ambientes terapêuticos e acolhedores proporcionam resultados satisfatórios a todos os envolvidos no cenário de internação hospitalar.

Distinguir o ambiente do bebê saudável e do bebê internado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estudo de baixo risco, não são identificados riscos diretos atrelados ao desenvolvimento da pesquisa, exceto pelo desconforto de aplicação do questionário.

Melhoras na ambientação podem contribuir indiretamente para questões relacionadas a uma melhor assistência e cuidado.

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo

Bairro: Floresta

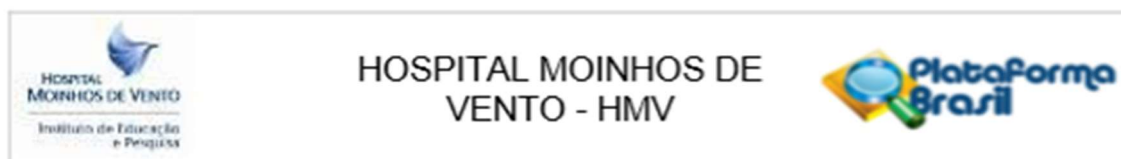
CEP: 90.560-030

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3314-3537

E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.917.203

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo aborda questão de pesquisa interessante. Adequadamente estruturado dentro da metodologia proposta, não apresenta maiores dificuldades a adequação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A presente versão do estudo continua não apresentando TCLE específico para o HMV. Os pesquisadores abordarão pacientes/familiares e profissionais da Instituição. Para cada categoria é necessário termo específico. Toda pesquisa que envolva seres humanos, direta ou indiretamente, necessita tal documento (vide Res 466/12). Tal documento é importante para garantir proteção dos sujeitos de pesquisa. No presente estudo, uma vez que há envolvimento de funcionários é importante determinação de aspectos relativos a privacidade e confidencialidade.

Recomendações:

Nada a referir

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ausência de pendências ou inadequações

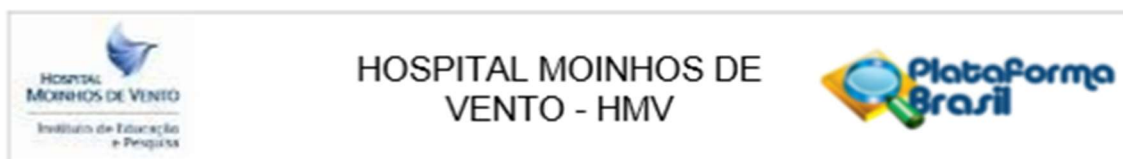
Considerações Finais a critério do CEP:

Este projeto de pesquisa foi APROVADO na sua totalidade, seguindo as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os aspectos que foram considerados para que esta decisão fosse tomada constam no parecer. O projeto de pesquisa poderá ser iniciado e toda e qualquer alteração no projeto deverá ser comunicada ao CEP/HMV, assim como relatórios semestrais e finais, notificação de eventos adversos e eventuais emendas ou modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1133449.pdf	27/08/2018 16:59:29		Aceito
Outros	Resposta.pdf	27/08/2018 16:58:35	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	CartaResposta2.pdf	27/08/2018 16:57:40	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_para_participante_CEUBeHMV.	27/08/2018	THALITA LELLICE	Aceito

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
 Bairro: Floresta CEP: 90.560-030
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.917.203

Assentimento / Justificativa de Ausência	pdf	16:55:53	MORAIS CAMPELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoIII.pdf	22/07/2018 16:47:47	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	COMPROMISSOHMV.pdf	17/07/2018 11:48:38	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESPONSABILIDADEHMV.pdf	17/07/2018 11:48:19	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEHMV.pdf	17/07/2018 11:47:21	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	HMV.pdf	13/04/2018 14:44:58	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	Participante.pdf	13/04/2018 14:43:15	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	13/04/2018 14:42:27	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	HUB.pdf	13/04/2018 14:40:40	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	folhaDeRostoAmbiencia.pdf	20/02/2018 17:17:31	Marília de Queiroz Dias Jacome	Aceito
Outros	RESPONSABILIDADE.pdf	08/01/2018 14:08:57	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
Outros	COMPROMISSO.pdf	08/01/2018 14:06:41	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/01/2018 14:04:41	THALITA LELLICE MORAIS CAMPELO	Aceito

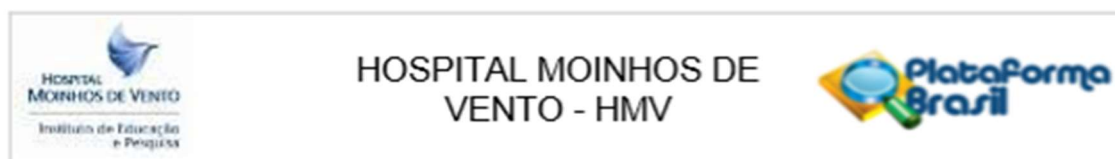
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
 Bairro: Floresta CEP: 90.560-030
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3314-3537 E-mail: cep.iep@hmv.org.br



Continuação do Parecer: 2.917.203

PORTO ALEGRE, 25 de Setembro de 2018

Assinado por:
Guilherme Alcides Flôres Soares Rollin
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Tiradentes, 198 - Subsolo
Bairro: Floresta **CEP:** 90.560-030
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3314-3537 **E-mail:** cep.iep@hmv.org.br

ANEXO A – PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012

Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do art. 87 da Constituição, e

Considerando o art. 200 da Constituição Federal;

Considerando o art. 16 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

Considerando a divisão de responsabilidades sanitárias no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.693/GM/MS, de 12 de julho de 2007, que implementa o Método Canguru;

Considerando a Resolução - RDC ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS; e

Considerando a necessidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção dos Cuidados Neonatal aos usuários do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Esta Portaria define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para os fins desta Portaria, considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida.

CAPÍTULO I

DAS DIRETRIZES E OBJETIVOS DA ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO GRAVE OU POTENCIALMENTE GRAVE

Art. 3º São diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

I - o respeito, a proteção e o apoio aos direitos humanos;

II - promoção da equidade;

III - integralidade da assistência;

IV - atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário;

V - atenção humanizada; e

VI - estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Art. 4º São objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave:

I - organizar a Atenção a Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;

II - priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade;

III - garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;

IV - induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ultrapassar exclusivamente a preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais do SUS; e

V - induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DOS LEITOS DE UNIDADES NEONATAL

Art. 5º A Unidade Neonatal é um serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuam condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos.

§ 1º As Unidades Neonatal devem articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido.

§ 2º Os recém-nascidos que necessitem dos cuidados específicos de Unidade Neonatal e que se encontrem em locais que não disponham destas unidades devem receber os cuidados necessários até sua transferência para uma Unidade Neonatal, que deverá ser feita após estabilização do recém-nascido e com transporte sanitário adequado, realizado por profissional habilitado.

Art. 6º As Unidades Neonatal são divididas de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

I - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN);

II - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:

a) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); e

b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Parágrafo único. Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

Art. 7º O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa.

§ 1º A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo.

§ 2º O conjunto de leitos de Cuidados Intermediários, UCINCo e UCINCa, conterà, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos de UCINCa. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

§ 3º A Unidade Neonatal que contar com leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa deverá contar com, no mínimo, 10 (dez) leitos totais em ambiente contíguo, compartilhando a mesma equipe prevista para UTIN de que trata os arts. 13 e 14. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

§ 4º Na abertura de Unidades Neonatais que contar com leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa com módulos de 10 (dez) leitos, deverá ser considerada a proporção prevista no parágrafo único do art. 6º. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

§ 5º A Unidade Neonatal terá custeio de acordo com a tipologia de cada leito, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

Art. 8º Para novos estabelecimentos de saúde que disponham de maternidade e que possuam também UTIN ou UCIN é obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral.

Art. 9º Serão habilitadas pelo Ministério da Saúde as novas Unidades Neonatal, bem como as já existentes que se adequarem aos requisitos desta Portaria.

Seção I

Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Art. 10. UTIN são serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte, assim considerados:

I recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória comFiO2 maior que 30% (trinta por cento);

II recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas;

III recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte;

IV - recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e

V - recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e Fração de Oxigênio (FIO₂) maior que 30% (trinta por cento), exsanguinotransfusão ou transfusão de hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

Art. 11. As UTIN deverão cumprir os seguintes requisitos de Humanização:

I - controle de ruído;

II - controle de iluminação;

III - climatização;

IV - iluminação natural, para as novas unidades;

V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;

VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e

VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Art. 12. Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios e tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica dos recém-nascidos graves ou com risco de morte. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

Parágrafo único. A UTIN poderá ser dos tipos II e III.

Subseção I

Da UTIN Tipo II

Art. 13. Para habilitação como a UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

I - funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possuam no mínimo 80 (oitenta) leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima:

a) centro cirúrgico;

b) serviço radiológico convencional;

c) serviço de ecodoppler cardiografia;

d) hemogasômetro 24 horas;

e) Banco de Leite Humano ou unidade de coleta;

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

III - dispor dos seguintes materiais e equipamentos:

a) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I a esta Portaria;

b) monitor de beira de leito para monitorização contínua de frequência cardíaca, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito;

c) ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos;

d) ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

e) equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos;

f) conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito;

g) conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos;

h) bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;

i) eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade;

j) materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;

k) oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois);

l) negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN;

m) equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

n) estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

o) pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;

p) equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva.

q) materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4;

r) fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;

s) incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;

t) incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento

às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;

u) balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;

v) poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;

w) refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN;

x) materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;

IV - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados:

a) assistência nutricional;

b) terapia nutricional (enteral e parenteral);

c) assistência farmacêutica;

d) assistência clínica vascular e cardiovascular;

e) assistência clínica neurológica;

f) assistência clínica ortopédica;

g) assistência clínica urológica;

h) assistência clínica gastroenterológica;

i) assistência clínica nefrológica, incluindo terapia renal substitutiva; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

j) assistência clínica hematológica;

k) assistência clínica hemoterápica;

l) assistência clínica oftalmológica;

m) assistência clínica otorrinolaringológica;

n) assistência clínica de infectologia;

o) assistência clínica cirúrgica pediátrica;

p) assistência psicológica;

q) assistência endocrinológica;

r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;

s) serviço de radiografia móvel;

t) serviço de ultrassonografia portátil;

u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;

v) serviço de fibrobroncoscopia;

w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica;

x) serviço de eletroencefalografia.

y) serviço de assistência social. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

V - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

- a) cirurgia cardiovascular;
- b) cirurgia vascular;
- c) cirurgia neurológica;
- d) cirurgia ortopédica;
- e) cirurgia urológica;
- f) ressonância magnética;
- g) tomografia computadorizada;
- h) anatomia patológica;
- i) agência transfusional 24 horas;
- j) assistência clínica de genética.

VI - equipe mínima formada nos seguintes termos:

a) 1 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação;

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração;

c) 1 (um) médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

d) 1 (um) enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 (dois) anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal;

e) 1 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno?

f) 1 (um) fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno;

g) 1 (um) fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em unidade terapia intensiva pediátrica ou neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 (seis) horas;

h) técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno;

i) 1 (um) funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno.

j) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;

§ 1º O mesmo profissional médico poderá acumular, na mesma unidade neonatal, a responsabilidade técnica e o papel de médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas, previstos nos incisos I e II do 'caput'. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

§ 2º O coordenador de fisioterapia poderá ser um dos fisioterapeutas assistenciais.

Subseção II

Da UTIN Tipo III

Art. 14. Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima prevista no art. 13 e mais o seguinte:

I - no mínimo 50% (cinquenta por cento) dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica;

II - enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou no mínimo 5 (cinco) anos de experiência profissional comprovada de atuação na área;

III - 1 (um) enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 (cinco) leitos ou fração;

IV - coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave;

V - bombas de infusão: 4 (quatro) por leito ou fração; e

VI - ventilador mecânico microprocessado: 1 (um) para cada leito.

Seção II

Do Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo)

Art. 15. As UCINCo, também conhecidas como Unidades Semi-Intensiva, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

Parágrafo único. As UCINCo poderão configurar-se como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço.

Art. 16. As UCINCo serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições:

I - recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares;

II - recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%);

III - recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso;

IV - recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venoclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;

V - recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão?

VI - recém-nascido submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico; e

VII - recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

Art. 17. Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima:

I - funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica;

II - contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA;

III - dispor dos seguintes equipamentos:

a) berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;

b) incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos?

c) berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos?

d) monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

e) ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos?

f) capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos?

g) termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;

h) estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;

i) esfignomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;

j) otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;

k) material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I desta Portaria;

l) conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos?

m) aspirador portátil: 1 (um) por unidade.

n) bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito;

o) aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;

p) balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos?

q) negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade;

r) relógios e calendário de parede visíveis;

s) poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru);

t) oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

u) termômetro: 1 (um) para cada leito. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

IV - equipe mínima formada nos seguintes termos:

a) 1 (um) responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal;

b) 1 (um) médico com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração;

c) 1 (um) médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 (quinze) leitos ou fração em cada turno?

d) 1 (um) enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 (quatro) horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa;

e) 1 (um) enfermeiro assistencial, para cada 15 (quinze) leitos ou fração, em cada turno?

f) 1 (um) técnico de enfermagem para cada 5 (cinco) leitos, em cada turno?

g) 1 (um) fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno;

h) 1 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; e

i) 1 (um) funcionário responsável pela limpeza em cada turno.

Parágrafo único. Em unidades hospitalares que disponham de UCINCo e UTIN, o responsável técnico médico e o enfermeiro coordenador responderão pelas duas unidades, favorecendo a linha de cuidado progressivo.

Art. 18. Quando não fizer parte de uma Unidade Neonatal com UTIN, a UCINCo deverá contar ainda com os seguintes equipamentos:

I - ventilador pulmonar microprocessado: 1 (um) para 15 (quinze) leitos?

II - bandejas para procedimentos de punção lombar, drenagem torácica, curativos, flebotomia, acesso venoso, sondagem vesical e traqueostomia?

III - incubadora de transporte com cilindro de oxigênio e ar comprimido?

IV - equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 (um) para 15 (quinze) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva;

V - materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UCINCo dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4;

VI - garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito, prestados por meios próprios ou por serviços terceirizados:

- a) assistência nutricional;
- b) terapia nutricional (enteral e parenteral);
- c) assistência farmacêutica;
- d) assistência clínica vascular e cardiovascular;
- e) assistência clínica neurológica;
- f) assistência clínica ortopédica;
- g) assistência clínica urológica;
- h) assistência clínica gastroenterológica;
- i) assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
- j) assistência clínica hematológica;
- k) assistência clínica hemoterápica;
- l) assistência clínica oftalmológica;
- m) assistência clínica otorrinolaringológica;
- n) assistência clínica de infectologia;
- o) assistência clínica cirúrgica pediátrica;
- p) assistência psicológica;
- q) assistência endocrinológica;
- r) serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria;
- s) serviço de radiografia móvel;
- t) serviço de ultrassonografia portátil;
- u) serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;
- v) serviço de fibrobroncoscopia;
- w) serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica;
- x) serviço de eletroencefalografia;
- y) serviço de assistência social. (Incluído pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013).

VII - garantia de acesso, no próprio estabelecimento hospitalar ou em outro com acesso formalizado, aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica:

- a) cirurgia cardiovascular;
- b) cirurgia vascular;
- c) cirurgia neurológica;
- d) cirurgia ortopédica;
- e) cirurgia urológica;
- f) ressonância magnética;
- g) tomografia computadorizada;
- h) anatomia patológica;

- i) agência transfusional 24 horas; e
- j) assistência clínica de genética.

Art. 19. A UCINCo cumprirá os seguintes requisitos de Humanização:

- I - controle de ruído;
- II - controle de iluminação;
- III - climatização;
- IV - iluminação natural, para as novas unidades;
- V - garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;
- VI - garantia de visitas programadas dos familiares; e
- VII - garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Seção III

Serviço de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)

Art. 20. As UCINCa são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permita acolher mãe e filho para prática do método canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.

Parágrafo único. As UCINCa possuirão suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido.

Art. 21. As UCINCa serão responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estável, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

Art. 22. A UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo.

Art. 23. Para habilitação como UCINCa, a unidade hospitalar deverá contar com a estrutura física mínima prevista pela Portaria nº 1.016/GM/MS, de 26 de agosto de 1993.

§ 1º Além da estrutura física mínima prevista no caput, a UCINCa deverá dispor dos seguintes equipamentos:

- I - incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos?
- II - berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos?
- III - ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos?
- IV - termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;
- V - estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;
- VI - material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I a esta Portaria;
- VII - aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos?
- VIII - balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos?
- IX - relógios e calendários de parede visíveis; e
- X - poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito.

§ 2º A incubadora de transporte, o esfignomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de leitos.

Art. 24. O atendimento na UCINCa será feito pela(s) equipe(s) responsável(eis) pela UCINCo.

Parágrafo único. Para fins de formação da equipe mínima da UCINCo, nos termos do inciso IV do art. 17, serão somados os leitos de UCINCo e de UCINCa disponíveis na mesma unidade hospitalar.

Art. 25. A UCINCa cumprirá os mesmos requisitos de Humanização previstos para a UCINCo, conforme art. 19 desta Portaria.

CAPÍTULO III

DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO

Art. 26. O processo de habilitação das Unidades Neonatal, de qualquer das tipologias descritas nesta Portaria, seguirá o seguinte fluxo:

I - envio do pedido de habilitação pela unidade hospitalar ao respectivo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital;

II - análise do pedido pela Secretaria de Saúde Municipal (Municípios em gestão plena), Estadual ou do Distrito Federal;

III - em caso de análise favorável, encaminhamento de proposta pelo gestor de saúde municipal (Municípios em gestão plena), estadual ou distrital à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAE/SAS), com a seguinte documentação:

a) declaração assinada pelo gestor de saúde responsável, comprovando o cumprimento das exigências de habilitação previstas nesta Portaria e atestando que o estabelecimento de saúde cumpre com as normativas sanitárias ou que foi pactuado um plano de ações corretivas com cronograma de adequação entre o estabelecimento de saúde e a vigilância sanitária competente. (Alterada pela PRT GM/MS nº 159 de 12.02.2015)

c) aprovação do credenciamento da Unidade Neonatal interessada pela Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

d) atualização das informações referentes ao estabelecimento hospitalar no SCNES;

IV - análise da proposta e da respectiva documentação pela CGHOSP/DAE/SAS/MS, que poderá realizar vistoria in loco para a habilitação ou a qualquer tempo; e

V - em caso de análise favorável, publicação de portaria de habilitação pela SAS/MS.

§ 1º No caso de processo formalizado por Secretaria de Saúde de Município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da

Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes.

§ 2º A análise do pedido pela Secretaria de Saúde responsável ficará na posse do gestor de saúde estadual, disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria.

CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27. Todos os estabelecimentos que tenham UTIN, em conformidade com as normatizações anteriores, bem como UCINco e UCINca, deverão se adequar ao estabelecido nesta Portaria até 30 de novembro de 2014, (Prazo prorrogado por doze meses, a contar de 30 de novembro de 2015 pela PRT GM/MS nº 2.103 de 18.12.2015) sob pena de perda da habilitação; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.389 de 30.12.2013)

Art. 28. As Secretarias de Saúde dos Estados em conjunto com as Secretarias de Saúde municipais e do Distrito Federal estabelecerão planejamento regional de atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS.

Art. 29. Caberá à Coordenação-Geral de Sistemas de Informação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (CGSI/DRAC/SAS/MS) adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS da Secretaria-Executiva (DATASUS/SE/MS), para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 30. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 31. Fica revogada a Portaria nº 1.091/GM/MS, de 25 de agosto de 1999. Publicada no Diário Oficial da União de 26 de agosto de 1999, página 69, seção 1.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA