



REORGANIZAÇÃO DA LINHA NEONATAL: ALTA PRECOCE SEGURA E ARTICULAÇÃO AMBULATORIAL

Nathalia Moura de Mello e Silva, Luiza Helen Madureira, Angélica Alves Rodrigues, Anatalia Lopes de Oliveira Basile, Flavia Frassato, Verônica Feitosa Takemoto, Natália Megda Almeida.

Maternidade Segura Humanizada

Eixo Temático: Saúde Reprodutiva, Parto, Puerpério e Nascimento

Introdução

Unidades de Terapia Intensiva e Intermediária Neonatal de alta complexidade enfrentam cenários recorrentes de superlotação no Sistema Único de Saúde. Em uma maternidade Segura Humanizada com o CEJAM e Prefeitura Municipal de São Paulo, a análise diagnóstica realizada junto à Diretoria Hospitalar evidenciou que a retenção dos recém-nascidos decorria do elevado sucesso assistencial e da baixa taxa de mortalidade, somados à ausência de um fluxo estruturado de desospitalização e alta precoce planejada de Recém-nascidos Prematuros com retaguarda ambulatorial garantida.

Objetivo

Desenvolver e implantar um plano de ação institucional para viabilizar a alta precoce planejada e segura de Recém-nascidos Prematuros, integrando o acompanhamento no Ambulatório Neonatal e padronizando os fluxos de transferência e atendimento do binômio mãe-bebê, para hospitais com UTI Neonatal nível 3.

Métodos

Relato de experiência exitosa na reestruturação dos fluxos assistenciais e na integração da linha do cuidado neonatal:

Criação de um Plano de Capacidade Plena:

PLANO DE CAPACIDADE PLENA – UTI NEONATAL			
NÍVEL PCP (COM OCUPAÇÃO)	DESCRIÇÃO	MEDIDAS ESTRATÉGICAS (RESUMO)	RESPONSÁVEIS DIRETOS
ROTINA 12 a 13 pacientes (85% de ocupação)	Capacidade instalada	• Enviar diariamente o relatório sobre ocupação dos leitos e nível de PCP até às 08h. • Realização obrigatória de round de alta (seg. a ter., às 10h-20h).	Neonatalogia
PCP 1 – ALERTA OPERACIONAL 14 pacientes (100% de ocupação)	Tendência de saturação	• Inserir RN elegíveis no CROSS após o nascimento; • Realizar alta e elegibilidade clínica para UCINCO; • Priorizar exames definitivos de alta e que impactem diretamente na conduta; • Realizar resolução de partes elativas e indicações relativas; • Solicitar transferência de gestantes de alto risco; • Formalizar o acionamento do PCP junto às equipes envolvidas; • Comunicar à Diretoria e Gerência Médica sobre ativação do PCP; • Intermediar possíveis pontos de impasse.	Neonatalogia Obstetrícia Supervisão de Enfermagem NIR Gerência Médica
PCP 2 – ATENÇÃO CRÍTICA 15 a 16 pacientes (110% de ocupação)	Saturação instalada, necessidade de regulação ativa	• Alocar pacientes em leitos de contingência na unidade (até 3 leitos); • Elegir pacientes com perfil para transferência para UTI pediátrica e comunicar ao NIR; • Solicitar transferência de gestantes alto/baixo risco; • Negar qualquer pedido de transferência para parto, alto ou baixo risco; • Enviar documento de superlotação para órgãos reguladores; • Priorizar transferência de gestantes; • Disponibilizar leitos na UTI pediátrica conforme fluxo institucional; • Participar nos rounds diários; • Realizar interface entre as equipes envolvidas; • Selecionar e admitir RNs provenientes da UTI Neonatal conforme fluxo institucional.	Neonatalogia Obstetrícia NIR Qualidade e Gerência Médica UTI Pediátrica
PCP 3 – COLAPSO ASSISTENCIAL 17 pacientes (120% de ocupação)	Evento adverso crítico	• Alocar RNs com suporte intensivo no UCINCO; • Suspender atividades eletivas e essenciais programadas; • Solicitar transferência de casos obstétricos para resolução nas próximas 48h; • Formalizar ativação do PCP 3 e comunicar SMS/CROSS; • Coordenar reunião de crise com chefias; • Identificar estratégias imediatas de regulação e recursos; • Autorizar uso excepcional de áreas físicas alternativas.	Neonatalogia Obstetrícia Diretoria Técnica

Conclusão

A reorganização dos fluxos e a articulação com o Ambulatório Neonatal provaram ser estratégias fundamentais para resolver a retenção de leitos.

A articulação entre a reorganização dos fluxos e o acompanhamento no Ambulatório Neonatal demonstrou ser determinante para mitigar a retenção de leitos. Espera-se que a consolidação destas medidas reduza a taxa de superlotação e fortaleça a alta precoce guiada como um mecanismo seguro, humanizado e eficaz de gestão do cuidado neonatal.

Resultados

A elaboração e implementação do Plano de Capacidade Plena (PCP) permitiram estruturar ações focadas na segurança do paciente e na sustentabilidade assistencial:

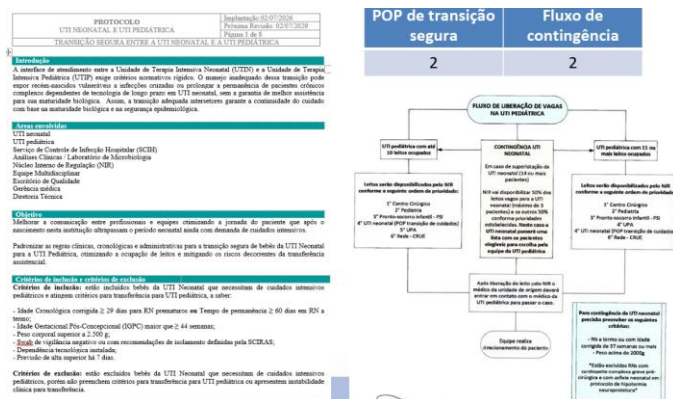
Alinhamento Gestor: Pactuação entre a Diretoria, Enfermagem e Corpo Clínico para definir critérios rigorosos de alta precoce.

Linha de Cuidado Ambulatorial: Acolhimento compulsório no Ambulatório Neonatal pós-alta para monitorar ganho de peso e icterícia.

Protocolo do Binômio Mãe-Bebê: Fluxo unificado de transição entre UTIN, UCIN e Alojamento Conjunto, fortalecendo o vínculo e o aleitamento.

Ampliação do Giro de Leitos: Retaguarda ambulatorial eficaz que viabilizou altas seguras e mitigou a superlotação da unidade.

Sustentabilidade Assistencial: Comprovação de que a organização de fluxos garante eficiência operacional sem comprometer a segurança do recém-nascido. Espera-se que a consolidação destas ações resulte na redução sustentável da taxa de superlotação, garantindo maior rotatividade dos leitos, segurança na desospitalização e humanização no atendimento ao binômio mãe-bebê.



Acesse o trabalho na íntegra!

