

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

ROBERTA COSTA

**SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO
EM TERAPIA INTENSIVA NA DÉCADA DE 1980
EM FLORIANÓPOLIS**

FLORIANÓPOLIS

2009

ROBERTA COSTA

**SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO
EM TERAPIA INTENSIVA NA DÉCADA DE 1980
EM FLORIANÓPOLIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

FLORIANÓPOLIS

2009

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

C837s Costa, Roberta
Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em
terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis
[tese] / Roberta Costa ; orientadora, Maria Itayra
Coelho de Souza Padilha. - Florianópolis, SC, 2009.
170 f.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem - História. 3. Tratamento
intensivo neonatal - Florianópolis (SC). 4. Recém-nascidos.
5. Família. 6. Poder. I. Padilha, Maria Itayra Coelho de
Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

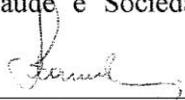
ROBERTA COSTA

**SABERES E PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO
EM TERAPIA INTENSIVA NA DÉCADA DE 1980 EM FLORIANÓPOLIS**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

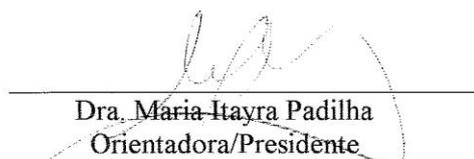
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Doutorado em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade, da Universidade Federal de Santa Catarina.

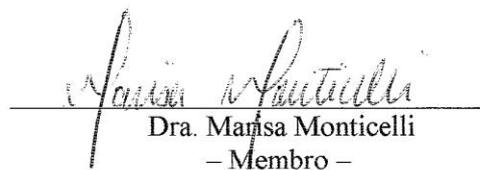


Prof. Enf. Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
– Coordenadora do Programa –

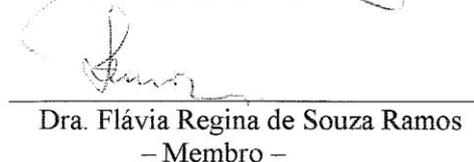
BANCA EXAMINADORA:



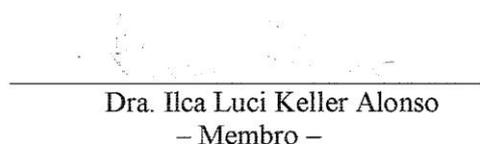
Dra. Maria Itayra Padilha
Orientadora/Presidente



Dra. Marisa Monticelli
– Membro –



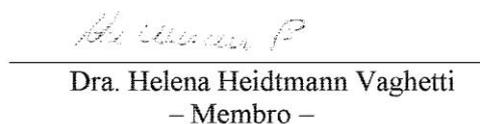
Dra. Flávia Regina de Souza Ramos
– Membro –



Dra. Ilca Luci Keller Alonso
– Membro –



Dra. Maria Angélica de Almeida Peres
– Membro –



Dra. Helena Heidtmann Vaghetti
– Membro –

Dra. Miriam Süsskind Borenstein
– Membro Suplente –

Dra. Gladys Brodersen
– Membro Suplente –



"Estranhem o que não for estranho.
Tomem por inexplicável o habitual.
Sintam-se perplexos ante o cotidiano.
Tratem de achar um remédio para o abuso.
Mas não se esqueçam de que o abuso é
sempre a regra".

(A Exceção e a Regra - Bertold Brecht)

AGRADECIMENTOS

Chegar nesta etapa da caminhada não foi fácil. Exigiu de mim esforço, dedicação, disciplina, equilíbrio e paciência. Tive que fazer escolhas, abdicar de algumas coisas e cultivar a esperança. Esta é mais uma das muitas histórias que venho construindo ao longo do tempo. Ao completar esta caminhada quero agradecer a muitas pessoas que me acompanharam e apoiaram nesta construção. Compartilho com vocês esta conquista. Agradeço a todos aqueles que estiveram junto comigo incentivando, dando forças e energias para este caminhar. Obrigada pelas palavras, pelo sorriso, pelo silêncio, pelo espaço, pela torcida, pelo acreditar, pelo respeito, pela amizade, pelo trabalho e pelo amor. A alguns agradeço de forma especial:

*Aos meus pais **Paulo e Rosinéia**, pela presença constante e apoio incondicional, souberam me orientar para a vida, estimulando minha independência e meu desejo de crescer. Vocês são meus maiores exemplos, pela vivência em comum, me dão força para alçar vôo e vencer os desafios que a vida apresenta.*

*À minha querida irmã **Francine**, exemplo de mulher, corajosa, guerreira, parceira nas alegrias e nas tristezas. Obrigada por estar sempre presente na construção das minhas histórias.*

*Ao **Gustavo**, meu amor, meu noivo, futuro marido, companheiro de muitos sonhos. Você esteve sempre ao meu lado, apoiando, incentivando e ajudando nos momentos de dificuldades técnicas com os aparatos tecnológicos. Com você tenho aprendido a ser uma pessoa melhor, você mudou os rumos da minha vida... Decidiu estar junto sempre, mesmo percebendo que viver ao lado de uma enfermeira não é tarefa fácil. Esta é apenas uma, das muitas histórias que ainda vamos construir juntos. TE AMO!*

*À querida Dra. **Maria Itayra Padilha**, minha orientadora, que me escolheu, acolheu e acreditou no meu potencial. Por compartilhar sua sabedoria ajudando-me a construir esta história de maneira prazerosa. Por dividir comigo conhecimentos, experiências e planos. Exemplo profissional de competência teórico-didática. A sua presença autêntica facilitou a*

minha caminhada. Obrigada por estar comigo em todos os momentos deste estudo, e mais do que tudo, por sua amizade.

*À Dra. **Marisa Monticelli**, companheira desta e de muitas outras histórias, que tem dividido comigo momentos de alegria e de conquistas, que me acompanha durante toda a minha vida acadêmica e profissional e a quem eu sempre recorro por confiar, incondicionalmente, na sua sabedoria, bom senso e profissionalismo. Obrigada pela sua sensibilidade, pelo seu incentivo, pelo apoio incondicional e discussões estimulantes que continuamente contribuem para a expansão do meu horizonte intelectual. Obrigada pela sua participação na banca, pela dedicação a este conhecimento e pelo rigor científico que contribuiu enormemente para o aperfeiçoamento deste estudo;*

*À Dra. **Flávia Regina de Souza Ramos**, por sua competência ao ensinar, pela oportunidade do estudo conjunto e aprofundamento do conhecimento a respeito da obra filosófica de Michel Foucault. Obrigada pelas sugestões, comentários e opiniões inestimáveis que contribuem para que este conhecimento seja re-visitado e reformulado;*

*À Dra. **Ilca Luci Keller Alonso**, que se disponibilizou a sair do seu descanso para com seu incansável entusiasmo, gentileza e cientificidade, contribuir para o aprimoramento deste estudo. Obrigada por estar presente na construção de mais esta história;*

*À Dra. **Miriam Süskind Boresntein**, por ter contribuído desde a época da graduação com muitas das minhas histórias vividas. Obrigada pelo incentivo, apoio e confiança que sempre depositou em mim.*

*As professoras Dras. **Maria Angélica de Almeida Peres, Helena Heidtmann Vaghetti e Gladys Brodersen**, que aceitaram prontamente ao meu convite para participar da banca examinadora. Obrigada pela sensibilidade, pela disponibilidade e pelo carinho na leitura deste trabalho. Obrigada pelas críticas e sugestões relevantes e fundamentais.*

*Aos profissionais da equipe de saúde, **sujeitos da pesquisa**, pela coragem em exporem a sua vivência e a sua história. Sem a disposição com que aceitaram compartilhar suas experiências este estudo não teria sido possível. Obrigada por terem sido meus grandes parceiros nesta caminhada.*

*Aos **familiares e amigos**, que vibram com as minhas conquistas e torcem pelo meu sucesso.*

Aos membros do Grupo de Pesquisa GEHCES pelo acolhimento amoroso, pela oportunidade de participação e pelas múltiplas trocas de informação e aprofundamento do saber. Obrigada pelo incentivo, carinho e pelos bons momentos que temos vivido juntos.

Ao Hospital Universitário da UFSC, por sua política de capacitação profissional e pelo fomento e incentivo à pesquisa e ao aprimoramento profissional e pessoal de seus funcionários. À Dra. Francine Lima Gelbcke e as enfermeiras da neo, por terem possibilitado meu afastamento parcial para dedicar-me ao doutorado. Obrigada em especial a todos os profissionais da equipe de saúde da Unidade de Neonatologia pelo nosso conviver cotidiano na busca de um cuidado de qualidade para os recém-nascidos e suas famílias, parceiros no compartilhamento de idéias e decisões.

Aos recém-nascidos e suas famílias que a cada dia me mostram novas possibilidades de práticas de cuidado, ampliando sempre o meu saber. Obrigada por contribuírem para que eu seja uma nova pessoa a cada encontro.

Aos colegas de doutorado, turma 2007, parceiros de um tempo do qual guardarei muitas e boas lembranças. Acredito que com a experiência e a forma de ser de cada um, todos nós crescemos um pouco. Obrigada em especial a Sabrina, companheira neste período de dedicação ao doutorado, com quem compartilhei minhas vitórias, angústias, medos e dificuldades. E a querida Vitória pelo carinho, apoio, amizade e disponibilidade interna de cooperação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Enfermagem da UFSC pela socialização do seu saber tão importante para a minha formação.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pela simpatia e disponibilidade no auxílio administrativo, em especial à Claudia C. Garcia, pelo apoio antes e durante todo o curso de doutorado.

À todos que de uma forma ou de outra fazem ou fizeram parte da minha vida. Obrigada por terem acrescentado 'algo mais' no meu jeito de ser e no meu jeito de viver.

E finalmente, agradeço à Deus, por tudo e por todos!

COSTA, Roberta. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 170 p.

RESUMO

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica cujo objetivo foi o de compreender a história das transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, a partir da implantação da primeira UTI neonatal em Florianópolis. O contexto do estudo foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão e os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que trabalhavam na UTI geral e/ou UTI neonatal na década de 1980. Para coleta de dados utilizei a História Oral, realizando entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados utilizei o método genealógico proposto por Michel Foucault. Os resultados obtidos foram apresentados na forma de três artigos. No primeiro artigo, “A UTI neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido”, o objetivo foi o de compreender como se instituíram as práticas de cuidado ao recém-nascido na UTI neonatal em Florianópolis, na década de 1980. Neste artigo abordei a questão da redução da morbi-mortalidade neonatal a partir da implantação da UTI neonatal e teci algumas reflexões sobre a forma que as práticas de cuidado foram instituídas. Os discursos dos profissionais de saúde revelam que desde os primórdios da UTI neonatal, já havia uma preocupação com o cuidado sensível, humanizado e individualizado ao recém-nascido. O segundo artigo, “Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes”, teve como objetivo analisar de que forma vem sendo instituído o saber com relação à presença da família na UTI neonatal. Encontramos muitas construções e desconstruções, por um lado a família é vista como um problema, pai e mãe só podem ficar com seus filhos no horário de visita, e alguns profissionais ainda apresentam resistências; de outro, a família é fundamental e as leis e políticas de saúde evoluíram no sentido de garantir a presença dos pais no hospital. No terceiro estudo, “O Hospital Infantil como referência no atendimento ao recém-nascido de alto risco em Santa Catarina”, o objetivo foi conhecer como se deu o processo de implantação da UTI neonatal em Florianópolis na década de 1980, bem como apresentar a relevância desta unidade para o cuidado ao recém-nascido de alto risco. A necessidade de um atendimento especializado foi a grande propulsora da UTI neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão. Esta unidade representou um marco no cuidado intensivo neonatal catarinense e os profissionais que ali atuaram foram fundamentais na instituição do saber e das práticas de cuidado ao recém-nascido de risco. Os resultados desta tese permitem afirmar que a implantação da UTI neonatal influenciou qualitativamente no cuidado ao recém-nascido e sua família, com o enfoque orientado para a sobrevivência do recém-nascido e os reflexos desta experiência continuam presentes na atualidade. Para transformar a história das práticas de cuidado em terapia intensiva neonatal, é necessário buscar formas criativas de expressão, rompendo com os padrões e práticas reinantes, contribuindo para novas práticas e novos saberes, novos modos de fazer e de agir no cuidado ao recém-nascido e sua família.

DESCRITORES: UTI neonatal, recém-nascido, família, poder, história.

COSTA, Roberta. Knowledge and Practice in the care of a newborn in intensive therapy in the 1980's in Florianopolis. 2009. Thesis (Doctorate in Nursing) – Course of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis. 170p.

ABSTRACT

Qualitative study with social-historical approach which objective is to understand the history of transformations of practice of care of the newborn and his family, since the implantation of the first neonatal ICU in Florianopolis. The context of the study was Child's Hospital Joana de Gusmão and the people used in the study were the health professionals that works in the general ICU and/neonatal ICU in the 1980's. For data collection Oral History were used, realizing semi-structured interviews. For data analysis the genealogic method proposed by Michel Foucault were used. The results obtained were presented in the form of three articles. In the first article, "The neonatal ICU giving new practices to newborns care", the objective was to understand how to institute the practices of care in newborn in the neonatal ICU of Florianopolis, in the 1980's. In this article I treat the question of the reduction of neonatal morbid-mortality starting from the implantation of the neonatal ICU and construct some reflections about how care practice were instituted. The discourses of health professionals reveal that since the beginning of neonatal ICU, there has been a preoccupation with sensitive care, humanized and individualized to the newborn. The second article, "The health team's perception about the family in the ICU neonatal: resistance to new knowledge", as has objective to analyze the way knowledge established the family's presence in the neonatal ICU has been implanted. We encountered lots of construction and deconstruction, on one part the family is seen as a problem, father and mother can only be with their child during the visitors period, and some professionals still shows resistance; on the other part the family is fundamental and the laws and politics of health evolves in the sense of guarantee the presence of the parents in the hospital. In the third article, "Child's hospital as a marco in high risk newborn's care in Santa Catarina", the objective was to know how the implantation process of the neonatal ICU in Florianopolis in the 1980's, as well as to present the relevance of this unit in the high risk newborn care. The necessity of specialize attendance was a great propulsion for the neonatal ICU of Child's Hospital Joana de Gusmão. This unit represents a milestone in the neonatal intensive care and practice of care to people and the professionals that works there were fundamental in the institution of knowledge and practice of care to the high risk newborn. The results of these thesis permits to assert that the implantation of neonatal ICU influence the qualitative in the care of newborn and his family, with focus oriented for the survival of the newborn and reflexes of this experiences continues to be present in actuality. To transform the history of care practice of neonatal intensive therapy, it is necessary to look for creative forms of expression, romping with standard and reigning practice, contributing to new practices and new knowledge, new modes of doing and reacting in the care of newborn and his family.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units Neonatal, Newborn, Family, Power, History.

COSTA, Roberta. Saberes y prácticas en el cuidado al recién nacido en terapia intensiva en la década de 1980 en Florianópolis. 2009. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 168 p.

RESUMEN

Investigación cualitativa, con abordaje socio-histórica cuyo objetivo fue el de comprender la historia de las transformaciones de las prácticas de cuidado al recién nacido y su familia, a partir de la implantación de la primera UTI neonatal en Florianópolis. El contexto del estudio fue el Hospital Infantil Joana de Gusmão y los sujetos de la investigación fueron profesionales de salud que trabajaban en la UTI general y/o UTI neonatal en la década de 1980. Para la recolección de información utilicé la Historia Oral, realizando entrevistas semiestructuradas. Para análisis de los datos utilicé el método genealógico propuesto por Michel Foucault. Los resultados obtenidos fueron presentados en la forma de tres artículos. En el primer artículo, “La UTI neonatal posibilitando nuevas prácticas en el cuidado al recién nacido”, el objetivo fue el de comprender como se instituyeron las prácticas de cuidado al recién nacido en la UTI neonatal en Florianópolis, en la década de 1980. En este artículo abordé el asunto de la reducción de la morbimortalidad neonatal a partir de la implantación da UTI neonatal y tejí algunas reflexiones sobre la forma que las prácticas de cuidado fueron instituidas. Los discursos de los profesionales de salud revelan que desde los primordios de la UTI neonatal, ya había una preocupación con el cuidado sensible, humanizado e individualizado. El segundo artículo, “Percepción del equipo de salud sobre la familia en la UTI neonatal: resistencia a los nuevos saberes”, tuvo como objetivo analizar de que forma viene siendo instituido el saber con relación a la presencia de la familia en la UTI neonatal. Encontramos muchas construcciones y desconstrucciones, por un lado la familia es vista como un problema, padre y madre solo pueden quedar con sus hijos en el horario de visita, y algunos profesionales todavía presentan resistencias; de otro, la familia es fundamental y las leyes y políticas de salud evolucionaron en el sentido de garantizar la presencia de los padres en el hospital. En el tercer estudio, “El Hospital Infantil como un marco en la atención al recién nacido de alto riesgo en Santa Catarina”, el objetivo fue conocer como se dio el proceso de implantación de la UTI neonatal en Florianópolis en la década de 1980, así como presentar la relevancia de esta unidad para el cuidado al recién nacido de alto riesgo. La necesidad de una atención especializada fue la gran propulsora de la UTI neonatal. Esta unidad representó un marco en el cuidado intensivo neonatal catarinense y los profesionales que ahí actuaron fueron fundamentales en la institución del saber y de las prácticas de cuidado al recién nacido de riesgo. Los resultados de esta tesis permiten afirmar que la implantación de la UTI neonatal influyó cualitativamente en el cuidado al recién nacido y su familia, con el enfoque orientado para la sobrevivencia del recién nacido y los reflejos de esta experiencia continúan presentes en la actualidad. Para transformar la historia de las prácticas de cuidado en terapia intensiva neonatal, es necesario buscar formas creativas de expresión, rompiendo con los padrones y prácticas reinantes, contribuyendo para nuevas prácticas y nuevos saberes, nuevos modos de hacer y de actuar en el cuidado al recién nacido e su familia.

DESCRIPTORES: UTI neonatal, recién nacido, familia, poder, historia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Foto da UTI pediátrica do HIJG	77
Figura 2: Foto da UTI neonatal do HIJG	77
Figura 3: Foto da UTI neonatal do HIJG	100
Figura 4: Foto da UTI neonatal do HIJG	100
Figura 5: Foto da UTI neonatal do HIJG	130
Figura 6: Foto da UTI neonatal do HIJG	130

SUMÁRIO

1 APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DO ESTUDO	14
2 CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA ONTEM E HOJE: RECORTES DA LITERATURA	24
2.1 A ATENÇÃO NEONATAL: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA	24
2.2 O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM UTIN	30
2.3 O AMBIENTE DA UTIN	33
2.4 AS RELAÇÕES RECÉM-NASCIDO/ FAMÍLIA/ PROFISSIONAL DE SAÚDE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO	35
2.5 A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ACERCA DO CUIDADO EM UTIN	38
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	53
3.1 A ESCOLHA DO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	53
3.2 MICHEL FOUCAULT E SUA TRAJETÓRIA FILOSÓFICA	55
3.3 PÓS-MODERNISMO, PÓS-ESTRUTURALISMO E O PENSAMENTO DE MICHEL FOUCAULT	58
3.4 O REFERENCIAL FOUCAULTIANO E SUA APLICAÇÃO NA ENFERMAGEM	60
4 CAMINHO METODOLÓGICO	65
4.1 O TIPO DE ESTUDO	65
4.2 SUJEITOS DO ESTUDO	66
4.3 A COLETA DE DADOS	67
4.4 A ANÁLISE DOS DADOS	69
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	73
4.6 RIGOR METODOLÓGICO	74
5 RESULTADOS	76
5.1 A UTI NEONATAL POSSIBILITANDO NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO (artigo 1)	78

5.2 PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A FAMÍLIA NA UTI NEONATAL: RESISTÊNCIA AOS NOVOS SABERES (artigo 2)	101
5.3 O HOSPITAL INFANTIL COMO REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO EM SANTA CATARINA (artigo 3)	131
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS	150
APÊNDICES.....	159
ANEXOS	163

1 APROXIMAÇÃO INICIAL COM A TEMÁTICA DO ESTUDO

Conhecer os saberes e as práticas instituídas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva nos remete a história da implantação das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). A UTIN constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de alto risco, sendo considerada de alta complexidade tecnológica, com recursos materiais e equipe multiprofissional especializados (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003). Neste estudo, pretendi buscar a partir do discurso dos profissionais de saúde, de Florianópolis, de que forma era realizado o cuidado ao recém-nascido de risco na década de oitenta, e discutir como os saberes instituídos, durante este período, estão presentes em nosso cotidiano, nas relações e no processo de trabalho.

O interesse em abordar tal tema vem sendo despertado desde o início da minha formação profissional, quando, ainda como aluna do curso de graduação em Enfermagem, comecei a aproximar-me dos aspectos relacionados à área obstétrica e neonatal. Neste período, atuei como bolsista de um projeto de extensão interdisciplinar, que envolvia educação em saúde, com a participação das gestantes e seus acompanhantes e minha experiência neste grupo possibilitou o compartilhar de conhecimentos e experiências, tanto com os profissionais como com as mulheres e os homens que participavam dos encontros, já que ali eram abordados temas sobre a gestação, o parto e o puerpério. Com esta experiência foi nascendo, aos poucos, o desejo de aprofundar meus conhecimentos nos conteúdos pertinentes ao processo de nascimento e cuidado ao recém-nascido. Ainda durante a graduação em Enfermagem, em co-participação com outras colegas, realizei o Trabalho de Conclusão de Curso com recém-nascidos prematuros e suas famílias, vivenciando uma experiência de cuidado humanizado na UTIN (SANTOS et al., 1999). Naquele momento, percebi que a hospitalização de um recém-nascido traz consigo uma variedade de elementos e significados que permeiam o cotidiano das famílias e dos profissionais ali envolvidos. Desta forma, senti-me instigada a continuar percorrendo os caminhos do cuidado neonatal, procurando mergulhar neste universo para melhor exercer minha prática profissional nesta área.

Iniciei minhas atividades profissionais como enfermeira assistencial, na UTIN de um Hospital Universitário, passando a vivenciar diferentes nuances de encontros, compartilhando

diariamente crenças, valores e experiências com as pessoas envolvidas naquele cotidiano de cuidado. Pude perceber, desde o início, inúmeras possibilidades e dificuldades que permeiam este cuidado, principalmente, a partir das relações estabelecidas entre os recém-nascidos/famílias/profissionais.

A UTIN é um local marcado pela tecnologia de ponta, na qual profissionais atarefados dividem espaço com os bebês e com toda variedade de equipamentos necessários para o suporte de suas vidas (BRASIL, 2002a). Estas unidades passaram por muitas transformações ao longo dos tempos e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo ao cuidado aos recém-nascidos. Lamy (2000) assinala que nos últimos trinta anos, grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente das unidades neonatais no Brasil, de certa forma acompanhando a tendência mundial. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais freqüente dos pais e o cuidado de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe de saúde neonatal.

Nesta perspectiva, ao ingressar no Curso de Mestrado em Enfermagem (2004), refleti com os profissionais de saúde, da unidade neonatal onde atuava sobre o cuidado prestado ao recém-nascido e sua família, especificamente sobre a estratégia Método Canguru¹, enquanto proposta governamental de atenção humanizada ao recém-nascido implantada naquela realidade. Neste momento, conduzi, então, uma prática educativa com a equipe de saúde, visando criar espaços dialógicos para reflexões sobre a prática assistencial, os significados desta experiência, assim como as dificuldades e potencialidades da equipe, uma vez que, apesar desta unidade ser referência no Método Canguru, os profissionais de saúde possuíam distintos significados e interpretações para tal prática (COSTA, 2005).

Este estudo contribuiu para a produção de conhecimentos sobre o nascimento prematuro, acrescentando novos ângulos e perspectivas à prática do cuidado exercido pelos profissionais da equipe de saúde, ao desenvolvimento do Método Canguru, enquanto proposta de atenção neonatal, e à mudança no paradigma do cuidado ao recém-nascido prematuro – o cuidado centrado na família. Assim, foram desvelados alguns aspectos relacionados à presença da família na UTIN e a inserção dos pais nos cuidados de seu filho. Os resultados do estudo demonstraram que os profissionais perceberam como é importante ampliar o nosso sujeito de cuidado para além do recém-nascido prematuro, envolvendo a família e suas

¹ Método Canguru é uma política governamental de cuidado humanizado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso que implica em contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente (BRASIL, 2002a).

interações. Manifestaram igualmente, que não basta apenas atender às necessidades do bebê internado, mas é fundamental que todos os profissionais entendam e resignifiquem as diferentes maneiras que a mãe-família utiliza para enfrentar este processo, para ajudá-las na sua superação e trabalhando para a conquista do fortalecimento do vínculo afetivo recém-nascido /mãe/ família.

Contudo, as reflexões dos profissionais que participaram deste estudo levaram-me a perceber, muitas vezes, que a forma de organização do cuidado ainda está bastante centrada na hegemonia médica e no modelo biomédico de atenção à saúde. Além disso, durante o Curso do Mestrado, em meio a este turbilhão de constatações e de novas dúvidas, tive a oportunidade de trabalhar em outra UTIN, de um Hospital Pediátrico que é referência no Estado de Santa Catarina para o cuidado de recém-nascidos com patologias complexas. Desenvolvi nesta unidade atividade assistencial por pouco mais de um ano, tempo suficiente para perceber um terreno fértil para novas investigações.

Durante o tempo que permaneci nessa unidade, pude partilhar com os profissionais da equipe de saúde muitos momentos de aprendizado e troca de experiências, principalmente em relação ao manejo clínico do recém-nascido grave. Percebi que pela complexidade do tratamento, o cuidado era centrado na criança e em sua patologia, com ênfase nos aspectos fisiopatológicos, sendo a família, muitas vezes, impedida de permanecer naquele ambiente. A prática diária dos profissionais revelava uma visão ainda centrada no corpo anátomo-fisiológico, dentro da assistência clínica, individual e curativa. Além disso, passei a vivenciar diferentes relações de poder existentes entre os diferentes membros da equipe de saúde e entre estes e as famílias, como por exemplo: a postura do profissional médico que determinava as normas e rotinas da unidade, pouca ou nenhuma autonomia da enfermeira sobre o processo de trabalho da unidade e da equipe de enfermagem, o controle do tempo e do espaço que as famílias podiam ocupar dentro da UTIN.

A partir destas experiências, passei a me questionar sobre diferentes aspectos relacionados ao meu cotidiano de trabalho: Por quê alguns profissionais ainda resistiam em prestar o cuidado integral? Por quê, muitas vezes, existe dificuldades em ampliar o foco de cuidado para além da doença do recém-nascido? Quais as barreiras impostas para a presença da família na UTIN? Por quê, apesar das políticas de saúde vigentes sinalizarem para a “humanização” do cuidado e para uma assistência individualizada, na prática, muitas vezes, o cuidado ainda é baseado no modelo biomédico? Por quê as práticas e saberes instituídos sob as bases do modelo clínico, curativista e da hegemonia médica, na qual foram implantadas as

UTINs, têm-se perpetuado até a atualidade? Por quê muitos profissionais ainda apresentam certa resistência às filosofias de atenção integral à saúde do recém-nascido e sua família?

Estas inquietações me levaram a participar da seleção para o Curso de Doutorado, e foi durante este processo que eu comecei a pensar na possibilidade de realizar um estudo com abordagem sócio-histórica, que me possibilitasse compreender melhor estas questões. Decidi então, ingressar no Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). Durante os encontros neste grupo, tive contato com diversas pesquisas históricas e aos poucos comecei a elaborar meu projeto de pesquisa também com esta abordagem, acreditando na idéia de que, ao conhecer o passado, ou ao menos uma parte dele, eu poderia lançar luzes para discutir o presente e elucidar o momento vivido.

Assumi, então, as bases da Nova História uma vez que esta é uma história do tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema, entender que qualquer sociedade proporciona uma história, em que passado e presente são iluminados pela discussão, pela análise de forças permanentes que atuam sobre as vontades humanas. Possibilita que se saibam quais as forças que estavam em cena em um dado momento, qual sua situação pós-acontecimento, se isso contribuiu para seu fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não proporcionou nenhuma mudança (LE GOFF, 1998).

Para construir esta história do cuidado ao recém-nascido elegi, ainda, o referencial de Michel Foucault, instigada pelo convite e estímulo que o autor faz para olhar o nosso cotidiano de forma diferente. Foucault propõe o desenho de uma história nova, ou melhor, uma leitura histórica nova das idéias e do saber, enfatizando, assim, o contraponto entre a história pura e simples e “a história do pensamento, dos conhecimentos, da filosofia, da literatura, [que parecem] multiplicar as rupturas e buscar todas as perturbações da continuidade” (FOUCAULT, 1987, p.6).

Após estas escolhas, parti para construção do meu projeto de pesquisa realizando leituras sobre a história das UTINs, sobre o contexto sócio-histórico da década de oitenta e sobre as transformações no cuidado ao recém-nascido.

A preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu, no início do século XX, como um prolongamento da ação da prática obstétrica. Inicialmente, as unidades de atendimento ao recém-nascido tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, a prevenção de infecções e diminuição da morbi-mortalidade. Foram instalados berçários junto às maternidades para isolarem todos os neonatos, com a finalidade de reduzir os riscos de infecção. Instituíram-se medidas rigorosas

de isolamento, com proibição do manuseio desnecessário e a presença de visitas, inclusive da própria mãe (KLAUS; KENNEL, 1995).

Na segunda metade do século XX, ocorreu uma forte medicalização do nascimento aumentando as intervenções sobre o binômio mãe-filho e, sobretudo, na relação entre eles e a família (OJEDA, 1987). Progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, feto e neonato, emergindo avanços na terapêutica que refletiram na redução da morbi-mortalidade perinatal e neonatal (SCOCHI; COSTA; YAMANAKA, 1996).

Scochi (2000) aponta que com essas inovações nas ciências e práticas médicas o parto e a assistência ao recém-nascido passaram a ser realizados em hospitais, tendo por base a premissa de que a ciência e a tecnologia podem dominar e/ou neutralizar os riscos. O manejo de novas tecnologias médicas, como a anestesia, antisepsia, antibioticoterapia e hemoterapia também contribuíram para isso. Conhecer melhor as condições fetais possibilitou a identificação de fatores de risco e a aplicação de procedimentos cirúrgicos, favorecendo a sobrevivência fetal.

A institucionalização do nascimento, durante muito tempo, separou mãe e filho. As puérperas eram isoladas em unidades obstétricas de puerpério, enquanto os recém-nascidos eram alojados em unidades de berçário. Esta prática, garantida pelo modelo hegemônico higienista, respondia à ‘necessidade científica’ de evitar qualquer tipo de infecção, além de imprimir racionalidade ao trabalho, promovendo o controle dos corpos das mulheres e bebês, prevenindo riscos potenciais (MONTICELLI, 2003).

O berçário era um setor hospitalar que abrigava os bebês “à termo e sem complicações”, cujo contato com a mãe e os familiares era feito de modo descontínuo (MONTICELLI, 2003). Os primeiros berçários brasileiros surgiram em 1945 (LOYOLA, 1983). No Brasil, a prática de alojar conjuntamente puérperas e recém-nascidos não era freqüente até a década de 70 e apenas as Santas Casas de Misericórdia acomodavam mulheres de baixa renda junto com seus filhos. A partir de 1997, o Ministério da Saúde instituiu a recomendação de que as crianças sem risco permanecessem ao lado de suas mães, e não mais em berçários (UNGERER, MIRANDA; 1999).

Há que se mencionar aqui que, em muitas Instituições, co-existiam o berçário tradicional e o berçário de alto risco, sendo que o **berçário de alto risco** era uma unidade que se diferenciava do tradicional, por se destinar ao atendimento dos recém-nascidos prematuros e/ou com complicações fisiopatológicas. Em termos amplos da atenção ao recém-nascido, este

tipo de unidade hospitalar era (e ainda é em algumas instituições brasileiras) especializada no cuidado ao neonato “de risco”, cujo objetivo principal era a sobrevivência deste bebê e onde o trabalho concentrava-se no domínio da doença. Estas unidades foram criadas por conta de uma demanda e necessidade específicas, entretanto, nem sempre apresentavam estrutura adequada e normas idealizadas (BARBOSA, 2004).

Ao longo do século XX, por conta de toda uma conjuntura político-social os berçários de alto risco, transformaram-se em unidades de internação neonatal e unidades de terapia intensiva neonatal (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003). Ainda é bastante confusa esta diferenciação do que foram os berçários de alto risco e o que são as UTIs neonatais. A normalização oficial para o setor é relativamente recente e obscura (BARBOSA, 2004). Digamos que as UTIs surgiram por conta de uma determinação político-assistencial, que começou a ser desenhada por volta da década de 80.

Para fins, deste estudo optei por estudar as práticas e saberes instituídos a partir da implantação da **UTI neonatal**, enquanto unidade formalmente instituída, organizada e voltada conscientemente para um “saber” profissional que requeria especificidade, habilitação e princípios voltados ao “objeto” do cuidado, ou seja, o recém-nascido pré-termo ou doente. Esta nova concepção de organização e ideário em torno do bebê de risco acontecia em concomitância com novas propostas ministeriais para o setor. Ao longo das últimas décadas, o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no centro das políticas públicas de saúde brasileiras (CARVALHO; GOMES, 2005). Encontramos, de forma mais evidente, a formalização das propostas programáticas na assistência à saúde materno-infantil a partir da década de 70.

No início do século XXI, no Brasil, as novas propostas de políticas do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2001, 2002a, 2004) visam à humanização do cuidado. Entre estas políticas, podemos citar o HumanizaSUS, programa que tem como proposta reduzir as dificuldades encontradas durante o tratamento, favorecer a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais da saúde e o usuário, incluindo a família; o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, que tem como objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério; e o Método Canguru, proposta de atendimento humanizado ao recém-nascido de baixo peso. Contudo, apesar das políticas governamentais apresentarem uma abordagem voltada para humanização do cuidado, na prática, muitas vezes, percebemos concepções diferentes sobre o significado de tais políticas e dificuldades e/ou não incorporação destas, no cotidiano do cuidado.

Com base na literatura e nas políticas de atenção ao recém-nascido no Brasil podemos constatar que, nos últimos anos, o universo científico vem se transformando no sentido de buscar a saúde integral, passando de uma visão mecanicista, para um novo olhar, a visão de um todo dinâmico, indivisível, no qual as partes são essencialmente inter-relacionadas (WALDOW, 1998; GAÍVA, SCOCHI, 2004; SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004; OLIVEIRA, 2007; NETO et al., 2008).

Aos poucos a preocupação exclusiva com a sobrevivência foi se expandindo de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, mas também a qualidade de vida. Novos instrumentos foram incorporados às práticas assistenciais para apreender o objeto de ação, que se ampliou para além do corpo anátomo-fisiológico do recém-nascido, envolvendo pais, família e comunidade. Nas últimas décadas, a ênfase não se restringiu apenas ao controle da doença, mas à sua prevenção, fazendo parte da avaliação as condições sociais, ambientais e educacionais da família. As transformações no processo de trabalho visaram não só atender a necessidade social de diminuição da morbi-mortalidade, mas também, assegurar uma sobrevivência de melhor qualidade à mãe e ao neonato, esperando-se como produto final a manutenção e recuperação da força de trabalho para o setor produtivo da sociedade capitalista (SCOCHI, COSTA, YAMANAKA, 1996; GAIVA, SCOCHI, 2004; CAETANO, 2004; COSTA, 2005; KAMADA, ROCHA, 2006; OLIVEIRA, 2007).

Assim, determinados avanços do conhecimento mostraram outras necessidades que não apenas as de vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com a família, com a equipe e com a sociedade, o que lhe dá direitos universais de cidadania. A preocupação exclusiva com a sobrevivência expandiu-se de modo a considerar não somente os aspectos quantitativos, orgânicos, fisiológicos, mas também a qualidade de vida. Na assistência ao prematuro, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família. Os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de cuidar, visando o fornecimento de estímulos sensoriais ao neonato e o estabelecimento do vínculo e apego, além do seu preparo para o cuidado domiciliar do filho.

Entretanto, muitos estudos concluem que, na realidade, o modelo assistencial neonatal, ainda hoje, está centrado no modelo biomédico, hospitalocêntrico e nas práticas curativas; os procedimentos técnico-científicos ainda estão centrados apenas no diagnóstico clínico e na terapêutica; o trabalho nas UTINs expressa imagens da apropriação do corpo débil do prematuro, exaltando as tendências de um trabalho tecnicizado e rotinizado que caracteriza o modelo biologicista de cuidar. Apesar da valorização de um discurso que sinaliza para a

inserção da família no cuidado neonatal, a efetivação da assistência é dificultada pela escassez de recursos, filosofia de trabalho implantada, falta de sensibilização e instrumentalização dos profissionais de saúde para dar conta das novas necessidades que se colocam no processo de trabalho. Afora isto, a ausência de reflexões críticas acerca dos paradigmas que têm embasado a atenção à saúde, na perspectiva da transformação (OLIVEIRA, LOPES, VIEIRA, COLLET, 2006; GAÍVA, SCOCHI, 2002; ROLIM, CARDOSO, 2006; OLIVEIRA, RODRIGUES, 2005; COSTA, 2005; OLIVIERA, 2007).

Em Florianópolis, os saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido, no âmbito hospitalar, começaram a ser desenvolvidos nos **berçários** das duas tradicionais maternidades da cidade, a Maternidade Dr. Carlos Corrêa (1927) e a Maternidade Carmela Dutra (1955), sendo que nesta última, existia também o berçário de alto risco, que, como já argumentei, era uma unidade em que era prestada assistência ao recém-nascido prematuro e/ou com intercorrências clínicas. Entretanto, oficialmente, as UTINs surgiram na cidade na década de 1980, sendo que a primeira unidade foi instalada no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em 1987 (Anexo I), sendo, por conseguinte, este o contexto em que a pesquisa foi desenvolvida.

Por entender que muitos dos saberes e práticas instituídas no cuidado ao recém-nascido de alto risco em nosso estado foram influenciados pelo atendimento nesta unidade, decidi desenvolver o estudo com os profissionais que estiveram envolvidos com o processo de implantação desta unidade. A inauguração desta unidade é a justificativa para a década histórica escolhida para esta pesquisa.

Ao buscar material bibliográfico e documentos científicos sobre o processo de implantação desta unidade, percebi que há pouco ou quase nada registrado, restando encontrei artigos ou livros sobre a implantação desta UTIN em Florianópolis e por ouvir relatos de alguns profissionais sobre como era prestado o cuidado nestas unidades. Somado a isso, apesar dos avanços teóricos no cuidado ao recém-nascido, na prática, o que percebo é que muitas vezes o modelo vigente ainda está centrado no modelo biomédico – hegemônico. Diante do exposto, fui instigada a desenvolver este estudo onde pretendo construir a história das transformações das práticas e saberes no cuidado ao recém-nascido em Florianópolis na década de 1980, não como uma forma de reconstruir o passado, mas procurando fazer uma leitura deste passado a partir do discurso dos profissionais que vivenciaram este momento.

Assim, a formulação do problema de pesquisa configura-se da seguinte maneira:

Como se instituíram as práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família a partir da implantação da UTI neonatal em Florianópolis na década de oitenta e quais as repercussões desta prática no cenário atual?

Tenho como objetivo geral:

Compreender a história das transformações das práticas e saberes de cuidado ao recém-nascido e família, a partir da implantação da UTI neonatal em Florianópolis.

Os objetivos específicos são:

- Analisar as transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e família, a partir da implantação da UTIN em Florianópolis.
- Refletir sobre os modos como os novos saberes da neonatologia são instituídos na prática e instituintes de novas práticas e sujeitos profissionais.

Assim sendo, minha tese consiste em mostrar neste estudo, através do discurso dos profissionais de saúde, que **“A implantação da UTIN influenciou qualitativamente no cuidado ao recém-nascido e sua família, com o enfoque orientado para a sobrevivência do recém-nascido e os reflexos desta experiência continuam presentes na atualidade”**

Através da história do cuidado ao recém-nascido durante a instalação das UTINs, pretendo elucidar o contexto vivido e fornecer os significados deste contexto. Ademais, percebo que já existem alguns estudos sobre o cuidado ao recém-nascido e sua família, tais como aqueles que tratam dos primórdios da assistência aos recém-nascidos, no exterior e no Brasil, no período de 1870 a 1903 (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004); analisam a organização da assistência ao recém-nascido a nível hospitalar (KAMADA, SCOCHI, ROCHA, 1990; SCOCHI, ANGERAMI, ROCHA, LIMA, 1997); realizam uma análise história da assistência ao bebê prematuro e de baixo peso (SCOCHI, 2000); narram a evolução da Neonatologia e da Enfermagem Neonatológica (KAKEHASHI, 1996); descrevem os cuidados de enfermagem ao recém-nascido e analisam as modificações na assistência de enfermagem no período de 1937 a 1979 (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005); além de estudos sobre as conquistas e perspectivas em termos de políticas públicas e sociais no campo da neonatologia no Brasil (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). Entretanto, existe uma lacuna importante com relação aos estudos que descrevem a história da implantação das UTINs no Brasil, assim como os estudos que descrevem os saberes e práticas

instituídos na hospitalização do recém-nascido a partir da experiência dos profissionais de saúde.

Pretendi contribuir para a compreensão de muitas ações de cuidado vigentes até hoje, bem como para refletir de que maneira os novos saberes são instituídos e são instituintes na prática pelos profissionais de saúde, valorizando a participação destes profissionais no processo de implantação das UTINs em Florianópolis e quiçá identificando novas possibilidades de cuidado aos recém-nascidos e suas famílias. Este estudo possibilitou também, contar uma parte da história do cuidado em neonatologia em Florianópolis, fortalecendo, assim, a linha de pesquisa em História em Saúde e Enfermagem e o Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

2 CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM TERAPIA INTENSIVA

ONTEM E HOJE: recortes da literatura

2.1 A ATENÇÃO NEONATAL: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Durante séculos, a infância foi desvalorizada pela sociedade, atribuindo-se a criança uma posição insignificante na família. Os profissionais de saúde também tratavam com indiferença esta população. Os médicos frequentemente se recusavam a atender as crianças doentes, avaliando a função de “governar” as crianças como responsabilidade das mulheres (BADINTER, 1985). Kamada, Scochi e Rocha (1990) afirmam que, até o século XIX, não havia também preocupação com o cuidado ao recém-nascido; os bebês geralmente nasciam em casa e as escassas noções sobre atendimento no momento do nascimento ficavam por conta dos médicos e parteiras, que dedicavam maior atenção ao parto em si do que ao recém-nascido. O parto no hospital era bastante temido e era elevada a mortalidade entre as mulheres. Os hospitais que prestavam este cuidado não se preocupavam em ter unidades separadas para oferecer cuidados ao recém-nascido.

Um dos pioneiros a desenvolver tecnologias para o cuidado dos bebês prematuros foi o professor e obstetra parisiense, Stéphane Etienne Tarnier, responsável pela construção de uma das primeiras incubadoras, em 1880 (SILVERMAN, 1979). O contexto que impulsionou o desenvolvimento dessa tecnologia de cuidado foi a necessidade de redução dos óbitos, entre as crianças pequenas, face à questão demográfica de países em crescimento econômico e político. As estatísticas de óbitos, nesta época, apontavam o nascimento prematuro como uma das causas principais da elevada mortalidade infantil (SCOCHI, 2000).

Pierre Budin (1846-1907), obstetra francês e discípulo de Tarnier, posteriormente, deu continuidade ao trabalho e aos estudos de seu professor sobre os cuidados ao recém-nascido, criando incubadoras com paredes de vidro para permitir às mães a visualização de seus filhos, incentivando que estas os visitassem e cuidassem (KLAUS; KENNELL, 1995). Budin dispensou atenção às crianças que ajudava a nascer, criando o primeiro ambulatório de puericultura para bebês saudáveis, no Hospital Charité de Paris, em 1892. Scochi (2000), descrevendo o tipo de relação entre o profissional e o pequeno cliente assinala que, semanalmente, os bebês eram examinados e pesados; as mães, encorajadas, recebiam supervisão e orientação para o aleitamento materno, mas quando este era insuficiente, Budin e

seus alunos utilizavam amas de leite ou prescreviam o aleitamento misto ou artificial, com o leite de vaca esterilizado. O contato precoce da mãe com os neonatos pré-termo e enfermos era estimulado por facilitar o aleitamento materno.

Especificamente no que diz respeito aos cuidados com os bebês pré-termo, Budin descreveu três problemas que considerava básicos: prevenção das doenças infecciosas às quais eram propensos, a alimentação e a termorregulação. Ribeiro (1991) relata que Budin reconheceu a importância de um local especial para prestar assistência a esses bebês, nos hospitais onde existiam serviços de partos. Nesse período, o obstetra francês lutou também pela criação de um serviço especial para os prematuros, que foi inaugurado em 1893. Nesses locais, além da observação minuciosa dos bebês, permitia-se a presença das mães junto deles o maior tempo possível, visando a estimulação do aleitamento materno. De acordo com Klaus e Kennell (1995, p.139), Budin justificava sua conduta, pelo que consta, das observações: “as mães quando separadas do filho ainda pequeno, perdem todo o interesse por aqueles que não puderam cuidar ou afagar”. Apesar de enfatizar esses cuidados para o estabelecimento do vínculo mãe-filho, também reconhecia as dificuldades dessa assistência, citando: “infelizmente algumas mães abandonam bebês cujas necessidades elas não satisfizeram e pelos quais perderam todo o interesse. A vida do pequeno foi salva, é verdade, porém não à custa da mãe” (KLAUS; KENNEL, 1995, p. 139). Budin, pela sua prática assistencial e de pesquisa, foi considerado o primeiro neonatologista e perinatologista da era moderna (KLAUS; KENNEL, 1995).

Scochi (2000) aborda importantes fatos como determinantes do surgimento dos primeiros berçários: a criação de hospitais-maternidades institucionalizando a assistência ao nascimento; a questão populacional devido à elevada mortalidade infantil e ao grande declínio das taxas de natalidade; o movimento de proteção materno-infantil; a influência de eloquentes obstetras divulgando o conhecimento de métodos a serem adotados para a criação dos bebês; o desenvolvimento tecnológico ocorrido após a Revolução Industrial e a medicalização do hospital, transformado em instrumento da prática médica clínica no século XIX.

Em fins do século XIX e início do XX, um dos alunos de Budin, Martin Couney, utilizando sua incubadora (denominada na época, de “chocadeira de crianças”) conseguiu, em quatro décadas, evitar a morte de cerca de 5.000 prematuros. Participou da Exposição de Berlim, em 1896, e de outras exposições na Inglaterra e nos Estados Unidos, onde expunha seus bebês, instalando-se, posteriormente, em Coney Island. Diferentemente de seu professor, Couney não permitia a participação das mães nos cuidados de seus filhos, encontrando dificuldades em persuadi-las a receber seus filhos após a alta hospitalar (SILVERMAN, 1979;

GORDON, 1984; KLAUS, KENNEL, 1995; OLIVEIRA, 2004). Os bebês cedidos a Couney vinham das maternidades alemãs, que não acreditavam na sua sobrevivência, porém, reconhecendo o interesse do público pelos pequenos bebês, este professor passou a cobrar ingressos nas suas exposições (SILVERMAN, 1979). As condições dos bebês que nascessem antes do termo, enquanto objeto de investigação e curiosidade pública, contribuíram para o surgimento da Neonatologia, propiciando o desenvolvimento de pesquisas, estudos controlados e específicos (RIBEIRO, 1991).

Para Pizzato e Da Poian (1982), tais métodos assistenciais constituíram-se num marco histórico para a ruptura da unidade mãe e recém-nascido e na primeira barreira a esse mesmo binômio. Com as elevadas taxas de morbi-mortalidade dos recém-nascidos nos hospitais, foram instituídas rigorosas medidas de isolamento para diminuir as doenças infecto-contagiosas dos neonatos. A ênfase na permanência das mães junto aos filhos prematuros foi, aos poucos, sendo abandonada. Este período foi marcado então pelo grande avanço científico-tecnológico, tornando também o cuidado do recém-nascido cada vez mais especializado. O conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. O reconhecimento das intercorrências que esses prematuros apresentavam em termos de debilidades nas funções fisiológicas, dentre as quais se destacam àquelas associadas ao sistema imunológico, termorregulador e digestivo, com reflexos de sucção e deglutição imaturos, entre outros, levou a geração de tecnologia específica, contribuindo então para a diminuição da mortalidade infantil.

No início do século XX foram instalados berçários junto às maternidades para isolar todos os neonatos, instituiu-se o campo de concentração dos recém-nascidos, com a finalidade de reduzir os riscos de infecção e contaminação. Estabeleceu-se medidas rigorosas de isolamento, com enfermarias separadas para crianças que não apresentavam infecção, enquanto os prematuros eram alojados no berçário ou enfermaria infantil. Evitava-se a hospitalização sempre que possível e adotavam-se regras especiais, como proibição do manuseio desnecessário da criança e a presença de visitas, inclusive da própria mãe, sendo a alta precoce, também, uma medida preventiva de infecção (PIZZATO, Da POIAN, 1982; KLAUS, KENNEL, 1995). Gradativamente, outras medidas profiláticas foram introduzidas, decorrentes dos avanços da microbiologia, como a lavagem das mãos, o uso de aventais, gorros e máscaras (GORDON, 1984).

Após a Primeira Guerra Mundial, ocorreu grande incremento na área de saúde e da produção de conhecimento científico e tecnológico, em diversos países, através de estudos desenvolvidos com recém-nascidos. Segundo Ziegel e Cranley (1980), os esquemas rígidos de

cuidado ao recém-nascido tornavam-se cada vez mais imprescindíveis com o aumento gradativo do parto hospitalar. As mães que voltavam para casa sem muita orientação, devido à escassez de recursos humanos, levavam consigo um conjunto de regras a cumprir.

Segundo Bochembuzio e Gaidzinski (2005), a preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu como um prolongamento da ação da prática obstétrica. Recursos materiais, humanos e terapêuticos se faziam necessários para o controle da termorregulação, alimentação e prevenção de infecção, além de planta física e dispositivos próprios para o atendimento, como incubadoras, procedimentos e normas rigorosas de isolamento e treinamento especial do pessoal (SCOCHI, 1993). Os berçários tinham a finalidade social de diminuir a mortalidade infantil dos países industrializados, visando à força de trabalho e evitando mortes prematuras, tendo em vista a diminuição da natalidade e o risco do despovoamento.

Com o sucesso clínico, os centros de prematuros foram se expandindo para diversos países. Nos Estados Unidos, o primeiro centro de tratamento de prematuros, denominado "*Sarah Morris Hospital*", foi criado em 1923, na cidade de Chicago. (KLAUS; KENNEL, 1995). De acordo com Scochi (2000) o trabalho nestas unidades era caracterizado por situações de instabilidade clínica dos neonatos e risco de morte eminente, cuja demanda significativa foi e continua sendo de bebês prematuros. A ênfase pode estar centrada no processo diagnóstico e terapêutico, cuja finalidade é a manutenção e recuperação biológica de um ser imaturo ou a cura da doença, enquanto desvio da normalidade, através do uso de saberes científicos desenvolvidos ou apropriados pelas ciências médicas.

Em decorrência da imaturidade anátomo-fisiológica, a assistência desses bebês em unidade neonatal passou a incluir a permanência em berços aquecidos e em incubadoras, para garantir e manter o calor corporal; o recebimento da alimentação parenteral ou por sonda gástrica, até coordenar a sucção, a deglutição e a respiração; e o monitoramento e suporte às funções vitais, por meio de equipamentos como saturômetro, monitores cardio-respiratórios e de temperatura, respiradores para ventilação e outros recursos tecnológicos de alta complexidade, que a cada dia têm aumentado em número e sofisticação, repercutindo no aumento da sobrevivência de bebês com graus cada vez maiores de prematuridade e menores de peso ao nascer (CAETANO, 2004).

Progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, do feto e do neonato, emergindo avanços na terapêutica, que se refletiram na redução da mortalidade perinatal e neonatal. Scochi (2000)

aponta que com essas inovações nas ciências e práticas médicas, o parto e a assistência ao recém-nascido passaram a ser realizados em hospitais, tendo por base a premissa de que a ciência e a tecnologia podem dominar e/ou neutralizar os riscos. O manejo de novas tecnologias médicas, como a anestesia, antissepsia, antibioticoterapia e hemoterapia também contribuíram para isso. Conhecer melhor as condições fetais possibilitou a identificação de fatores de risco e a aplicação de procedimentos cirúrgicos, favorecendo a sobrevivência fetal. Ao longo do século XX os berçários transformaram-se em unidades de internação neonatal e unidades de terapia intensiva neonatal (KAMADA; ROCHA; BARBEIRA, 2003).

Os impactos das intervenções sanitárias e médicas culminaram com a redução da mortalidade infantil não apenas na Inglaterra, mas também em outros países da Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América. Todavia, essa diminuição deveu-se mais ao componente infantil tardio, pois a mortalidade neonatal foi reduzida em menor proporção, tendo sido a prematuridade e o baixo peso ao nascer as causas mais importantes de óbitos. Esse fato epidemiológico justificou o aprimoramento de estratégias clínicas no pré-natal, para evitar o nascimento antes do termo, bem como a expansão e transformação dos centros de prematuros, que se tornaram o "locus" privilegiado da atenção, pesquisa, ensino e saber da Pediatria, conformando os fundamentos para o desenvolvimento da disciplina de Neonatologia que, posteriormente, consolidou-se em sub-especialidade (SCOCHI, 2000).

Embora a literatura clínica de 1945 a 1960, fundamentada nos avanços da Microbiologia e Epidemiologia, reforçasse as normas de isolamento, em fins da década de 30 iniciaram-se também as discussões sobre a validade da separação do binômio mãe-filho e o rigor do isolamento dos bebês. Estudos destacando os efeitos negativos da separação precoce do binômio enfatizaram a importância de uma assistência ao bebê cheia de indulgência e compreensão e da amamentação materna, em esquema de livre demanda, para que, na vida adulta, ele demonstrasse desenvolvimento adequado de sua personalidade (ZIEGEL, CRANLEY, 1980; PIZZATO, Da POIAN, 1982). Dentre os estudos clássicos encontrados na área da Psicologia e Psiquiatria Infantil, destacaram-se os estudos sobre as teorias do apego, separação e perda em crianças, publicados pelo psiquiatra britânico John Bowlby, na década de 50. Na teoria do apego, caracterizada como vínculo ou laço emocional humano entre mãe e recém-nascido nos primeiros anos de vida, é ressaltado a importância dos cuidados maternos ou de uma mãe substituta para o desenvolvimento mental da criança (BOWLBY, 1995).

A preocupação com a qualidade de vida, relacionada ao lado emocional do bebê, emergiu somente após vencer grandes dilemas e batalhas concernentes à diminuição de patologias da gravidez, às intercorrências do parto e às causas de óbitos neonatais, tanto do

ponto de vista da Obstetrícia quanto da Neonatologia. A Medicina voltou-se para outras problemáticas, como: a relação mãe-filho, estendida a seguir para o relacionamento pais-filho; a prevenção de traumas psíquicos e a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo (BRAZELTON, 1988; RIBEIRO, 1991). Para que isso ocorresse, foi necessária a incorporação de outras formas de abordagem até então pouco reconhecidas no âmbito da medicina somática, agregando-se aos instrumentos o conhecimento produzido pelas ciências humanas e sociais, em especial a Sociologia, Antropologia, Psicologia e Psiquiatria, que trouxeram importantes subsídios à rotina assistencial e às práticas de saúde.

Para Lamy (1995), o processo de humanização do atendimento nas UTINs teve início a partir dos avanços nos estudos na área de Psicologia e Psiquiatria Infantil, questionando a separação mãe-filho, além das tecnologias que possibilitaram o maior controle das doenças infecciosas. Esse instrumental forneceu as bases teóricas que culminaram com a reintrodução dos pais nas unidades neonatais. Ainda, de acordo com esta autora, a preocupação com a assistência integral e humanizada emergiu no final da década de 60, expandindo-se para a década de 70, iniciando-se com a ênfase na articulação entre os diferentes níveis de atenção: pré-natal, intra-hospitalar e seguimento pós-natal; de modo a assegurar a continuidade da assistência, visando ao diagnóstico e intervenção precoce e a redução da morbi-mortalidade.

A assistência integral está intimamente ligada à concepção de saúde e de doença, e aponta para a necessidade de superação da dicotomia entre ações preventivas/curativas e individuais/coletivas, em direção às ações que satisfaçam as necessidades relacionadas à promoção e à recuperação da saúde. Procura a abordagem das pessoas em seu todo, não fragmentando o cuidado em aparelhos, órgãos ou patologias, significa incorporar um olhar sobre as questões que dizem respeito à subjetividade e ao contexto social dessas pessoas. Ou seja, não só a integralidade do corpo, mas a integralidade do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado processo histórico (SOUZA, 2008).

O cuidado é humanizado quando ocorre aproximação da equipe de saúde, recém-nascidos e familiares e o compartilhamento de experiências capazes de valorizar e reconhecer a singularidade do outro pelo diálogo. Entende-se cuidado humanizado como

conjunto ampliado e sinérgico de atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos em uma dada relação terapêutica. Atitude de respeito à diferença; ética a fim de prover melhor beneficência, respeitando a potencial autonomia do sujeito; de empatia ao sofrimento vivido; e de acolhimento a quem sofre. Conhecimentos de diversas ordens [...] direcionados da maneira mais eficaz possível à produção de alívio, cura ou melhor condição terapêutica. E, finalmente, um conjunto de

procedimentos que operacionalizam esses conhecimentos voltados ao mesmo fim, envolvendo tecnologias apropriadas e distintas segundo as necessidades de cada paciente (DESLANDES, 2007, p.392).

No processo de trabalho em unidades neonatais, o bebê pré-termo vai sendo compreendido sob diferentes formas, em cada momento histórico, porque há uma relação dialética entre o conhecimento, os instrumentos e as necessidades. As necessidades anteriores, como manutenção e recuperação da funcionalidade orgânica, através do uso de tecnologias dirigidas ao controle das funções cardio-respiratórias e da termorregulação, com finalidade de redução da mortalidade, transformam-se, gradativamente, no próprio processo de recomposição das práticas, ao longo da história, e conforme a tecnologia avança, ocorrem transformações e o aparecimento de outras necessidades. Portanto, na atenção ao prematuro, com o aumento da sobrevivência, outros objetivos de atendimento surgiram, como o de prover afeto, vínculo, acolhimento, desenvolvimento integral da criança e da família, a assistência multiprofissional, o seguimento a longo prazo, a desospitalização, dentre outras (SCOCHI, 2000).

2.2. O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO EM UTIN

Ao traçarmos alguns recortes sobre o cuidado ao recém-nascido em UTIN, procuramos compreender desde as políticas de atenção ao neonato e sua família, até a filosofia de atenção e as intervenções físicas, comportamentais, relacionais e sociais.

Como já comentamos, a assistência neonatal passou por muitas transformações e o advento de novas tecnologias e conhecimento trouxe um universo mais amplo à assistência aos recém-nascidos. Essas mudanças transformaram também a finalidade do trabalho nas unidades neonatais, que não se dá só na perspectiva da sua racionalidade e na recuperação do corpo anátomo-fisiológico do recém-nascido, mas passa a preocupar-se com a família e a qualidade de vida (GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Ao longo das últimas décadas, o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no centro das políticas públicas de saúde em nosso país (CARVALHO, GOMES, 2005). A partir da década de 70, de forma mais evidente, encontramos a formalização das propostas programáticas na assistência à saúde materno-infantil, com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério e ações de promoção de saúde da criança.

Até meados da década de 1980, portanto, o PSMI, posteriormente desmembrado no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e no Programa de Atenção à Saúde da Criança (PAISC), caracterizava-se pelo alcance limitado, ao se dirigir principalmente à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada. Ainda assim, estudos sobre a cobertura e adequação do pré-natal apontam para dificuldades importantes nesta área em diferentes regiões brasileiras (ALVES, SILVA, 2000; MONTEIRO, FRANÇA, CONDE, 2000; SILVEIRA, SANTOS, COSTA, 2001).

Em 1991, através da elaboração e divulgação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) (BRASIL, 1991) a atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, foi definida, pela primeira vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. A revisão deste programa, segundo Carvalho e Gomes (2005), mostra sua plena consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde e com as diretrizes que nortearam a trajetória dos países que atingiram melhores resultados neonatais: a) organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; b) elaboração e atualização de normas técnicas da assistência perinatal e a garantia de sua disponibilidade e adequação às realidades epidemiológicas locais; c) valorização e capacitação de recursos humanos com enfoque interdisciplinar; d) melhoria da qualidade da assistência ao parto institucional e domiciliar; e) redução na incidência de complicações inerentes ao parto, conscientizando a equipe e a população sobre as vantagens do parto normal; f) melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-natos de risco; g) incentivo ao aleitamento materno; h) orientação para o planejamento familiar e supervisão e avaliação do atendimento através de um sistema de informação perinatal.

No final da década de 90, encontramos uma série de iniciativas do Ministério da Saúde no campo da assistência perinatal. Duas destas iniciativas merecem citação, por apresentarem como objetivo específico contribuir para a organização do sistema perinatal e para a superação dos desafios discutidos anteriormente: o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) (BRASIL, 2002b).

No contexto atual, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência integral e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática,

buscando a transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado. Nesta perspectiva, a preocupação com a saúde perinatal, atualmente, tem envolvido políticas governamentais que evocam, cada vez mais, políticas assistenciais no sentido de “humanizar” o processo de nascimento, à exemplo do incremento da qualidade da atenção pré-natal, a ênfase na prática do parto normal, a participação do pai ou acompanhante em todo o processo, o incentivo à amamentação, o fortalecimento do vínculo da família com o recém-nascido, enfim, atividades que visam oportunizar a expressão de emoções e vivências, a troca de conhecimentos entre profissionais e famílias, bem como a aprendizagem de melhores formas de viver a gravidez, o parto e o puerpério (COSTA, 2005).

Scochi (2000) destaca que, na assistência ao bebê, gradativamente, incorporaram-se intervenções dirigidas aos aspectos sensoriais e psicológicos, visando o crescimento e o desenvolvimento integral da criança e sua família. Foi estimulada a participação mais ativa dos pais no cuidado aos filhos hospitalizados, contemplando as condições socioeconômicas familiares no planejamento da alta hospitalar e no seguimento a longo prazo.

No que diz respeito à assistência neonatal propriamente dita, o desenvolvimento de muitas tecnologias existentes afetam o diagnóstico e o tratamento, a tomada de decisões, a gerência de informação e outras tarefas relativas ao cuidado à saúde. Todavia, de acordo com Buus-Frank (1999), nenhuma tecnologia sozinha pode acalmar os medos da mãe de um bebê em estado crítico ou emancipar a família para participar da tomada de decisões compartilhada. As contribuições dos profissionais, nesse sentido, são muito mais valiosas do que as soluções puramente tecnocráticas que a tecnologia oferece. Nesse contexto, os profissionais que trabalham com recém-nascidos devem continuar a valorizar e a cultivar suas habilidades humanísticas.

O cuidado individualizado tem substituído as rotinas, desafiando os profissionais e, particularmente, as enfermeiras, a interagirem e intervirem em resposta aos sinais da criança, mais que a assistência rotinizada. Da década de 1980 para cá, ampliaram-se as dimensões do cuidado no sentido de harmonizar o ambiente da unidade neonatal, evitando a superestimulação do prematuro pelo excesso de luminosidade, ruídos e manipulação, por gerarem dor, estresse e desconforto ao bebê prematuro. Estratégias comportamentais de contenção, posicionamento e de estimulação sensorial não-dolorosa também passaram a ser utilizadas no processo de trabalho, visando o desenvolvimento integral da criança, na perspectiva de humanização da assistência.

Ao incorporar a família no ambiente intensivo neonatal, muda-se a maneira pela qual o cuidado à saúde, em especial o perinatal, são planejados, fornecidos e avaliados. Esta parceria

entre parturientes, recém-nascidos, membros da família e profissionais de saúde, está fortemente embasada na crença de que é a família que tem maior influência na saúde e bem-estar dos bebês. Aos profissionais de saúde cabe o papel mais importante, o de favorecer a confiança e competência dos pais, como cuidadores ou na tomada de decisões (SCOCHI, 2000).

Dunst e Trivette (1996) relataram que quando os pais são ativamente envolvidos nas experiências do cuidado da saúde do filho, a confiança e o sentimento de capacidade ou “empoderamento” aumentam. Para Hostler (1991) o cuidado centrado na família é uma nova filosofia de cuidado que coloca a família, ao invés do hospital e da equipe médica, no centro da prestação de assistência. A autora afirma que a implementação desta forma de assistência requer mudanças de atitude da família e dos profissionais de saúde tanto quanto exige reformulação da política e prática de saúde existentes.

O cuidado centrado na família é uma filosofia de cuidado em que o papel principal da família é reconhecido e respeitado na vida das crianças com necessidades especiais. Nessa filosofia a família deve receber apoio em sua forma natural de cuidar e nos papéis de tomada de decisão para construir suas forças como pessoas e famílias. Os pais e profissionais são vistos como iguais em uma parceria para desenvolver a qualidade no cuidado à saúde (DUNST; TRIVETTE, 1996). Assim, é possível constatar, como o fez Caetano (2004), que para implementar o cuidado centrado na família torna-se necessário promover uma mudança profunda na forma de cuidar, no modelo assistencial, em consonância com transformações de cunho filosófico e político das instituições de saúde e do pensar o processo de saúde-doença-cuidado por parte de toda equipe da unidade neonatal. A prática assistencial atualmente já vem mostrando que alguns princípios desta abordagem têm permeado programas e trabalhos na assistência perinatal. Na UTIN aos poucos está se admitindo não só a participação, mas também o envolvimento dos pais no cuidado dos filhos. Embora isto não seja uma realidade em todo o país.

2.3 O AMBIENTE DA UTIN

A Unidade de Terapia Intensiva, segundo Bochembuzio e Gaidzinski (2005), constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de pacientes de alto risco, com uma coleção de equipamentos e uma equipe multidisciplinar sob liderança competente. Essas unidades são consideradas de alta complexidade assistencial, pela gravidade das condições de vitalidade dos recém-nascidos e pelo uso da tecnologia de ponta.

Um dos marcos na atenção neonatal foi a implantação das modernas UTINs, equipadas com tecnologia de ponta, que reduziram significativamente a mortalidade dos recém-nascidos, especialmente entre os pré-termos e os de muito baixo peso ao nascer. Porém, segundo Scochi (2000), essa tecnologia de cuidado também tem contribuído para o aparecimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não refletindo na melhoria da morbi-mortalidade pós-natal e na qualidade de vida. Estudos de acompanhamento, a longo prazo, têm apontado o aumento de seqüelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, da linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros. Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente do cuidado intensivo (SCOCHI, 2000; ALS et al., 1994).

Nesse ambiente, o importante era salvar vidas tão somente. A UTIN transformou-se em um ambiente único e grande o suficiente para possibilitar a melhor visualização dos bebês pela equipe de plantão; deixou de ser um local silencioso e isolado para se tornar um local agitado, com grande número de profissionais e monitores ruidosos. A tecnologia de cuidado resultou igualmente em aumento de manipulação dos recém-nascidos de risco, levando-os a permanecer sob forte luminosidade e ruídos ambientais durante todo o tempo (LAMY, 1995). Na UTIN, o recém-nascido permanece exposto a uma série de eventos que podem ser considerados estressantes, tais como: alto nível de ruído, luz forte e constante, manuseio freqüente, cuidados que não levam em conta as suas necessidades comportamentais e fisiológicas, bem como muitos procedimentos dolorosos. Esse meio é totalmente diferente do suporte e isolamento fornecido pelo útero em termos de controle térmico, nutrição adequada, contenção de movimentos, isolamento sonoro e isolamento luminoso. Assim, o foco da assistência nas UTINs, que antes preocupava-se apenas com a sobrevivência dos bebês, hoje direciona-se à sobrevida de crianças neurologicamente intactas, dando origem, nos últimos anos, às abordagens de cuidado centradas na família e de cuidado individualizado de apoio ao desenvolvimento (McGRATH, CONLIFFE-TORRES, 1996; VANDENBERG, 1996; SCOCHI, 2000).

Considerando a complexidade tecnológica da assistência a esses recém-nascidos, no qual o controle do ambiente é de responsabilidade da equipe de enfermagem, Scochi et al. (2001) assinalam que devemos dedicar especial atenção ao ambiente sensorial dos neonatos em UTINs, na perspectiva do cuidado individualizado, visando o crescimento e desenvolvimento integral. Dentro desta perspectiva, a iluminação aparece como uma das primeiras preocupações, pois na maioria das unidades ela é contínua, de grande intensidade e

fluorescente, nas 24hs do dia, podendo causar ao recém-nascido pré-termo dano cromossômico, alterações endócrinas, disfunção gonadal, alteração no ritmo biológico e da síntese de vitamina D, além da privação do sono (CONSENTINO, MALERBA, 1996; MARRESE, 1996; SCOCHI, 2000). Sendo assim, as ações de enfermagem devem ser no sentido da diminuição da luminosidade do ambiente, como, por exemplo, luz noturna de baixa intensidade e cobrir a incubadora com uma manta. Estas medidas protegem o recém-nascido do excesso de estímulo ambiental e lhe possibilita o ciclo natural de sono-vigília.

Além da luminosidade, o ruído na UTIN também se constitui numa das principais fontes de estresse para o bebê. O nascimento precoce expõe o recém-nascido a uma verdadeira poluição sonora, produzida por equipamentos de suporte à vida, como: incubadoras, berços aquecidos, aparelhos de fototerapia, bombas de infusão e monitores cardio-respiratórios, dentre outros, devido à complexidade do cuidado na UTIN e ao grande número de pessoas que circulam ali dentro. A preocupação com os níveis de ruído do ambiente justifica-se pelo fato de que, quando elevados, podem causar danos auditivos, impossibilitando o sono e comprometendo os recursos fisiológicos da criança (CONSENTINO, MALERBA, 1996; MARRESE, 1996; SCOCHI, 2000; KAKEHASHI, et al., 2007).

Como estratégias para a redução do som, os profissionais devem ser conscientizados para que falem mais baixo e tenham cuidado ao fechar as portas e portinholas da incubadora, não apoiem objetos em cima dela, diminuam os alarmes dos monitores, do toque do telefone, evitem o uso do rádio dentro da unidade, cuidem com o acúmulo de água nas tubulações de gases, bem como sinalizem a UTIN como área de silêncio. O ato de falar com carinho dentro do campo visual do bebê e a sua manipulação afetuosa deverão ser usados para auxiliar na organização comportamental dos bebês. A implantação dessas medidas facilitará os esforços do recém-nascido em seu processo de adaptação aos eventos do meio ambiente.

2.4. AS RELAÇÕES RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA/PROFISSIONAL DE SAÚDE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

A UTIN necessita de atenção especial, por ser marcada por fortes emoções, conflitos e sentimentos, envolvendo desde o ambiente até os integrantes, ou seja, o bebê internado, os pais, os familiares e a equipe de profissionais (RAAD; CRUZ; NASCIMENTO, 2006). O nascimento de um bebê de risco configura-se em um evento estressante para a família, a qual se depara com uma situação imprevisível e ansiogênica. Devido às condições de instabilidade orgânica do bebê e à necessidade de cuidados médicos especializados oferecidos em UTINs, a

família passa a experienciar a separação do bebê e a incerteza sobre sua evolução clínica e sobrevivência (PINELLI, 2000; PADOVANI et al., 2004). Acrescenta-se a essas dificuldades, no caso do bebê prematuro ou com alguma malformação, a distorção da “imagem ideal” do bebê, criada pela família, em contraposição à imagem real do bebê; a família deve reorganizar seu quadro imaginário a fim de ajustá-lo à imagem de um bebê muito pequenino e frágil (KENNELL; KLAUS, 1992).

No cotidiano de trabalho de uma UTIN percebe-se que os pais reagem de maneiras diversas a hospitalização de seu filho. Alguns conversam com os bebês, outros tocam em seus filhos, alguns ficam só olhando, não abrem a incubadora, alguns até ajudam em cuidados básicos e outros podem até mesmo se afastar do seu bebê, que tanto precisa deles. Com relação aos profissionais de saúde, podem, mesmo, tratá-los de forma ríspida. Os pais podem até mesmo se sentir culpados pela situação em que se encontra seu filho. Sentem medo de uma possível perda e permanecem angustiados porque imaginam que não podem fazer nada pelo seu bebê. Os profissionais de saúde precisam conhecer e entender as reações dos pais e demais familiares para que possam prestar assistência mais singularizada aos mesmos, visto que, “em se tratando de assistência neonatal é preciso ter-se em mente, que nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também a mãe e toda a família. Por isso, o foco do cuidado deve ser centrado também na família e não ficar limitado ao bebê” (CARVALHO; PATRÍCIO, 2000, p.580).

Segundo Mittag e Wall (2004) a enfermeira tem um importante papel neste contexto pois, como cuidadora, permanece grande parte do tempo acompanhando a evolução do recém-nascido e as atitudes e emoções expressadas pelos pais. Diante disto, a equipe de enfermagem deve estar presente durante o primeiro contato dos pais com o seu filho; esclarecer as dúvidas; explicar, dentro das possibilidades, sobre todos os equipamentos e o porquê de sua necessidade; compreender as diferentes reações dos pais; estimular o vínculo pais-filhos; quando possível, permitir que os pais participem dos cuidados ao seu filho; compreender e aceitar quando os pais não querem ou temem participar desses cuidados.

Para Costenaro e Martins (1998) é essencial considerar a informação dada às mães no cuidado ao recém-nascido internado na UTI, para que possam se beneficiar da orientação e, além disso, é extremamente relevante que sejam estimuladas estratégias de interação entre os profissionais da equipe e os pais. Carvalho et al. (1997) destacam o fato de que a atitude do profissional de saúde deve primar por promover a aproximação dos pais e acrescentam que não se deve esperar que eles se aproximem ou perguntem.

Rolim, Pagliuca e Cardoso (2005) apontam que a relação interpessoal e o diálogo são essenciais no caso de bebês de alto risco, e imprescindíveis para efetivação do cuidado humanístico. A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes. Além disso, pressupõem que os profissionais de saúde considerem as potencialidades e a individualidade de cada família, suas diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas, entre outros aspectos. Conseqüentemente, duas palavras-chave são essenciais segundo essa concepção: a parceria e a negociação (CABRAL; RODRIGUES, 2006).

Cunha (2000) descreve que o recém-nascido e sua mãe vivenciam a hospitalização de maneira individual e própria de cada um. Este é um acontecimento único em suas vidas, um contexto que somente eles experenciam. Sendo assim, é fundamental que os profissionais se interessem em saber quais são as suas necessidades, para garantir o atendimento particularizado que cada situação inspira.

Belli e Silva (2002) destacam o quão é importante que os profissionais compreendam a vivência desses pais nessa fase de sua vida, oferecendo-lhe um espaço legítimo para que eles expressem seus sentimentos. Ainda esses mesmos profissionais devem oferecer elementos concretos e facilitadores para que ocorram as transformações que vão possibilitar a esses pais superarem barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com seu filho. A maneira com que os pais são recebidos os faz confiar ou não na equipe de profissionais que cuida da criança. Portanto, os pais necessitam ser bem recebidos pelas pessoas a quem confiarão a vida de seu filho, pois isto os manterá seguros e próximos da equipe e, conseqüentemente, de seu bebê (CUNHA, 2000). O processo poderá ser vivenciado pelas famílias com menos angústia e sofrimento, se o profissional, além do domínio e competência técnica, tornar-se disponível para estabelecer interações efetivas com esses pais, transformando-se, assim, em seus parceiros na experiência materna e paterna de vivenciar o nascimento do filho prematuro ou doente e a internação da criança na UTI neonatal (BELLI; SILVA, 2002).

Algumas estratégias que podem contribuir para a aproximação entre pais e filhos na UTIN e para atenuar o momento de crise vivido pela família incluem a inserção dos pais no cotidiano da unidade; a comunicação correta e adequada entre equipe e família através do fornecimento de informações pertinentes que respondam principalmente as dúvidas e possam tranquilizá-las (LAMY, 1995); o incentivo e o apoio à presença familiar na unidade com flexibilização de horário de visitas; a valorização dos encontros com estímulo à comunicação

entre pais e filhos, através do toque, colo, olho no olho e voz, como defendem Brazelton (1988), Klaus e Kennell (1993), Winnicott (1996), Reis et al. (2005) e Costa (2005).

Desta forma, como afirmam Reis et al. (2005), cada vez mais a presença da família na unidade neonatal e a participação dos pais nos cuidados com o filho internado vem sendo desmistificada, mostrando-se práticas viáveis e desejáveis. É necessário que os profissionais de saúde admitam e aceitem que a assistência prestada ao recém-nascido de alto risco seja extensiva aos pais, antes de adotarem qualquer nova estratégia ou abordagem para o cuidado clínico. O ideal seria, além de passar a ouvi-los mais, permitir acima de tudo, que eles sejam e sintam-se pais.

Gaíva e Scochi (2004) apontam ainda que a UTIN, por ser um local de circulação restritiva, permite o convívio efetivo mais próximo entre os diferentes tipos de profissionais que aí atuam o que possibilita o desenvolvimento de um trabalho cooperativo, ainda que centrado exclusivamente no modelo clínico. Este processo de trabalho é permeado por relações de poder, que são instituídas e transformadas no cotidiano do cuidado. Segundo Foucault (1998, p.30), “o poder produz saber (...) não há relação de poder sem a constituição correlata de um corpo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”.

A UTIN é um espaço de construção de diversos saberes, cuja centralidade é ocupada pelo saber médico. Porém, outros saberes podem constituir-se micropoderes (LAMY, 2000). Segundo Gaíva e Scochi (2004), a hegemonia do poder médico também está muito presente no dia-a-dia da UTIN, seja nas relações com a equipe de saúde, seja com a mãe/família.

2.5 A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ACERCA DO CUIDADO EM UTIN

Neste momento do estudo apresento um panorama sobre o estado da arte do cuidado ao recém-nascido em UTIN, a partir do levantamento dos trabalhos desenvolvidos pela enfermagem no Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem (Aben). Para tanto, apresento a seguir um artigo elaborado em co-participação com duas professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Este manuscrito foi submetido à **Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo (REEUSP)** e atualmente encontra-se no prelo (Anexo II).

**PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO EM UTI NEONATAL –
UMA CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM BRASILEIRA²**

PRODUCTION OF KNOWLEDGE ABOUT THE CARE IN
NEONATAL ICU – A CONTRIBUTION OF BRAZILIAN NURSING

PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CUIDADO EN UTI NEONATAL –
UNA CONTRIBUCIÓN DE LA ENFERMERÍA BRASILEIRA

Roberta Costa³, Maria Itayra Padilha⁴, Marisa Monticelli⁵

Resumo: Esta pesquisa documental teve como objetivo refletir sobre o estado da arte na Enfermagem brasileira acerca do cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal. A fonte de pesquisa foi o Banco de Teses e Dissertações da Associação Brasileira de Enfermagem. Foram identificados 81 estudos. A análise dos dados foi feita em duas etapas: primeiro realizamos a caracterização dos trabalhos; e após, organizamos o material a partir de dados evidentes nos estudos, dando lugar às categorias temáticas: cuidado centrado nos aspectos fisiológicos do recém-nascido; a família que acompanha os cuidados ao recém-nascido em UTI neonatal e; a equipe de saúde que atua no cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal. Constatamos que a pesquisa em enfermagem busca novas formas de cuidar e proporciona uma aproximação entre a teoria e a prática, garantindo sua sustentação enquanto profissão e contribuindo na produção de conhecimento em neonatologia.

Palavras-

chave: Recém-nascido, Cuidado, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pesquisa em enfermagem.

Abstract: This documentary research aimed to reflect on the knowledge in Brazilian nursing care about the newborn in the neonatal ICU. The collected data was the database of Theses and Dissertations of the Brazilian Association of Nursing. Eighty-one studies were identified. The data analysis was carried out in two stages: first was the characterization of the abstracts performed, and after, the abstracts were organized from data in studies, giving space to the wide thematic categories: care focused on physiological aspects of the newborn, the family that monitors the care of newborns in neonatal ICU, the health team that acts in caring for

² COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra e MONTICELLI, Marisa. Produção de conhecimento sobre o cuidado em UTI neonatal – uma contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**. 2010, vol.44, n.1.

³ Enfermeira da unidade neonatal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da UFSC. Doutoranda em Enfermagem pelo PEN/UFSC. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento de Enfermagem (GEHCE). E-mail: robertanfr@hotmail.com Correspondência: R: 23 de março, 405, Itaguaçu, Florianópolis-SC. Cep:88085-440.

⁴ Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pos-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Canada. Líder do GEHCE. Pesquisadora do CNPq. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br.

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Vice-líder do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR). E-mail: marisa@nfr.ufsc.br.

newborns in neonatal ICU. We note that nursing research settles into finding new ways of nursing care and provides a rapprochement between theory and practice, ensuring its sustainability as an occupation and contributing in the production of knowledge in neonatology.

Key words: Newborn, Care, Neonatal Intensive Care Units, Nursing research.

Resumen: Esta investigación documental tuvo como objetivo reflexionar sobre el estado del arte en la Enfermería brasileira acerca del cuidado al recién-nacido en UTI neonatal. La fuente de información fue el Banco de Tesis e Disertaciones de la Asociación Brasileira de Enfermería. Fueron identificados 81 estudios. El análisis de los datos fue hecho en dos etapas: primero realizamos la caracterización de los trabajos; y después, organizamos el material a partir de datos evidentes, dando lugar a las categorías temáticas: cuidado centrado en los aspectos fisiológicos del recién nacido; la familia que acompaña los cuidados al recién nacido en UTI neonatal y; el equipo de salud que actúa en el cuidado al recién nacido en UTI neonatal. Constatamos que la investigación en enfermería busca nuevas formas de cuidar y proporciona una aproximación entre la teoría y la práctica, garantizando su sustentación como profesión y contribuyendo en la producción de conocimiento en neonatología.

Descritores: Recién Nacido, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Investigación en enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência neonatal vem passando por muitas transformações e o advento de novas tecnologias trouxe um universo mais amplo ao cuidado aos recém-nascidos. Durante décadas, em países desenvolvidos e também no Brasil, os avanços nos cuidados intensivos têm possibilitado maior sobrevivência aos recém-nascidos prematuros extremos (peso ao nascer inferior a 1.000 g) ⁽¹⁾. Nos últimos anos, grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente das unidades neonatais no Brasil, de certa forma acompanhando a tendência mundial.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de alto risco, sendo considerada de alta complexidade. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais freqüente dos pais e o cuidado de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe de saúde neonatal.

O cuidado ao recém-nascido está cercado de paradoxos que fazem parte do dia-a-dia da pesquisa e da assistência. De um lado, os avanços obtidos são estarecedores, como por exemplo, a sobrevivência crescente de bebês cada vez mais prematuros e daqueles portadores de malformações antes consideradas incompatíveis com a vida. Por outro lado, a sobrevivência destes bebês impõe um desafio quase que intransponível: a missão de devolver às famílias e à sociedade uma criança capaz de desenvolver de maneira plena o seu potencial afetivo, cognitivo e produtivo ⁽²⁾. Neste sentido, as UTINs constituem importante campo de

trabalho para a enfermagem, ao mesmo tempo que exigem conhecimento técnico e científico avançado e equipe altamente especializada.

No esteio da transformação que vem ocorrendo na ciência da enfermagem, acompanhando o desenvolvimento tecnológico que se processou no campo da saúde nas últimas décadas, especialmente em neonatologia, o conhecimento acumulado é notório. Tal fato contribui para que os enfermeiros que atuam nesta especialidade necessitem ter acesso disponibilizado ao material de referências bibliográficas produzidos para acompanharem e suplementarem seus conhecimentos ⁽³⁾.

A neonatologia, apesar de ser uma seara especializada do conhecimento, ainda é uma ciência nova e relativamente emergente em nosso país, seja nos aspectos da construção epistemológica, das metodologias de assistência, ou ainda na arena compreensiva da maioria dos fenômenos e processos que incluem os recém-nascidos que necessitam de internação em unidades neonatais. Conhecer o caminho percorrido pela enfermagem brasileira na construção do conhecimento acerca do cuidado ao recém-nascido pode contribuir para compreender os conflitos, avanços e retrocessos, fatores que interferem na qualidade da assistência em saúde, subsidiar a avaliação da formação e capacitação dos profissionais, bem como no desenvolvimento de novas pesquisas que tenham impacto para a melhoria da saúde da população.

A Enfermagem, enquanto campo de saber e de prática em diferentes contextos políticos e históricos, apresenta grandes diversidades na forma como se organiza, procurando construir para si, instrumentais teóricos e técnicos. Desta forma, a consolidação da profissão no cenário internacional é modificada por inúmeras condições, entre as quais a possibilidade de sustentar-se no meio acadêmico-científico como capaz de emitir discursos coerentes sobre si, sobre sua posição na sociedade e no empreendimento coletivo da ciência ⁽⁴⁾.

Deste modo, o processo de produção do conhecimento no Brasil sempre esteve ligado ao crescimento da pós-graduação ⁽⁵⁾. As Pós-graduações *Stricto Sensu* utilizam a ciência e a tecnologia disponível para a qualificação dos profissionais e de pesquisadores, melhorando o seu desempenho em todos os campos de ação. Para que isso seja possível é preciso investir no instrumental necessário às pesquisas, que deve estar atualizado e disponível para permitir este desenvolvimento. Estas são, hoje, um segmento consolidado no cenário educacional brasileiro e nas últimas décadas têm contribuído decisivamente para a formação de recursos humanos qualificados e para o desenvolvimento científico do país, garantindo a posição de destaque do Brasil e de modo geral, no contexto Latino-Americano. As Pós-graduações *Stricto Sensu* vêm

desempenhando, no Brasil, um papel estratégico e, por seu nível de excelência, possibilitam o aperfeiçoamento do sistema educacional como um todo ⁽⁶⁾.

Além disso, “desde a década de 1980, vem se fortalecendo a articulação entre países em torno da idéia de que a pesquisa em saúde é uma ferramenta importante para a melhoria da situação de saúde das populações, bem como, para a tomada de decisões na definição de políticas e no planejamento em saúde” ⁽⁷⁾. Nesta linha de pensamento, os Programas de Pós-graduação em Enfermagem têm contribuído para formação de recursos humanos qualificados e para o desenvolvimento científico-tecnológico na área da saúde. As linhas de investigação vêm se ampliando e seguindo a tendência das necessidades de pesquisas mundiais. O tema cuidado ao recém-nascido em UTIN vem permeando estes estudos desde a década de 1980 e se ampliando gradativamente na medida em que os avanços sobre o cuidado à saúde também progredem.

Procurando entender e visualizar tal processo de produção do conhecimento este artigo tem por **objetivo** refletir sobre o estado da arte na Enfermagem acerca do cuidado ao recém-nascido em UTIN, a partir das Teses e Dissertações produzidas no período de 1981 a 2006.

METODOLOGIA

É um estudo que utiliza a pesquisa documental como método para analisar a produção científica da enfermagem brasileira sobre o cuidado ao recém-nascido. A fonte de pesquisa foi Banco de Teses e Dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Inicialmente a busca se deu por consulta dirigida aos resumos dos trabalhos cujo título evidenciasse qualquer possibilidade de relação com o tema. Constatamos que, no período de 1979 a 2006, foram produzidas 87 Teses e Dissertações sobre o assunto, sendo que a busca ocorreu até 2006, pois este é o dado disponível no Banco de Teses e Dissertações do CEPEN/ABEn.

Os achados foram então analisados sob duas perspectivas, quanti e qualitativamente. Na primeira etapa de análise dos dados organizamos os trabalhos em relação ao tipo de estudo (Dissertação ou Tese), ano de publicação e Instituições de origem dos estudos. Concluída esta fase de classificação passamos à análise qualitativa dos dados. Na segunda etapa da análise o material foi organizado a partir de dados evidentes nos estudos (elementos componentes), agrupados por semelhanças, dando lugar às subcategorias (03) a partir das quais se compuseram as categorias temáticas amplas: cuidado centrado nos aspectos fisiológicos do recém-nascido; a família que acompanha os cuidados ao recém-nascido em UTIN e; a equipe de saúde que atua no cuidado ao recém-nascido em UTIN.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao lançarmos luz sob a produção da enfermagem, a partir das Teses e Dissertações, percebemos que muitos estudos vêm contribuindo para a produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTIN no cenário nacional.

Após leitura atenta dos resumos dos trabalhos passamos então à organização dos dados. Quanto ao tipo de estudo foram encontradas 71 dissertações (81,6%) e 16 teses (18,4%). Com relação ao número anual de publicações percebemos que os estudos datam de 1981 a 2006, sendo que houve um aumento significativo nas publicações a partir de 1999, conforme mostra a figura 1. O marco inicial foi a dissertação de Nely Alves Pereira Gomes intitulada “Sistematização da verificação de temperatura do recém-nato de baixo peso - um instrumento de controle da enfermagem”, publicada em 1981 pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

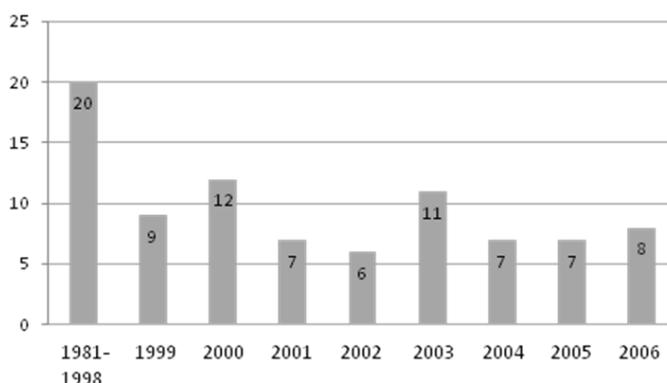


Fig. 1 – Distribuição dos estudos por ano de publicação, Florianópolis, 2008.

No que diz respeito às Instituições onde foram realizados os trabalhos observamos que a região Sudeste foi a que gerou mais estudos (75,8%), com maior incidência de defesas advindas da Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto e São Paulo (16,1% e 14,9%) e da Escola Paulista de Medicina (12,6%). Em seguida, a região Nordeste contribuiu com 12,6% (com maior expressão da Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal da Bahia); a região Sul contribuiu com 9,2% dos trabalhos (maior prevalência da Universidade Federal de Santa Catarina com 8%); e a Centro-Oeste, com 1,2% (representado pela Universidade Federal de Goiás). Foi encontrada ainda uma dissertação defendida na Chiba University - School of Nursing, do Japão.

Esta distribuição de trabalhos por região pode ser explicada, pois, atualmente, observa-se que ocorrem enormes “desigualdades regionais no país, no que diz respeito à disponibilidade de Programas de Pós-Graduação e a quantidade de recursos humanos

qualificados em nível de Doutorado e Mestrado”⁽⁸⁾. Estes desequilíbrios são evidenciados quando se considera, por exemplo, a distribuição regional de programas, o qual indica que a região sudeste ocupa a posição de liderança dos Programas de Pós-Graduação (57%), na região sul encontra-se 20,5% dos Programas, seguido de 18% na região nordeste e que pouco mais de 4% dos Programas encontram-se na região centro-oeste⁽⁹⁾.

Por outro lado, ao cruzarmos os dados dos estudos por região de publicação, com a distribuição dos leitos neonatais pelo Brasil, podemos também justificar porque ocorre uma expressiva maioria dos trabalhos na região sudeste. Constatamos então que a distribuição das pesquisas está variando de acordo com a distribuição dos leitos (conforme figura 2), o que nos permite inferir que a necessidade de produção de conhecimento no cuidado ao recém-nascido possivelmente vem emergindo da prática dos profissionais de saúde nas UTINs. Somado a estes fatores, é relevante mencionar que a maioria dos estudos são Dissertações, e o título de Mestre passou a ser uma exigência institucional e não apenas “a meta profissional” dos docentes de Enfermagem⁽¹⁰⁾.

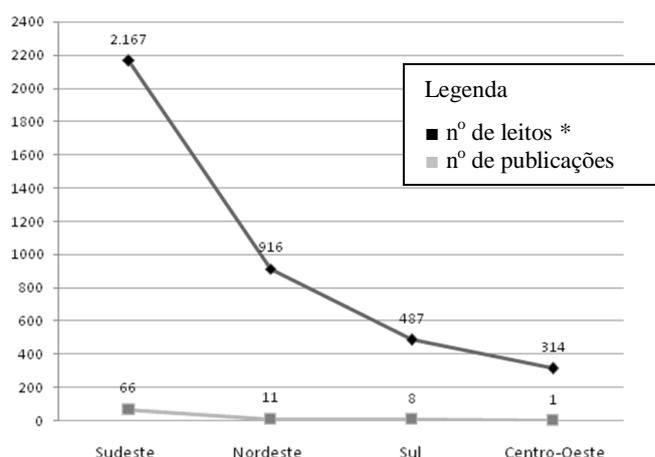


Fig. 2 – Distribuição das publicações e do número de leitos neonatal por região brasileira, Florianópolis, 2008.

* Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - dez/2007.

Ao analisarmos o conteúdo dos trabalhos encontrados, a partir de dados evidentes nos resumos (elementos componentes), agrupamos os dados encontrados por semelhança, dando origem a 03 categorias temáticas amplas: **cuidado centrado nos aspectos fisiológicos do recém-nascido, a família que acompanha os cuidados ao recém-nascido em UTIN e a equipe de saúde que atua no cuidado ao recém-nascido em UTIN**, que expressam a forma como o tema vem sendo abordado na produção de conhecimentos nos estudos da enfermagem brasileira. A distribuição quantitativa dos trabalhos por categoria temática pode ser visualizada através da figura 3.

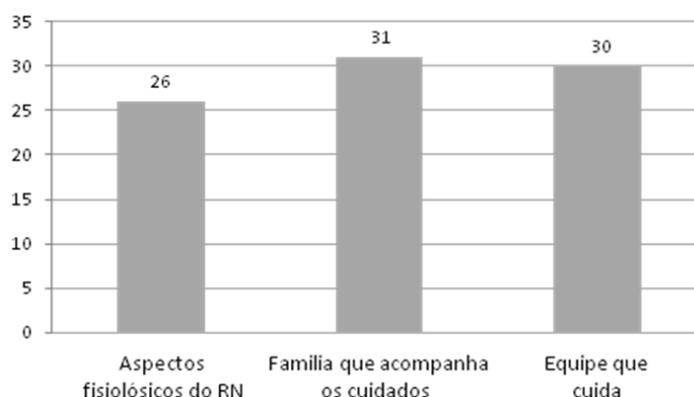


Fig. 3 – Distribuição dos estudos por categoria temática, Florianópolis, 2008.

A seguir apresentamos as três categorias que foram identificadas a partir da análise de toda literatura encontrada, com o intuito de favorecer um amplo olhar ao tema e, ao mesmo tempo, auxiliar no estado da arte do conhecimento produzido pela enfermagem brasileira.

Cuidado centrado nos aspectos fisiológicos do recém-nascido – agrupamos nesta categoria os trabalhos que abordam os aspectos fisiológicos do recém-nascido internado em UTIN (29,9%). Deste modo, os estudos propostos e desenvolvidos analisam variáveis como: temperatura, peso ponderal, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio, respostas comportamentais e aleitamento materno. Podemos destacar os estudos que tratam de analisar a evolução ponderal de recém-nascidos prematuros inseridos na 2ª etapa do Método Canguru; controlar a temperatura corporal do recém-nascido de baixo peso; identificar as respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas por bebês prematuros no momento de realização dos cuidados de enfermagem; atender as necessidades básicas fisiológicas do recém-nascido, durante as primeiras seis horas de vida, favorecendo sua adaptação ao meio ambiente extra-uterino; analisar comparativamente as atividades de estimulação realizadas pelas enfermeiras nas UTINs com recém-nascidos pré-termos; desvendar a amamentação do bebê prematuro; descrever a assistência e as dificuldades no processo do aleitamento materno de prematuros e; identificar a habilidade da criança pré-termo e de muito baixo peso para sugar à mamadeira e ao seio materno e comparar os efeitos destes dois tipos de sucção sobre a saturação de oxigênio, a temperatura cutânea e as frequências cardíaca e respiratória.

O conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos dos bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. O reconhecimento das intercorrências que esses recém-nascidos apresentavam em termos de debilidades nas funções fisiológicas, dentre as quais se destacam aquelas associadas ao sistema imunológico, termorregulador e digestivo,

com reflexos de sucção e deglutição imaturos, entre outros, contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil ⁽¹¹⁾.

Nesta categoria existem referências, ainda, aos estudos que descrevem e avaliam as técnicas/procedimentos de enfermagem no cuidado ao recém-nascido em UTIN. É relevante destacar também os estudos com relação a estratégias adotadas para prevenção e controle das infecções hospitalares; cuidados na manutenção do cateterismo umbilical e sua influência no risco de infecção hospitalar; avaliar o uso do Cateter Central de Inserção Periférica em recém-nascidos; investigar a relação entre o cuidado de enfermagem na aspiração orotraqueal, a coleta de sangue e as respostas comportamentais, fisiológicas e os sinais emitidos pelo recém-nascido de risco; atuação das enfermeiras, diante da dor provocada no bebê, durante a punção venosa; analisar os efeitos da aplicação dos adesivos micropore^{MR} e hidrocolóide quanto à prevenção de lesões na pele de neonatos e; caracterizar o tipo de alimentação láctea, a via de administração e as técnicas de alimentação prescritas para prematuros. Além de um estudo, com o objetivo de elaborar, validar e implementar uma proposta de avaliação diária para neonatos prematuros com base numa metodologia de enfermagem.

O conhecimento científico e a habilidade técnica são imprescindíveis para o controle rigoroso das funções vitais na tentativa de reduzir a mortalidade e de garantir a sobrevivência dos recém-nascidos de risco ⁽¹²⁾. Assim, as autoras destes trabalhos acadêmicos destacam a importância do acompanhamento e da atualização dos avanços terapêuticos e tecnológicos nesta área. De igual modo, apontam contribuições ao desenvolvimento dos parâmetros fisiológicos dos recém-nascidos dentro do ambiente das UTINs, assim como ajudam na disseminação e avaliação de diversos procedimentos e técnicas executadas na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem. Contudo, não encontramos estudos estatísticos específicos sobre dados epidemiológicos, perfil sócio-demográfico e morbi-mortalidade neonatal. Por outro lado, precisamos evoluir na construção de metodologias assistenciais, uma vez que tais estratégias são sustentadas por ações, reações e contínuas construções que envolvem o profissional enfermeiro e seus clientes; envolve ainda a tomada de decisão promovendo uma assistência organizada, a individualização do cuidado, o planejamento das ações e a geração do conhecimento a partir da prática ⁽¹³⁾.

A família que acompanha os cuidados ao recém-nascido em UTIN – elencamos nesta categoria o maior número de trabalhos (35,6%). As publicações apontam principalmente o favorecimento da formação do vínculo mãe-bebê, a proximidade entre pais e filhos na UTIN e a análise dos aspectos promotores e complicadores do processo de formação do apego entre pais e recém-nascidos.

É importante que os profissionais desenvolvam uma interação efetiva, compreendendo a vivência desses pais, nessa fase de sua vida, oferecendo-lhes um espaço legítimo para que eles expressem seus sentimentos e ainda esses mesmos profissionais possam oferecer elementos concretos e facilitadores para que ocorram as transformações que vão possibilitar a esses pais superarem barreiras e se movimentarem em direção à aproximação e interação com seu filho ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Com grande expressão nesta categoria destacamos também os estudos que abordam os significados e as representações sociais das mães acerca da internação do filho na UTIN; estudos que buscam compreender experiências, sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos internados em unidade intensiva, e pesquisas sobre a percepção das mães acerca da sua participação no cuidado ao filho internado, sobre o significado que os pais atribuem à assistência que lhes é prestada e com relação à comunicação entre mães e equipe de saúde em UTIN.

Durante a internação hospitalar o foco do atendimento clínico é o bebê prematuro e sua evolução. Porém, na medida em que se introduzem ações que dependem da mãe para promover o bem-estar e a saúde do bebê, tais como a amamentação, as visitas, o contato pele a pele e o Método Canguru, o conhecimento acerca dos pensamentos, sentimentos e crenças maternas ajudam a orientar a adequada implementação de estratégias de intervenção facilitadoras do cuidado individualizado do recém-nascido ⁽¹⁶⁾.

Em menor número, encontramos estudos que buscam compreender o funcionamento da dinâmica familiar decorrente da permanência da mãe e do filho na unidade de cuidados intensivos e as repercussões familiares da hospitalização do recém-nascido na UTIN. É igualmente relevante destacar que encontramos apenas um estudo que aborda a questão da paternidade, procurando conhecer o significado, para os pais, de ter um filho internado na unidade. Este trabalho ressalta aspectos relativos à figura masculina e o impacto desta abordagem de gênero nos cuidados ao neonato. Como resultado deste estudo, o autor descreve que, para o pai, "ter um filho na UTI" é uma experiência geradora de sentimentos de temor, dúvida, preocupação, revolta, culpa, esperança, aceitação, impotência e, além disso, mudança na sua rotina de vida.

Estudos com esta temática, embora sendo desenvolvidos em ínfima quantidade, são impactantes diante do cenário atual que ainda ressalta o modelo tradicional de assistência, predominantemente centrado no exercício social da maternagem. Nesta perspectiva, reforçamos que esta posição hegemônica deve ser repensada, incorporando a presença do pai nas unidades neonatais, para que possa aprender a trabalhar com essa realidade e programar

medidas para definir e garantir seu real papel no cuidado do filho. A presença da figura paterna tem sido cada vez mais freqüente na UTIN e não é raro observar manifestações de comportamento indicadoras das dificuldades que eles enfrentam para expressar e/ou compartilhar seus sentimentos, contrariando o que a sociedade deseja do homem, como esperança e apoio à sua esposa e a outros familiares ⁽¹⁷⁾.

O que se percebe nos estudos agrupados nessa categoria é que existe um campo vasto a ser explorado com relação à vivência das famílias em UTIN. É necessário ainda, ampliar os sujeitos das pesquisas, envolvendo a figura paterna e as demais pessoas significativas no cuidado ao recém-nascido, evitando que o foco seja apenas na mãe do recém-nascido. Em se tratando de assistência neonatal é preciso ter em mente que o nosso cliente não é apenas o recém-nascido, mas também a família nuclear e ampliada. Por esta razão, o foco de cuidado deve ser centrado também na unidade familiar e não somente limitado ao bebê ou na díade mãe-filho. Ao olhar para a família, na unidade neonatal, amplia-se a abordagem do cuidado para além do bebê prematuro, que comumente é o foco da atenção da equipe de saúde neonatal, pois o que se considera são os seres que, ligados a ele, interagem e se movem ininterruptamente, a fim de estarem próximos e serem úteis no cenário muitas vezes assustador e desafiador do ambiente hospitalar ^(15, 18).

A equipe de saúde que atua no cuidado ao recém-nascido em UTIN – a enfermagem brasileira produziu muitos estudos acadêmicos sobre esta temática (34,5%), principalmente com relação ao significado que a experiência de "cuidar" tem para os enfermeiros e demais membros da equipe de uma UTIN, sobre a vivência cotidiana dos componentes da equipe de enfermagem de uma unidade neonatal e acerca dos sentimentos e emoções da enfermeira nos cuidados prestados ao recém-nascido criticamente enfermo. Encontramos, ainda, trabalhos que procuram identificar o motivo da escolha dos profissionais pela UTIN e que buscam compreender o mundo imaginal da equipe de enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a um procedimento doloroso.

Com relação ao processo de trabalho percebemos que as Teses e Dissertações trazem à discussão questões da prática diária das trabalhadoras e sobre a organização do trabalho na assistência ao recém-nascido. Também identificam a opinião das enfermeiras, evidenciando abordagens sobre sua satisfação no trabalho e o clima organizacional, além de identificarem e analisarem aspectos do sistema de relações profissionais que permeiam o cotidiano do cuidado.

Estudos que ensejam esta ótica revelam que é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar com as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e

aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial ⁽¹⁹⁾. Estas autoras referem que é fundamental o incentivo à equipe, valorizando os profissionais enquanto seres bio-psico-sociais, pois, quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estabelecer relações interpessoais mais saudáveis com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

Outras Teses e Dissertações, em menor número, apresentam ainda dados sobre o planejamento e avaliação de programas de assistência ao recém-nascido. Destacamos os estudos que abordam a implantação e avaliação da proposta governamental brasileira de cuidado humanizado ao recém-nascido pré-termo – Método Canguru. A identificação do processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTIN permite compreender a percepção da equipe de enfermagem e apreender, na assistência de enfermagem prestada aos neonatos, as medidas de humanização adotadas e se as mesmas propiciam efeitos na qualidade da assistência de enfermagem ¹⁹⁾.

Nesta categoria enumeramos também os estudos com relação à formação/ensino da enfermagem neonatológica. Encontramos dois trabalhos: um que avalia o conhecimento, a prática e a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem relacionados à enfermagem neonatal, com a finalidade de contribuir para a reformulação de programas de enfermagem na área e, desta forma, aperfeiçoar o cuidado de enfermagem propiciado ao recém-nascido; e o outro, que aborda o ensino da enfermagem em neonatologia, relacionando-o com a atual prática de enfermagem desenvolvida na assistência ao recém-nascido nas instituições de saúde. Os estudos desta categoria valorizam os sentimentos e a vivência dos profissionais de enfermagem que cuidam do recém-nascido em UTIN, porém, mostram também que muito ainda temos que avançar nas questões relativas ao processo de trabalho e à formação destes profissionais.

Os estudos mostram que é necessário investir na formação e sensibilização dos profissionais de saúde das UTINs, promovendo não somente a capacitação técnica, mas, também, sensibilizando-os para que planejem a assistência pautada nos fundamentos da humanização e da integralidade do cuidado ^(12,18).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, que analisou a produção de conhecimentos acerca do cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal, divulgada em Teses e Dissertações brasileiras de enfermagem, constatou-se, como principais resultados, que a maior parte dos trabalhos concentra-se entre 1999 e 2006 (67 estudos). Quanto à temporalidade dos trabalhos, observa-

se também a precocidade da primeira publicação na enfermagem. A região que mais apresenta estudos abordando a temática é a Sudeste, com destaque para o estado de São Paulo. As temáticas que se sobressaem retratam acentuada força na produção de trabalhos acadêmicos em nível de Pós-graduação sobre a predominância da dimensão fisiológica do cuidado ao neonato, provavelmente decorrente da natureza de risco e vulnerabilidade que envolve a atenção em saúde a bebês enfermos e em diferentes estágios de prematuridade. Há, contudo, que se aprofundar os estudos feitos com relação ao desenvolvimento fisiológico e psicológico do recém-nascido.

Outra temática em relevo abrange a família que acompanha os cuidados ao neonato hospitalizado focalizando, particularmente, processos de apego mãe-bebê, em detrimento de exercícios e vivências diante da paternagem e da incorporação de cuidados centrados na família do bebê internado em UTIN. Estes resultados mostram a premente necessidade de avançar em pesquisas que envolvam a família e as redes sociais de apoio.

Finalmente, tais estudos também concentram-se em torno da equipe neonatal, produzindo conhecimentos sobre significações e vivências cotidianas dos profissionais de enfermagem, ao cuidar de recém-nascidos graves e/ou pré-termos, bem como sobre aspectos relacionados à organização do trabalho em neonatologia. Os estudos que abordam esta temática são unânimes, entretanto, em apontar que ainda há muitas lacunas de conhecimento, no que diz respeito a questões ligadas ao processo de trabalho e ao processo de formação profissional para atuar em área de grande especificidade e demandas pluridimensionais, em face desta mesma especificidade.

Em nossa apreciação é relevante destacar a ausência de pesquisas brasileiras que abordem a história da implantação das UTINs no Brasil, assim como estudos que descrevam as experiências de organização e funcionamento destas unidades. É importante enfatizar que a pesquisa em enfermagem legaliza o fazer, busca novas formas de cuidar e ao mesmo tempo proporciona uma aproximação entre a teoria e a prática, garantindo sua sustentação enquanto profissão e contribuindo efetivamente na produção de conhecimento.

Como limitação deste estudo, gostaríamos de salientar que esta revisão abrange apenas a produção da pós-graduação do Brasil, outros estudos sobre a produção da pós-graduação internacional ainda devem ser explorados. Outra questão que também merece ser analisada é a produção de conhecimento fora da pós-graduação.

Neste sentido, acreditamos que os resultados deste estudo podem contribuir para o entendimento do caminho percorrido pela enfermagem brasileira na construção do

conhecimento acerca do cuidado ao recém-nascido em UTIN, proporcionando pistas mais seguras para a visualização do estado da arte referente à temática.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(1 Supl): S111-S118.
2. Procianoy RS, Guinsburg R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(1 Supl): S1-S2.
3. Kenner C. *Enfermagem neonatal*. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001.
4. Ramos FRS, Padilha MICS, Vargas MAO, Mancia JR. Foucault & enfermagem: arriscando a pensar de outros modos. *Revista Index Enfermeria* 2007; 57: 37-41.
5. Leite JL, Trezza MCS, Santos RM, Mendes IAC, Felli VEA. Os projetos de pesquisa em enfermagem no CNPq: seu percurso, suas temáticas, suas aderências. *Rev Bras Enfermagem* 2001; 54(1): 81-97.
6. Capes. Infocapes: ed. Comemorativa dos 45 anos. *Boletim Informativo da CAPES*; 1996.
7. Brasil. 2.^a Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.
8. Capes. Instruções para a Apresentação de Projetos do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica – PROCAD, 2001, p. 1-2.
9. Capes. Avaliação dos Programas de Pós-Graduação. 2008. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/avaliacao/recomendados.html>
10. Secaf V, Kurcgant P. Doutores e doutorandos em enfermagem: motivos do mestrado em outras áreas. *Rev. Latino-am.enfermagem* 1999 janeiro-fevereiro; 7(1): 5-10.
11. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. [Tese Livre Docência] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.
12. Reichert APS, Lins RNO, Collet N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007 [serial on line] 9(1): 200-213. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a16.htm>
13. Silva VM, Oliveira TC, Damasceno MMC, Araújo TL. Linguagens da sistematização da assistência de enfermagem nas dissertações e teses dos catálogos do centro de estudo e pesquisa em enfermagem: Estudo bibliográfico. *Online braz j nurs* 2006; 5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/328/72>

14. Oliveira MMC, Almeida CB de, Araújo TL de, Galvão MTG. Aplicação do processo de relação interpessoal de Travelbee com mãe de recém-nascido internado em uma unidade neonatal. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2005 Dez [citado 2008 maio 22]; 39(4): 430-436. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/08.pdf>
15. Costa, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. [Dissertação] Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
16. Correia LL, Carvalho AEV, Linhares MBM. Conteúdos verbais expressos por mães de bebês prematuros com sintomas emocionais clínicos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [periódico na Internet]. 2008 Fev [citado 2008 maio 22]; 16(1): 64-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_10.pdf
17. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. 2006. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1): 93-101.
18. Lúcio IML, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém nascido. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2008 Mar [citado 2009 Fev 11]; 42(1): 173-180. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100023&lng=pt.
19. Oliveira BRG, Lopes TA, Viera CS, Collet N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto Contexto Enferm 2005 15(Esp): 105-13.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

Michel Foucault (1926-1984), filósofo de origem francesa, é considerado por alguns autores como pós-moderno, sendo que seus estudos são conhecidos pela relação que estabelece entre saber e poder. Foi um pensador enigmático, polêmico, problematizador que com sua leitura nos desperta sentimentos antagônicos. É um desafio para o leitor de suas obras. O caminho de ida e volta instiga-nos a refletir o nosso cotidiano e as práticas que ali se realizam.

3.1 A ESCOLHA DO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

A eleição do referencial foucaultiano se deve, em primeiro lugar, ao permanente convite e estímulo que o autor faz para olhar o que se dá em torno de nós, no nosso cotidiano, de forma diferente. Aquilo que parece natural, rotineiro, talvez banal, pequeno, desinteressante, quem sabe, obscuro, tal como as práticas do dia-a-dia, os pequenos gestos, atitudes, escritos e falas de autores até desconhecidos, vistos como detalhes, aparentemente sem importância, podem ser tomadas na tentativa de identificar os problemas específicos, originais embutidos nestas práticas, pois são estes que constroem e sustentam a nossa própria existência (LUNARDI, 1997; COSTA, 1998; AZEVEDO, 2005).

O referencial foucaultiano nos impulsiona a construir uma história do presente, permitindo lançar um olhar crítico, de re-problematização dos dispositivos existentes no cotidiano (MEDRANO, 2005).

“Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida em que a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir” (FOUCAULT, 1998, p.13).

Outro motivo da escolha deste referencial está diretamente relacionado às questões do poder e da produção de saber. Foucault nos apresenta uma visão de poder como em fenômeno

relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social cotidiana, onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática de vida. Pelo seu entendimento de poder que possibilitou e possibilita uma maior compreensão das relações e dos diferentes jogos e lutas nos quais estamos, continuamente, imersos. (LUNARDI, 1997; PADILHA, 1998; BORENSTEIN, 2000; AREJANO, 2002; ALONSO, 2003; MADUREIRA, 2005).

Foucault (1982, p.182) estabelece que as relações de poder não se passam, fundamentalmente, nem no nível do direito, nem no da violência; tampouco são basicamente contratuais ou unicamente repressivas. Pela visão tradicional, o poder é facilmente definido como algo que diz não, que impõe limites e que castiga. Ao contrário disto,

“o poder é algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (FOUCAULT, 1982, p.183).

A hipótese repressiva é descartada, pois o poder é aceito e se mantém porque “[...] não pesa só como uma força que diz não, mas que [...] permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que permeia todo o corpo social” (FOUCAULT, 1995, p.8). Esse caráter positivo e produtor do poder o fortalece, enquanto que, se ele apenas reprimisse, censurasse e atuasse negativamente, seria frágil.

Somado a isso, a opção por este referencial deve-se também à própria trajetória intelectual de Foucault, ou seja, sua forma de problematizar as questões do poder e da produção de saber ao propor uma análise crítica do mundo em que vivemos e das diferentes ciências que compõem as “verdades” sobre a sociedade, sobre os homens e sobre si mesmos (WENDHAUSEN, 1999; SANTOS, 2001; AZEVEDO, 2005).

Foucault aponta que enquanto o sujeito é colocado em relações de produção e de significação é igualmente colocado em relações de poder muito complexas. O poder para Foucault funciona como um conceito que tenta compreender como as práticas sociais operam, sem cair numa teoria tradicional da história.

O indivíduo é uma produção do poder e do saber (...) temos antes que admitir que o **poder produz saber** (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil), que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 1987, p.30).

Foucault propõe que a tarefa filosófica e análise crítica do mundo em que vivemos se faz pela construção de uma história dos diferentes modos que os homens desenvolvem um saber sobre si na nossa cultura, em diferentes ciências, como na medicina, na psiquiatria, na economia, analisando esses saberes para compreender a si mesmo. Dessa forma, ao buscar historicizar o cuidado ao recém-nascido, a partir da implantação da UTIN, pretendi desvelar como este saber vem sendo produzido, procurando re-problematizar as práticas e relações estabelecidas no cotidiano do hospital.

Assim sendo, procurei compreender de que forma o poder vem se esquadrihando no interior das UTINs, entendendo este de acordo com a visão foucaultiana, como um fenômeno relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social cotidiana, onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática de vida. Ao se utilizar destas lentes, a direção da análise do objeto de estudo passou necessariamente por uma modificação.

3.2 MICHEL FOUCAULT E SUA TRAJETÓRIA FILOSÓFICA

Embora exista farta e bem elaborada literatura sobre o trabalho de Foucault, aqui pretendo apresentar de forma sucinta a composição de sua obra, pois comentar sobre Michel Foucault é um exercício de ousadia em virtude da dificuldade de lidar com um autor que nunca quis ser modelo, que nunca quis ser fundador de uma discursividade, que recusou as noções convencionais de autor, obra e comentário (ERIBON, 1990; MIRANDA, CASCAIS, 1992). Ao contrário, esperava que cada um de seus livros fosse um “objeto-evento”, que desaparecesse “sem que aquele a quem aconteceu escrevê-lo pudesse, alguma vez, reivindicar o direito de ser o seu senhor, de impor o que queria dizer, ou dizer o que o livro deveria ser” (FOUCAULT, 1978, p. 8).

Já foram feitas inúmeras tentativas de sintetizar a obra de Foucault e a maioria dos especialistas fala em três fases ou etapas. Para Larrosa (2002), é habitual se falar em uma divisão cronológica na obra de Foucault, com base em H. Dreyfus e P. Rabinow, mas compartilhada com reservas por G. Deleuze, sendo ela: 1ª etapa – 1961 a 1969, onde dominam a questão do saber e o método arqueológico; 2ª etapa – até 1976, voltado para o poder e o método genealógico; 3ª etapa, baseada nas tecnologias do eu e relacionada com a ética. Opinião também compartilhada por Morey (1990), sendo que ambos tecem várias considerações sobre os riscos dessa periodização tradicional, uma vez que o próprio Foucault não tinha pretensão de sintetizar suas obras, ele não era um pensador sistemático.

Os estudos de Foucault da década de 60 são caracterizados como arqueológicos, sua preocupação se volta para as formações políticas discursivas. É a luta, o combate, o resultado do combate e, conseqüentemente, o risco e o acaso que vão dar lugar ao conhecimento; uma explicação de que por trás de todo o saber, de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder. O poder político, por exemplo, não está ausente do saber, ele é tramado com o saber.

Essa inovação metodológica foi assinalada nas seguintes obras: *História da Loucura (1961)* – analisa os saberes sobre a loucura e as condições das possibilidades do nascimento da psiquiatria; *O Nascimento da Clínica (1963)* – estuda a ruptura arqueológica entre a medicina clássica, taxonômica, classificatória — considera a doença como essência abstrata, segundo o modelo da história natural — e a medicina clínica moderna, fundada na anatomia patológica, para a qual o ser da doença desaparece, dando lugar ao corpo individual como seu objeto; *As Palavras e as Coisas (1966)* e *A Arqueologia do Saber (1969)* – descrevem os discursos que, através do tempo, se tornaram conhecidos como a Medicina, Economia Política, Biologia, revelando sua especificidade, condição de aparecimento, formas de acúmulo de conhecimento e encadeamento, bem como as regras de sua formação e as descontinuidades que as escondem.

Já nas obras da década de 70, o autor se apresenta como o filósofo da microfísica do poder, onde busca as relações que existem entre o discurso e as demais práticas não discursivas – fase genealógica, ou seja, a busca pela história da política da verdade. Por quê em um determinado momento surge um conceito que não existia antes? Que estratégias discursivas (saberes) e não discursivas (poderes, instituições) propiciam o novo conceito de exército, escola, hospital? As obras genealógicas são: *Vigiar e Punir (1975)*; *Microfísica do Poder (1979)*; *História da Sexualidade I - A Vontade de Saber (1988)*.

Os últimos escritos de Foucault estudam a arte de governar. Estes foram registrados na década de 80, no entanto, sua intenção não é tratar do problema da formação do Estado, mas pensar que tipo de racionalidade implica ter como exercício o poder do Estado. Ele está preocupado em estudar as relações entre racionalidade e poder não em termos de Estado centralizado, mas em termos de dominação, orientado para os indivíduos (pessoas) e à população em geral, a fim de “governá-los” de maneira contínua e permanente. Ao invés de perguntar sobre a identidade das pessoas, pergunta *como é possível as coisas chegarem a ser como são?*

Quando Foucault oferece retrospectivamente uma revisão do seu trabalho, parece que se podem considerar três dimensões: saber, poder e subjetivação; mas essas não podem ser

identificadas como divisões cronológicas, pois o próprio autor, em revisões retrospectivas de sua obra, situa as três dimensões sobre uma certa unidade de intenção: [...] o estudo das ‘diferentes modalidades de subjetivação’, a ‘ontologia histórica do presente (ou de nós mesmos)’ e as ‘condições de possibilidade da experiência’” (LARROSA, 2002, p.52).

Para Morey (1990), é necessário reexaminar tanto de uma periodização tradicional da obra de Foucault, como da hipótese de uma sucessão de métodos ao longo de seu itinerário intelectual, mostrando, ao contrário, as diferentes aberturas de uma mesma tarefa geral – uma história da emergência dos jogos de verdade que constituem os sujeitos.

A grande empreitada de Foucault foi sempre esta história da verdade sobre o sujeito. A história crítica do pensamento, para Foucault, é a história da emergência dos jogos de verdade, ou a história das verdades, formas segundo as quais se articulam sobre um domínio de coisas, discursos susceptíveis de serem chamados verdadeiros ou falsos (MOREY, 1990). A compreensão de Foucault sobre a história das verdades não é a história

“[...] do que poderia haver de verdadeiro nos conhecimentos; mas uma análise dos ‘jogos de verdade’, dos jogos entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, isto é, como podendo e devendo ser pensado” (FOUCAULT, 2001, p.12).

Desta forma, Foucault estuda estes jogos de verdade em um domínio específico: aquele em que o sujeito é posto como objeto de um saber possível. Daí a centralidade do problema do sujeito ao longo de toda sua obra. Foucault (2001, p.12) se dedicou ao longo de sua vida a “[...] evidenciar alguns elementos que possam servir para uma história da verdade”. A indagação dos modos de subjetivação e dos modos de objetivação é, nada mais, do que a história da emergência dos jogos de verdade. Nesta empreitada de uma história da verdade, o autor se guiou analisando “[...] problematizações através dos quais o ser se dá como podendo e devendo ser pensado, e as práticas a partir dos quais essas problematizações se formam” (FOUCAULT, 2001, p.15). Dessa forma, seus estudos seguiram problematizando diversas experiências – da loucura e da doença; da vida, da linguagem e do trabalho; do crime e de comportamentos criminosos; todas a partir de certas práticas discursivas e normativas – práticas, estas, que suscitam preocupação moral e que constituem um campo moral.

Em síntese, segundo Morey (1990), a ontologia histórica de nós mesmos marca todo o trabalho de Foucault. É o ponto de partida, pergunta radical e objetivo de seu trabalho, e ordena sua obra em três eixos principais que correlacionam: em relação à verdade que nos constitui como sujeitos de conhecimento, nas relações de poder que nos constituem como sujeitos atuantes sobre os demais; na relação ética por meio da qual nos constituímos como

sujeitos de ação moral. Desta forma, o que Foucault estudou foram três problemas tradicionais: quais são as relações que temos com a verdade através do conhecimento científico, com esses jogos de verdade, tão importantes nas civilizações e nos quais somos, a uma só vez, sujeito e objeto; quais são as relações que entabulamos com os demais, através dessas estranhas estratégias e relações de poder; e quais são as relações entre verdade, poder e indivíduo.

Foucault nos fala de sistemas altamente complexos de poder e saber, nas quais a concepção do homem muda. Foucault nos faz ver tudo diferente, sob uma outra perspectiva. A análise do poder manteve-se como pano de fundo. Foucault passou décadas tentando nos mostrar como os mecanismos de poder funcionam e como eles nos dominam a partir de pequenos detalhes da nossa maneira usual de ser. Foucault desempenhou com muito esforço o trabalho de recortar a história e mostrar novas e surpreendentes facetas. Temas como sexualidade, verdade, loucura e humanismo adquiriram uma roupagem absolutamente nova e original com seu trabalho.

3.3. PÓS-MODERNISMO, PÓS-ESTRUTURALISMO E O PENSAMENTO DE MICHEL FOUCAULT

Quando falamos em "história pós-moderna", falamos de um saber histórico organizado, mas não fechado, que rompe com a proposta linear de história; um saber que passa a trabalhar com conceitos de descontinuidade, ruptura, subjetividade. É fazer uso do saber histórico não no sentido de compor grandes unidades nas quais os indivíduos possam se reconhecer, mas no sentido de encontrar a heterogeneidade, a luta entre as forças que surgem de todos os lados e que constituem novos acontecimentos. É questionar a tradição, a origem e o devir.

Neste sentido, Foucault faz um alerta inicial sobre a questão da análise histórica estrutural, “que parece apagar, em benefício das estruturas fixas, a irrupção dos acontecimentos”, e sugere que, em vez de empreender análises totalizantes, prestemos “uma atenção cada vez maior aos jogos da diferença”. Propõe o desenho de uma história nova, ou melhor, **uma leitura histórica nova das idéias e do saber**, enfatizando, assim, o contraponto entre a história pura e simples e “a história do pensamento, dos conhecimentos, da filosofia, da literatura, [que parecem] multiplicar as rupturas e buscar todas as perturbações da continuidade” (FOUCAULT, 1987, p.6-7).

Michel Foucault se apropria dos conceitos nietzscheanos para falar em "história efetiva", uma história que trabalha a descontinuidade, visão não totalizante, compreendendo

que a força que se encontra em jogo na história não obedece a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. É uma nova forma de olhar e estudar o objeto a ser historiografado, um olhar que procura a profundidade e não mais a continuidade nas "leis do devir" (MUNIZ, 2000).

A descontinuidade é um dos eixos fundamentais na análise histórica de Michel Foucault. Essa é a estratégia utilizada no seu trabalho para desmontar os essencialismos com que enxergamos as questões de nosso tempo, para ironizar a pretensa natureza sublime da idéia de origem e para desestabilizar os lugares de verdade (e os poderes neles investidos) que ocupam os saberes, camuflados pelo discurso do conhecimento (OLIVEIRA, 2008). Foucault acusava a história de apegar-se à idéia de continuidade, subsidiada que era pela crença em uma origem essencial que subsiste ao tempo e que comanda os destinos da humanidade. Fazia eco a uma nova tradição de pensamento que combatia a noção de progresso, exaltada tanto pelos discursos filosóficos e científicos quanto pelo discurso capitalista, pelo efeito de verdade dado à ilusão de que o estado atual é a referência de evolução para a sociedade.

Com essa nova forma de olhar para a história/acontecimentos, Foucault não busca as fundações; ocupa-se em descobrir como as tramas históricas constituem os sujeitos singulares, sem interpretá-los como encarnações de um sujeito transcendental; edifica uma filosofia que sai das práticas concretas e não de uma suposta razão autofundada. Ele se recusa a fornecer verdades objetivas ou mesmo a nos mostrar qualquer coisa como uma representação, mesmo que seja de forma aproximada do mundo.

A história efetiva se distingue daquela dos historiadores pelo fato de que ela não se apóia em nenhuma constância, nada do homem, nem mesmo seu corpo. A história será efetiva na medida em que ela reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser; ela tem o poder de inverter a relação entre o próximo e o longínquo – lança o seu olhar para o próximo, mas não teme olhar em baixo, olha do alto, mergulha para apreender as perspectivas, desdobra as dispersões e as diferenças, ou seja, olha para o mais próximo, mas para dele se separar bruscamente e se apoderar à distância; não teme ser um saber perspectivo – olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha (FOUCAULT, 2000).

Veiga-Neto (1996) argumenta que, para o pensamento pós-moderno, o que passa a interessar é o sentido que damos ao mundo. Assim, não há uma perspectiva privilegiada a partir da qual possamos olhar e entender o mundo. O ser pós-moderno não tem a "aspiração" de encontrar uma verdade oculta do outro. O que se encontra é uma série de superfícies que se desvanecem em tênues e agitados reflexos. A verdade, pensada dessa maneira, torna-se

inseparável do processo que a estabelece; a questão é saber quem pode dizer o que está sendo dito, que posição deve ocupar o sujeito que enuncia, de que lugar ele fala, a que campos de saberes pertence, com que outros enunciados ele se relaciona, ou seja, como se exerce o poder de produzir e definir verdades em detrimento de outras por meio das quais buscamos ordenar nossos mundos.

Nessa perspectiva ganham centralidade os pressupostos de que a linguagem e o discurso são constitutivos do social, da cultura e do sujeito. A perspectiva pós-estruturalista redimensiona a noção de cultura, tratando-a como campo de conflito e de luta, ao deslocar a ênfase de uma avaliação epistemológica (falso/verdadeiro) baseada na posição estrutural do ator social, para os efeitos de verdade inerentes às práticas discursivas (VARGAS, 2002).

Portanto, o pós-estruturalismo pode ser caracterizado como um modelo de pensamento, um estilo de filosofar e uma forma de escrita. Entretanto, o pós-estruturalismo não pode ser reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola, mas deve ser pensado/concebido como um movimento de pensamento, ou melhor, uma complexa rede de pensamento interdisciplinar que corporifica diferentes formas de prática crítica (LYOTARD, 2002).

3.4. O REFERENCIAL FOUCAULTIANO E SUA APLICAÇÃO NA ENFERMAGEM

Michel Foucault foi um pensador que colocou como tarefa do pensamento fazer a arqueologia do tempo presente, e com isso nos intimou a fazer do presente o nosso problema, que conclamou a sermos capazes de nos tornarmos diferentes de nós mesmos, e que nos incitou a fazermos um diagnóstico do que estamos fazendo com nosso tempo.

As idéias de Michel Foucault são bastante convincentes, persuasivas e produtivas, pois criam um marco conceitual novo e poderoso, que nos ajuda a compreender problemas vivenciados pelas sociedades contemporâneas ocidentais, permitindo dar outras respostas para antigas perguntas, ou melhor, fazer novas perguntas para encontrar outros significados e produzir novos sentidos (AZEVEDO, 2005).

Nesta direção, o referencial teórico-metodológico foucaultiano tem sido adotado por diferentes áreas de conhecimento, tais como a psicologia, a psiquiatria, a criminologia, a sexologia, as ciências políticas, a lingüística, as ciências humanas e as ciências da saúde. Assim neste momento, procuro evidenciar de que forma a enfermagem, especificamente, vem adotando este referencial para produção do seu saber.

A Enfermagem enquanto campo de saber e de prática em diferentes contextos políticos e históricos, apresenta grandes diversidades na forma como se organiza, procurando construir

para si instrumentais teóricos e técnicos. Desta forma, a consolidação da profissão no cenário internacional é modificada por inúmeras condições, entre as quais a possibilidade de sustentar-se no meio acadêmico-científico como capaz de emitir discursos coerentes sobre si, sobre sua posição na sociedade e no empreendimento coletivo da ciência (RAMOS; et al, 2007).

Com relação ao uso do referencial foucaultiano na enfermagem existem poucos estudos no âmbito internacional que tratam desse objeto. Destaco o estudo de Gastaldo e Holmes (1999) que procurou analisar publicações internacionais que articularam Foucault e enfermagem. O alvo do estudo foi refletir as análises foucaultianas sobre a enfermagem, ou seja, os usos que as enfermeiras fazem do Foucault quando discutem enfermagem. Os autores sinalizam a escassez de artigos encontrados (27 no total), destacando o forte papel das pesquisadoras Australianas nesta produção, mas também do Reino Unido, Brasil e América do Norte (EUA e Canadá). Da Alemanha foi encontrado um artigo, mas nenhum de países como França e Espanha. Estes estudos foram publicados entre 1987 e 1998 em Português, Inglês e Alemão. Os conceitos mais freqüentemente utilizados são poder/conhecimento, a vigilância, o discurso, disciplina, resistência, corpos dóceis, olhar clínico e panóptico.

Ramos, et al. (2007) revelam a carência de pesquisas que adotam o referencial foucaultiano no estudo sobre a enfermagem e a saúde no Brasil. Segundo estes autores, a contribuição foucaultiana se destaca a partir dos anos 90, quando novas linhas de investigação trazem aportes das ciências humanas e sociais e abordagens metodológicas qualitativas, privilegiando objetos voltados para a “compreensão de si” como trabalho/profissão (enfermagem) e como sujeito (enfermeiro), em aspectos históricos, sociológicos e culturais. As temáticas mais evidenciadas nos estudos foucaultianos são relativas ao poder (poder disciplinar, biopoder, poder pastoral) ao cuidado de si e à governabilidade.

Henderson (1994), ao explorar as implicações das análises filosóficas de Michel Foucault, para a compreensão da enfermagem prática, aponta que o poder permite moldar o conhecimento e, assim, limitar e ditar a qualidade da relação enfermeiro-paciente. Nesta mesma direção, Gastaldo e Holmes (1999) salientam que uma leitura foucaultiana da enfermagem contribui para a difusão dos regimes de verdade, na qual os enfermeiros são percebidos como profissionais que exercem o poder sobre a vida em sociedade, possibilitando o avanço para uma formação mais crítica e interdisciplinar.

Com o objetivo de evidenciar a incorporação do referencial foucaultiano na produção científica do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa

Catarina, eu, em co-autoria com outra colega e professoras, realizei uma pesquisa⁶ onde percebemos que ainda são poucos os trabalhos desenvolvidos que utilizam Michel Foucault como aporte teórico e/ou metodológico, sendo que apenas 13 estudos utilizaram este autor. Assim, dos 549 resumos consultados entre os trabalhos de dissertações (428), e teses (121), no período de 1978 a 2006, menos de 2% do total de trabalhos publicados pelo Programa utilizam o referencial foucaultiano (COSTA et al.,2008). A seguir faço destaque a alguns dos estudos, encontrados pelas autoras:

Prandoni (2005) utilizou este referencial para estabelecer um paralelo entre o processo de reforma psiquiátrica e os procedimentos disciplinares do século XIX, bem como, para realizar uma análise das relações de poder que se estabelecem entre o trabalhador mental e o sofredor psíquico. Trabalhou com a percepção de que o poder é um poder relacional, se exerce mais do que se possui. O sujeito, neste caso, não é somente o outro da relação, despossuído do poder, ou a margem deste, é sujeito ativo e tenta dirigir a conduta do outro. Estas características marcam a complexidade das relações humanas.

Borenstein (2000) procurou historicizar as relações de poder entre irmãs religiosas que atuavam na enfermagem do Hospital de Caridade e os demais membros, especialmente os médicos; as práticas médicas e de enfermagem realizadas, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem, as resistências e rupturas, que ocorreram no período compreendido entre 1953 e 1968. Ao estudar mais profundamente o poder na visão foucaultiana, pode perceber estreita relação entre a criação do hospital medicalizado e as relações de poder do pessoal de enfermagem e médico que lá atuavam.

Arejano (2002) se propôs a estudar como se constituem as relações de poder entre o trabalhador de saúde mental e o sofredor psíquico num campo de ação onde se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos. Neste estudo, o poder foi entendido como uma estratégia que modela o comportamento do grupo de pessoas que compõem o espaço do serviço de atenção à saúde mental. Esta estratégia é denominada por Foucault de “*poder disciplinar*” e, esse poder de gerir a vida das pessoas é chamado de *biopoder*. Tal, poder, surge mais concretamente no século XVII, centra-se no corpo como máquina, o corpo como objeto a ser manipulado e disciplinado. Com este estudo, o autor procurou sensibilizar os profissionais da saúde mental para uma prática reflexiva sobre as estratégias utilizadas pelo poder disciplinar.

⁶ COSTA, R.; SOUZA, S.S.; RAMOS, F.R.S.; PADILHA, M.I. Foucault e sua utilização como referencial para a prática profissional da enfermagem no sul do Brasil. **Texto e Contexto Enf.**, v.17, n.4, p.629-637, 2008.

Para Foucault (1987), os dispositivos disciplinares de poder fabricam um corpo dócil para sujeitá-lo e transformá-lo numa aptidão. O sujeito é controlado como um objeto a ser manipulado. Estes procedimentos são partes de uma maquinaria de poder que visam a um processo de sujeição do corpo social. Outra afirmativa foucaultiana (1994) é a de que a verdade não contém em si a ausência de poder, ou está fora deste. Ela é produzida por múltiplas coações. O sujeito é constituído por uma verdade e não fonte dela. Estes aspectos denotam os jogos de verdade do poder/saber que se estabelecem entre os seres humanos.

Azevedo (2005) percebeu que o poder exercido pelos profissionais de enfermagem sobre o “corpo do cuidado” (corpo dos clientes) deixa de ser descendente para se transformar em ascendente, privilegiando o nível molecular do exercício do poder e dele partir para compreender a “rede de poderes” que se estabelecem na relação enfermeiro(a)/cliente. Isto significa que estudar o poder implica buscá-lo nas táticas, nas lutas, nas resistências que lhe são iminentes e impostas a todo o momento, suscitando novos agrupamentos discursivos.

Com base em Foucault, Madureira (2005) estudou o poder na relação do casal heterossexual apontando não ser mais possível pensar esta relação em termos de polaridades como dominador-dominado, embora não se possa negar que essas relações também existam. Antes, estas relações se assemelham a um jogo no qual as forças oscilam de uma posição a outra. Esta compreensão do poder no plano dos micropoderes, aliado à promoção da saúde, especialmente à prevenção de aids nas relações de casal, forneceu subsídios para possíveis mudanças e inovações na prática de educação em saúde para prevenção das DST/aids, iluminando mais um aspecto a ser considerado nesta prática para promover uma maior aproximação entre o que a ciência já sabe sobre a epidemia e o viver cotidiano das pessoas.

O poder foi compreendido como produtivo, relacional e em rede (FOUCAULT, 1979, 1982), e quando aplicado à análises sobre o cotidiano do trabalho, a concepção de poder não se limita ao campo do trabalho, como poder externo aplicável ao trabalhador e aos processos de produção, mas incorpora o trabalho como ação humana essencial, também constituinte das identidades humanas históricas e expressão da rede de elementos que participam desta construção, entre os quais o poder tem papel estruturante e subjetivante.

O trabalho de Foucault nos permite apreciar, a partir de uma nova perspectiva, diferentes facetas da prática de enfermagem. Os conceitos foucaultianos têm implicações profundas para ajudar a diversificar as formas em que concebemos enfermagem como uma disciplina e como uma prática (GASTALDO; HOLMES, 1999).

As idéias de Michel Foucault permitem ao profissional de saúde um novo olhar a sua prática, as suas ações, ao modo como a história vem se construindo; possibilita a

problematização das questões do poder e da produção de saberes ao propor uma análise crítica do mundo em que vivemos.

Nesse contexto de múltiplas possibilidades de abordagens metodológicas para a análise dos problemas de saúde e de enfermagem, Foucault nos convida a olhar para o que se desenrola ao nosso redor, na tentativa de descobrir quais são os problemas específicos e talvez originais que vêm construindo e sustentando o nosso cotidiano e, quem sabe, a nossa própria existência (AZEVEDO; RAMOS, 2003, p. 291).

Costa et al. (2008) afirmam que os estudos foucaultianos abrem uma perspectiva de análise proveitosa sobre as práticas assistenciais desenvolvidas atualmente pelos profissionais da saúde, na medida em que sua base teórica permite compreender como determinadas verdades são instituídas e apreciar as relações de poder operantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas. Dessa forma, ele incita a estranhar o que se apresenta como natural para buscar, no cotidiano, elementos que permitam construir um inventário capaz de captar o recorte, por vezes, inusitado, da realidade histórica. Neste sentido, ousou procurar compreender de que forma as práticas e discursos no cuidado ao recém-nascido vem sendo construídas e consolidadas historicamente.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 O TIPO DE ESTUDO

O tema a ser explorado e os objetivos formulados, levaram-me a assumir o presente estudo com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa possibilita a compreensão das experiências humanas como um todo, considerando-as de maneira holística e permitindo aos profissionais de saúde novas perspectivas na descoberta de realidades relacionadas à saúde do indivíduo, tanto em ambientes institucionais como comunitários, de forma flexível (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; HOLLOWA, WHEELER, 1996).

Para compreender como foram instituídos os saberes e fazeres no cuidado do recém-nascido em terapia intensiva, a partir da implantação das UTINs em Florianópolis na década de 1980, ancorei-me nas bases da pesquisa histórica. A pesquisa histórica caracteriza-se como uma metodologia de coleta sistemática, organização e avaliação crítica de dados e está relacionada com ocorrências passadas. Segundo Padilha e Borenstein (2005, p.577) “devemos abandonar a idéia de que vamos reconstruir o passado tal qual aconteceu – mesmo porque isso é impossível – mas, ao mesmo tempo, o que fazemos do passado é uma leitura, em termos de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora”.

A pesquisa histórica pode servir para preencher lacunas, espaços vazios, procurar ampliar discussão em torno de assuntos já abordados. Isto não significa que se deve pensar a pesquisa histórica de forma estanque, com esquemas tradicionais e ortodoxos. “A concepção da história deve, antes de qualquer coisa, levar em conta toda a experiência humana, e o historiador não deverá estar alheio a este fato” (VIEIRA; PEIXOTO; KHOURY, 1989, p.17). Levando em consideração tais aspectos e o objetivo deste estudo, assumi então, as bases da nova história, uma vez que esta valoriza toda atividade humana, com uma história e um passado que pode ser construído e relacionado ao restante deste passado (BORENSTEIN, 1995; BURKE, 1992).

A expressão *La Nouvelle Histoire* é título de obra editada por Le Goff. O movimento da nova história teve início com a criação da escola dos Annales, nome de uma revista publicada na França a partir de 1929, cujos principais mentores foram Marc Bloch e Lucien Febvre. Esta revista se tornou emblemática para a História, porque desde seu início dedicou-se com novos temas, novos objetos, como a história do cotidiano e das mentalidades, temas

esses não contemplados pela abordagem tradicional (MANCIA, 2007). O grupo dos Annales apontava ainda, para a história demonstrar menos preocupação com os acontecimentos, as cronologias dos fatos, e, sobretudo, os heróis.

Segundo Le Goff (1998), a Nova História revelou a presença do poder onde a história tradicional nem sequer pensava em procurá-lo, ou seja, no simbólico e no imaginário, entre outros. O autor percebe a História como o exercício permanente de um certo olhar, de um certo espírito crítico, de um certo “fazer”, que a aproxima do campo das ciências sociais. Nesta perspectiva, a nova história é uma história-problema, história aberta para as outras ciências, para uma discussão realmente interdisciplinar, que contribui para ampliar as fronteiras da História tradicional e entendê-las como fronteiras com as demais ciências sociais. A nova história recusa a visibilidade somente dos acontecimentos; ela os entende como superficiais e simplistas, sem uma profundidade. Para ela essa abordagem de acontecimento não consegue ir além deste fator de superfície, mascara o verdadeiro jogo da história, não compreende que o que emerge em dado momento, vem se constituindo de longo tempo, o acontecimento é o resultado de uma construção em que “tudo se liga e se comanda mutuamente: a estrutura política e social, a economia, as crenças, as manifestações mais elementares e mais sutis da mentalidade” (LE GOFF, 1998, p.32).

Nesse contexto de nova história, outras abordagens e metodologias são vistas com bons olhos, porque permitem criar outras versões, complementar as que se tem como verdade. Permitem, ainda, comparar diferentes narrativas, enfim, problematizar a história.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

De acordo com Alberti (2004), a escolha dos sujeitos deve ser guiada pelos objetivos da pesquisa. As pessoas escolhidas devem estar entre aqueles que participaram, vivenciaram, presenciaram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema proposto, e que possam fornecer depoimentos significativos.

Neste contexto, os sujeitos selecionados para este estudo foram os profissionais de saúde que participaram do processo de implantação da UTIN do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, na década de 1980; além de outros profissionais que trabalhavam em outras UTIs neonatais neste período e que contribuíram na instituição de práticas no cuidado intensivo neonatal. Não foi estabelecido, a priori, o número de participantes. O critério geral que guiou a seleção dos sujeitos foi relacionado apenas e atentamente ao desejo e concordância explícita em participar, atendendo aos interesses do estudo.

Desta forma, os sujeitos da pesquisa foram três médicos, cinco enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem que trabalhavam na UTI geral e/ou UTIN na década de 1980. Para garantir a anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados com letras referentes às categorias profissionais e números (por exemplo, médico M1, enfermeiro E3, técnico de enfermagem TE2 e auxiliar de enfermagem AE1).

Perfil dos sujeitos do estudo:

PROFISSIONAL	IDADE	PROCEDÊNCIA	FORMAÇÃO - 1980	ATUAÇÃO NA UTIN
Enfermeira (E1)	52 anos	Florianópolis/SC	Graduação em Enfermagem	6 anos
Enfermeira (E2)	54 anos	Cach. do Sul/ RS	Graduação em Enfermagem	3 anos
Enfermeira (E3)	55 anos	Florianópolis/SC	Graduação em Enfermagem	14 anos (UTIP)
Enfermeira (E4)	49 anos	Londrina/PR	Esp. em epidemiologia do ensino sup	4 anos
Enfermeira (E5)	46 anos	Lages/SC	Graduação em Enfermagem	13 anos
Médico (M1)	54 anos	Lages/SC	Residência em Pediatria/ Especializ. em neonatologia	21 anos
Médico (M2)	57 anos	Blumenau/SC	Residência em Pediatria	12 anos (UTIP)
Médico (M3)	54 anos	Porto Belo/SC	Residência em Pediatria/ Especializ. em neonatologia	22 anos
Técnico de Enf (T1)	51 anos	São Miguel do Oeste/SC	Técnica em enfermagem	22 anos
Técnico de Enf (T2)	49 anos	Palhoça/SC	Técnica em enfermagem	24 anos (UTIP e Neo)
Técnico de Enf (T3)	53 anos	Florianópolis/SC	Técnica em enfermagem	29 anos (UTIP e Neo)
Técnico de Enf (T4)	50 anos	Maceió/AL	Técnica em enfermagem	2 anos
Auxiliar de Enf (A1)	48 anos	Itapiranga/SC	Auxiliar de enfermagem	22 anos

Fonte: entrevista com os participantes da pesquisa.

4.3 A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, no período de outubro de 2008 a março de 2009, a partir de dois tipos de fontes: as fontes orais e as documentais. As fontes orais foram originadas a partir de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice I), utilizando-se para isso do método de História Oral. A História Oral é um método de coleta de dados que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos num determinado contexto social. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje dentro de um processo histórico em andamento cujo informante contribuirá com sua percepção dos fatos (ALBERTI, 2004; MEIHY, 1996).

A História Oral, como metodologia de pesquisa, se ocupa em conhecer e aprofundar conhecimentos sobre determinada realidade – os padrões culturais – estruturas sociais e processos históricos, obtidos através de conversas com pessoas, relatos orais que, ao focalizarem suas lembranças pessoais, constroem também uma visão mais concreta da dinâmica de funcionamento e das várias etapas da trajetória do grupo social ao qual pertencem, ponderando esses fatos pela importância em suas vidas (PORTELLI, 1997).

Meihy (2002, p. 13) conceitua a História Oral como um “recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas”. Assinala que a história oral é a “história do tempo presente e também conhecida por história viva”.

O principal ofício do historiador é compreender e explicar porque as coisas deram no que deram e como elas se relacionam entre si. É compreender, mesmo o que temos mais dificuldade para compreender; entretanto o que nos dificulta é a experiência histórica que as formou (BARREIRA, 1999, P. 88).

A principal característica da História Oral é a postura com relação a história e às configurações socioculturais que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem o viveu. Nesse sentido, para estudar a história oral necessita-se entender a questão da memória. Segundo Maurice Halbwachs “a memória deveria ser analisada como um fenômeno social, construída coletivamente e passível de constantes transformações, o que contraria as hipóteses de que a memória apresenta-se puramente individual” (SCHIMDT, 2000, p. 10). Para Halbwachs, “a memória é resultado do movimento do sujeito no ato da memorização, como também é ação dos diversos grupos sociais em suas histórias, passado e presente” (HALBWACHS, 1990, p.32).

A memória é seletiva. Nem tudo fica gravado. Nem tudo fica registrado [...] sofre flutuações [...] é fenômeno construído [...] Se podemos dizer que, em todos os níveis, a memória é um fenômeno construído social e individualmente (POLLAK, 1992, p. 4-5).

Para Portelli (1996), a memória se fundamenta na experiência vivida e em emoções profundamente sentidas. As lembranças não atualizam apenas fatos experienciados, mas sentimentos, emoções e sensações. Vivências carregadas de subjetividade. É esse passado vivido, bem mais do que o passado apreendido pela história escrita, que servirá de apoio mais tarde para a memória (HALBWACHS, 1990).

Paul Thompson (1998, p.197) continua dizendo que “toda fonte histórica derivada da percepção humana é subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa

subjetividade: descolar as camadas da memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta” e ainda mais: “A lição importante é aprender a estar atento àquilo que não está sendo dito, e a considerar o que significam os silêncios. Os significados mais simples são provavelmente os mais convincentes” (THOMPSON, 1998, p. 204-205)

A História Oral permite construir a história a partir das próprias palavras daqueles que vivenciaram e que participaram de determinado período, mediante suas concepções (BORENSTEIN, 2000). Segundo Thompson (1992, p.18), “contribui para elaboração de uma memória democrática, possibilita novas versões da história ao dar voz a múltiplos e diferentes narradores”.

Desta forma, todas as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em ambiente privativo. Primeiramente, contatava por telefone e indagava sobre a possibilidade de participação na pesquisa. Em caso de aceite preliminar, agendava dia, horário e local, conforme a disponibilidade dos sujeitos.

Todos os entrevistados relataram grande satisfação em estar recordando a história da implantação da UTI neonatal, que muitas vezes representava contar como se deu sua inserção nas práticas assistências. No início das entrevistas, os profissionais geralmente mostravam-se apreensivos por medo de não conseguir lembrar muitas informações com relação aos acontecimentos. E por muitas vezes se surpreendiam por recordar de forma tão clara e prazerosa o vivido. Foi realizado um total de 13 entrevistas, sendo que cada participante concedeu uma entrevista e as questões que necessitavam de aprofundamento e esclarecimento eram elucidadas com o sujeito seguinte. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos a 2 horas. Solicitei permissão para gravar as entrevistas e após a transcrição os entrevistados receberam-nas de volta para sua conferência e efetuando retificações desejadas.

Além das entrevistas, utilizei fontes documentais que incluem: prontuários, livro de ocorrências, livro de admissão do recém-nascido, Atas de reuniões, fotos e recortes de jornais e revistas. Este material foi coletado nos arquivos do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no Arquivo Público do Estado de Santa Catarina, na Biblioteca da UFSC, na Biblioteca Pública do Estado de Santa Catarina e no arquivo do jornal Diário Catarinense. Estas fontes documentais foram utilizadas para validação das informações orais.

4.4 A ANÁLISE DOS DADOS

Durante todo o processo de coleta, ou seja, em todas as fases da investigação, a reflexão e análise se fizeram presentes, propiciando a cada entrevista, singularidade e possibilidades de alterações do processo de captação dos dados. A atitude de reflexão é

intrínseca ao processo da pesquisa, proporcionando que as dúvidas sejam esclarecidas e outras suscitadas; que as certezas sejam reafirmadas e outras colocadas em dúvidas, configurando-se em um movimento dialético e que, por sua vez, faz parte da metodologia da História oral.

A primeira etapa da análise consiste na organização dos dados segundo Biasoli-Alves (1995, p.47), acontece “através da transcrição e revisão de tudo que foi gravado, durante cada uma das entrevistas, resguardando o linguajar próprio de cada informante, suas pausas e até entonações, para então, posteriormente, considerar que os dados estejam prontos para serem analisados”.

Utilizei o método genealógico proposto por Michel Foucault. A questão da genealogia aparece com mais fluência nos trabalhos de Foucault na década de 70, quando seu interesse pelo discurso (arqueologia) é substituído pela ênfase nas formações discursivas (genealogia). No discurso inaugural pronunciado no *Collège de France*, em 1970, denominado *A ordem do discurso*, Foucault aborda rapidamente a questão da genealogia e sua relação com a arqueologia. Naquele momento, ele ainda estava tentando preservar suas idéias arqueológicas e complementá-las com a genealogia. Já em “Vigiar e Punir” e “História da Sexualidade I”, a genealogia, considerada um diagnóstico que se concentra nas relações de poder, saber e corpo na sociedade moderna, (DREYFUS; RABINOW, 1995) e precede à arqueologia (PADILHA, 1998).

Para Queiroz (1999), a história genealógica de Foucault é uma história de “invenções”. Não de invenções grandiosas e sublimes, mas de mínimas e desprezíveis invenções; não é uma história de objetos que navegam serenos nas águas calmas da maturação, porque falar em genealogia é enunciar o campo de forças, as relações de poder, os jogos de saber-poder, as estratégias e os mecanismos destes jogos configurando o real.

Machado (2000) define o método genealógico como a análise do *porque dos saberes*, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político. A genealogia seria o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)” (FOUCAULT, 1997, p. 71).

Entendemos que a genealogia, como procedimento explicativo, desconstrói as lutas no interior do discurso, as relações de poder e “assinala a singularidade dos acontecimentos fora de toda a finalidade monótona” (FOUCAULT, 1982, p.15), buscando descontinuidade onde desenvolvimentos contínuos foram encontrados; registra a singularidade dos eventos fora de qualquer finalidade estática. Busca o começo, os detalhes e acidentes que o acompanham, não

a origem (PADILHA, 1998). Isso significa que é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar.

As respostas são dadas ao genealogista através dos mínimos detalhes, da superfície dos acontecimentos, das menores mudanças e dos contornos sutis. Foucault sugere que para fazer a genealogia dos valores, da moral, do conhecimento, devemos ao invés de partir em busca da origem, nos demorar nas “meticulosidades e acasos dos começos, prestar atenção escrupulosa à sua derrisória maldade” (FOUCAULT, 1982, p.19); sem negligenciar como inacessíveis todos os episódios da história. O genealogista evidencia que a luta pelos espaços de poder não são apenas relações entre governantes e governados, de dominadores e dominados, mas sim, que a “relação de dominação não é mais uma relação em que o lugar onde ela se exerce não é um lugar. E é por isso, que a CADA MOMENTO DA HISTÓRIA, ela se fixa num ritual, impõe obrigações e direitos e constitui procedimentos cuidadosos” (FOUCAULT, 1982, p.17).

Foucault simplesmente não fez apologia a descontinuidades, mas se propôs a discutir a seguinte questão: como é possível que se tenha em certos momentos e em certas ordens de saber, mudanças bruscas, evoluções, transformações que não correspondem à imagem tranqüila e contínua que normalmente se faz? Ele não se preocupou com o tempo ou a amplitude dessas transformações, mas sim, com a modificação nas regras de formação dos enunciados que são aceitos como cientificamente verdadeiros. Em suma se preocupou com o problema da política do enunciado científico.

Nesse sentido, afirma Machado (2000), não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global.

A genealogia é a paciente procura dos começos históricos (seus micronascimentos), lá onde não há uma identidade originária, apenas o disparate dos acasos, daquilo que já foi começado. Ela aponta em direção ao lugar onde a história ainda guarda em si seu caráter mesquinho, baixo, pouco nobre e demasiadamente modesto, ou seja, trata da proveniência, do lugar onde os acontecimentos são acasos e não causalidades; faz descobrir que “na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente” (FOUCAULT, 2000, p. 21). O genealogista não pretende descobrir entidades substanciais (sujeitos, virtudes, forças) nem revelar suas relações com outras entidades deste tipo, estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço. Por conseguinte, os sujeitos emergem num campo de batalha no qual desempenham

seus papéis. O mundo não é um jogo que apenas mascara uma realidade mais verdadeira existente por trás das cenas. Ele é tal como aparece; esta é a profundidade da visão genealógica.

Segundo Fisher (2001), a primeira tarefa para chegar a isso é tentar desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de reais intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis. É como se no interior de cada discurso, ou num tempo anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso.

Para Foucault (1995), nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos. Desta forma, procurei explorar ao máximo o discurso dos atores que participaram do processo de implantação das UTI neonatais, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas/da realidade e produz, como o poder, inúmeros saberes.

O método genealógico proposto por Foucault não é, “a priori”, operacional; ele elaborou um conjunto de informações e indicou algumas “precauções metodológicas” no sentido de orientar a observação e reflexão.

Após a transcrição e validação de cada entrevista, o material era organizado em uma tabela contendo duas colunas, na primeira eram colocados os dados brutos e, na segunda buscava-se extrair os enunciados diretamente da simples leitura, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória. Após compilação de todas as entrevistas, procurei agrupar os enunciados em formações discursivas provisórias.

Assim, construir um panorama geral ajudou-me a orientar a re-leitura das entrevistas, e possíveis alterações nos modos de reagrupar os enunciados, uma vez que minhas re-leituras conduziram a reconfigurações do que seria analisado inicialmente. Ou seja, os focos de análise foram constituídos e organizados por mim depois de eu ler, reler e perceber na interação com todas as entrevistas que apresentavam algumas regularidades a respeito dos significados que produziam. Nesse percurso, procurei realizar agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial pensado para a análise.

Enfim, operei com as entrevistas uma conexão entre discursos que se articulam, que se sobrepõem, que se somam ou, ainda, que diferem. Isso significa escapar da fácil interpretação

daquilo que está “por trás” dos escritos, procurando explorar ao máximo os materiais, na medida em que eles são uma produção histórica, política; na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem é também constitutiva de práticas. (FISCHER, 2001, p. 199).

Por um lado, as entrevistas não permitiram “dizer *uma* ou *a verdade* sobre as coisas e os fatos, mas pode-se considerá-las como a instância central que, somada a outras,” trouxe “informações fundamentais acerca do vivido e” possibilitou “uma interpretação (mesmo que provisória e parcial) da história das transformações das práticas e dos saberes no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva (ANDRADE, 2008, p. 51).

Andrade (2008) diz-nos que as histórias que nos são narradas através das entrevistas não são dados prontos, mas documentos produzidos na cultura através da linguagem, no encontro entre pesquisadora e sujeitos da pesquisa; documentos que adquirem diversos significados ao serem analisados no contexto de determinado referencial teórico, época e circunstância social e cultural. Seguindo a reflexão da autora, “as narrativas não constituem o passado *em si*, mas sim aquilo que os(as) informantes continuamente (re)constroem desse passado, como sujeitos dos discursos que lhes permitem significar suas trajetórias” profissionais de determinados modos (ANDRADE, 2008, p. 52).

Desta forma, apresento as unidades analíticas que serão discutidas em nossa pesquisa:

- A UTI neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido;
- Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes;
- O Hospital Infantil como referência no atendimento ao recém-nascido de alto risco em Santa Catarina.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em todas as fases da pesquisa procurei pautar meu comportamento na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde seguindo os princípios da beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, além dos princípios do Código de Ética profissional. O início da pesquisa só ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo nº 242/08 FR 217903 (Anexo III) e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão sob parecer nº 086/2008 (Anexo IV).

Como este trabalho foi realizado com pessoas, além de outras fontes, foram tomados cuidados especiais ao serem realizados os contatos, que foram combinados previamente, como o horário e local próprio para cada entrevistado, de acordo com a possibilidade de cada um. Nos contatos prévios com os entrevistados era explicitado o objetivo de estudo, prestando as devidas orientações e informações sobre a pesquisa e entrevista. Os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o termo consentimento livre e esclarecido (Apêndice II).

Além disso, após o término de cada entrevista e respectiva transcrição, foi solicitada aos entrevistados a validação das informações das entrevistas, correção e doação de suas entrevistas, bem como a assinatura do termo de cessão (Apêndice III). Faz-se necessário a existência de uma carta de cessão de forma a "definir a legalidade do uso da entrevista" (MEIHY, 2002, p. 188). Para Portelli (1997) o respeito pelo valor e pela importância de cada indivíduo é uma das primeiras lições de ética sobre a experiência com a pesquisa na história oral. Ao pesquisador de hoje, é

“exigida a consciência de sua responsabilidade, com os resultados finais da pesquisa, uma vez que a ciência é forma privilegiada de construção de conhecimento (e, portanto, realidades), mas também com os efeitos, muitas vezes intrusivos, de sua presença nos contextos em estudo” (PADILHA et al., 2005, p.102).

Analisando as relações entre ética e história oral, Amado (1997) relata que a dimensão ética transcorre o trabalho de todos os historiadores. Os procedimentos éticos que servem para regular as relações entre estes, suas fontes e seus leitores, são as citações corretas de trechos, atribuições de créditos intelectuais com fidelidade, transparência de conceitos e de metodologia utilizados, exposição de lacunas, entre outros.

4.6 RIGOR METODOLÓGICO

O rigor da pesquisa qualitativa diz respeito à consistência dos dados e de seus resultados. Neste estudo o rigor foi assegurado através da credibilidade, transferibilidade, segurança, e confirmabilidade conforme Polit, Beck e Hungler (2004), Alonso (2003), Trentini e Paim (2004), como veremos a seguir:

- credibilidade mostra transparência e fidedignidade em relação aos achados. Os dados foram coletados no tempo necessário, foram apreendidos e interpretados de forma cuidadosa e exemplificados através das falas dos participantes.

- transferibilidade refere-se aos resultados do estudo que podem ter significados similares (não idênticos) e possuem relevância em outras situações ou contextos similares.
- segurança pode ser obtida na estabilização dos dados e na evidência da obtenção das informações necessárias sobre a realidade em estudo.
- confirmabilidade se refere à mútua concordância entre pesquisador e sujeito sobre a relevância dos significados, o que é obtido pela validação constante das interpretações junto aos informantes.

Para as entrevistas adotei a conferência das transcrições pelos respondentes, dado que a passagem dos depoimentos da forma oral para escrita poderia produzir alterações de sentido/conteúdo/intenção.

Outro cuidado adotado, na fase de análise dos dados, foi à busca da sua estabilização, submetendo-os a inúmeras leituras e exaustivas revisões das formações discursivas.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresento os resultados desta investigação em forma de manuscritos, possibilitando ao leitor vislumbrar o percurso de análise dos dados na busca da compreensão da história das transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, em Florianópolis, a partir da implantação da UTIN. Os manuscritos estão apresentados de acordo com as normas dos periódicos para os quais serão submetidos, à exceção da formatação da página, para não ferir a sequência de paginação da Tese.

Artigo 1 – A UTI neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém- nascido

Revista Latino-Americana de Enfermagem (será submetido)

Artigo 2 – Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes

The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing (será submetido)

Artigo 3 – O Hospital Infantil como um marco no atendimento ao recém-nascido de alto risco em Santa Catarina

Revista Texto e Contexto Enfermagem (será submetido)



Figura 1: Foto da UTI pediátrica do HIJG (1985), cedida pela médica Leonice Tobias



Figura 2: Foto da UTIN (1988), cedida pela Técnica de Enf. Maria Elizabete R. da Silva

5.1 ARTIGO 1

**A UTI NEONATAL POSSIBILITANDO NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO
RECÉM-NASCIDO**

THE NEONATAL ICU GIVING NEW PRACTICES TO NEWBORNS CARE

LA UTI NEONATAL POSIBILITANDO NUEVAS PRÁCTICAS EN EL CUIDADO AL
RECIÉN NACIDORoberta Costa⁷Maria Itayra Padilha⁸

RESUMO: Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. O objetivo deste estudo é compreender como se instituíram as práticas de cuidado ao recém-nascido na UTI neonatal em Florianópolis, na década de 1980. O contexto do estudo foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão. Os sujeitos foram profissionais de saúde que participaram da implantação da UTI. Para análise dos dados foi utilizado o método genealógico proposto por Michel Foucault. Como resultados identificamos 4 agrupamentos temáticos: Muita criança saiu ganhando com isso; A gente aprendeu a cuidar do recém-nascido, cuidando; Faltava um olhar mais científico para a assistência; Cuidado sensível, humanizado e individualizado. A implantação de uma unidade específica para o cuidado do recém-nascido de risco resultou numa redução da morbimortalidade neonatal e na aquisição do conhecimento científico. Ademais, os discursos dos profissionais de saúde revelam que desde os primórdios da UTI neonatal, já havia uma preocupação com o cuidado sensível, humanizado e individualizado ao recém-nascido.

⁷ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: robertanfr@hotmail.com

⁸ Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

DESCRITORES: UTI neonatal, recém-nascido, cuidado, poder.

ABSTRACT: A qualitative research with a socio-historical approach. The aim of this research is to understand how the established practices of the newborn ICU in Florianopolis in the 1980's. The study's context was the Child's Hospital Joana de Gusmão. The interviewed for this research were health professionals that had a role in the ICU implantation. Data analysis was performed using the genealogical method proposed by Michael Foucault. As results four thematic groups were identified: Many children won with that; It was learned how to care of newborns; A more scientific view to assistance was lacking; Sensitive, humanized and individualized care. The establishment of a specific unit directed to the high risk newborns resulted in a reduction in the neonatal mortality and scientific knowledge acquisition. The health professionals' speeches reveal that since the beginning of the neonatal ICU, a concern with the sensible, humanized and individualized care with the newborn was present.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units Neonatal, newborn, care, power.

RESUMEN: Investigación cualitativa, con abordaje socio-histórica, objetivo comprender como se instituyeron las prácticas de cuidado al recién nacido en la UTI neonatal en Florianópolis, en la década de 1980. El contexto del estudio fue el Hospital Infantil Joana de Gusmão. Los sujetos fueron profesionales de salud que participaron de la implantación de la UTI. Para análisis de los datos fue utilizado el método genealógico propuesto por Michel Foucault. Como resultados identificamos 4 grupos temáticos: Muchas niños salieron ganando con eso; Aprendimos a cuidar del recién nacido, cuidando; Faltaba un mirar más científico para la asistencia; Cuidado sensible, humanizado e individualizado. La implantación de una unidad específica para cuidado del recién nacido de riesgo resultó en reducción de la morbimortalidad neonatal y adquisición del conocimiento científico. Los discursos de los

profesionales de salud revelan que desde los primordios de la UTI, existía preocupación con el cuidado sensible, humanizado e individualizado al recién nacido.

DESCRIPTORES: UTI neonatal, recién nacido, cuidado, poder.

INTRODUÇÃO:

A preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu como um prolongamento da ação da prática obstétrica. Inicialmente, as unidades de atendimento ao recém-nascido tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, a prevenção de infecções e a diminuição da morbi-mortalidade. O objetivo do trabalho nestas unidades era promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extra-uterina, justificando os investimentos econômicos e sociais para redução da mortalidade infantil e o novo poder-saber médico da neonatologia.¹

Na segunda metade do século XX, ocorreu uma forte medicalização do nascimento aumentando as intervenções sobre o binômio mãe-filho e sobretudo na relação entre eles e a família. Os progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, feto e neonato, resultando em avanços na terapêutica e, conseqüentemente, na redução da morbi-mortalidade perinatal e neonatal.²

Com essas inovações nas ciências e práticas médicas, o parto hospitalar tornou-se mais seguro para as mães e seus bebês, sendo que também contribuíram para isso, o manejo de novas tecnologias médicas, como a anestesia, antissepsia, antibioticoterapia, hemoterapia e equipamentos mais sofisticados. Melhorar as condições de atendimento pré-natal possibilitou a identificação de fatores de risco e a aplicação de procedimentos cirúrgicos. O parto e a assistência ao recém-nascido realizados em ambiente hospitalar, ampliou os índices de sobrevivência fetais, tendo por base a premissa de que a ciência e a tecnologia podem

dominar e/ou neutralizar os riscos.¹

Aos poucos, a preocupação exclusiva com a sobrevivência para a qual o trabalho em saúde concentrava-se no domínio da doença, foi se expandindo de modo a considerar não somente os aspectos biológicos e mensuráveis, mas também a qualidade de vida. Novos instrumentos foram incorporados às práticas assistenciais para apreender o objeto de ação, que se ampliou para além do corpo anátomo-fisiológico do recém-nascido, envolvendo pais, família e comunidade. Nas últimas décadas, a ênfase não se restringiu apenas ao controle da doença, mas à sua prevenção, fazendo parte da avaliação as condições sociais, ambientais e educacionais da família. As transformações no processo de trabalho visaram não só atender a necessidade social de diminuição da morbi-mortalidade, mas também, assegurar uma sobrevivência de melhor qualidade à mãe e ao neonato, esperando-se como produto final a manutenção e recuperação da força de trabalho para o setor produtivo da sociedade capitalista.^{1-2,4}

Assim, determinados avanços do conhecimento mostraram outras necessidades que não apenas as de vitalidade de um bebê funcionalmente adaptável, mas as de um ser que precisa estabelecer relações com a família, com a equipe e com a sociedade e que nela se apresenta como portadores de direitos universais e de cidadania. Na assistência ao recém-nascido de risco, a preocupação com a qualidade de vida determinou a busca de um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família.⁴

A assistência neonatal passou, portanto, por muitas transformações ao longo do tempo, sendo que a introdução de modernas unidades neonatais contribuiu significativamente na redução da morbi-mortalidade neonatal e, o advento de novas tecnologias ampliou a complexidade e abrangência do cuidado aos recém-nascidos. Nos últimos anos, ocorreram grandes avanços científicos e tecnológicos, que proporcionaram inúmeras mudanças nas

práticas de cuidado em unidades de terapia intensiva neonatais (UTINs) no Brasil, de certa forma acompanhando a tendência mundial.

A UTI Neonatal configura-se como um *locus* de produção de saber e constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de alto risco, sendo considerada de alta complexidade. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais freqüente dos pais e o cuidado de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige novas práticas e novos sujeitos profissionais no cotidiano do hospital.⁴

Com o uso de tecnologia avançada, é possível a sobrevivência de neonatos com idades cada vez menores, mas, a prematuridade ainda é responsável por mais de 50% da morbimortalidade entre recém-nascidos sem anomalias fetais.⁵ Os avanços técnico-científicos são importantes na assistência aos prematuros, mas de forma isolada não oferecem solução ao problema ainda grave para a saúde perinatal, que é o nascimento antes do termo e suas repercussões.⁶ Apesar do significativo avanço na medicina e tecnologia, a prevalência de nascimentos prematuros ainda é bastante preocupante em todo mundo. Em países desenvolvidos, como a França, ainda é de 6%, enquanto nos Estados Unidos é de 11%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7%. A prevalência de baixo peso ao nascer é de 9,2% no Brasil, 3,3% na Dinamarca, 30% na Índia e 7% nos Estados Unidos.⁷ Diante deste contexto, a redução da mortalidade neonatal é um desafio mundial. Somado a isso, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado.⁴

A literatura atual¹⁻⁴ reforça a idéia de que existe uma “tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia”. Os cuidadores da UTIN tiveram que aprender com os prematuros e os recém-nascidos de risco a aliar em seus cuidados a delicada interface entre os aspectos técnicos e os afetivos necessários para administrar a terapia que promova não somente a sobrevivência de bebês organicamente saudáveis, mas também o seu desenvolvimento neurológico e a sua integração ao convívio familiar.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso – Método Canguru, por meio da Portaria nº 693 GM/MS⁸, que visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnicas quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família e, particularmente, a mulher/mãe.

Em Santa Catarina, na década de 1980, a assistência ao recém-nascido de alto risco a partir da década de 1980, foram instaladas diversas UTINs em várias regiões do Estado, procurando descentralizar o atendimento especializado ao recém-nascido de risco. Em Florianópolis, os saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido no âmbito hospitalar, começaram a ser desenvolvidos nos **berçários** das duas tradicionais maternidades da cidade, a Maternidade Dr. Carlos Corrêa (1927) e a Maternidade Carmela Dutra (1955). Também faço destaque ao berçário de alto risco desta última maternidade, pois esta era a unidade onde se prestava assistência ao recém-nascido prematuro e/ou com intercorrências clínicas. Entretanto, oficialmente as UTINs surgiram na cidade na década de 1980, sendo que a primeira unidade foi instalada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

A UTI neonatal do HIJG foi inaugurada em 1987 e esta é a justificativa da escolha desta década para o estudo. Entretanto, ao procurar material bibliográfico, documentos científicos, pouco ou quase nada foi encontrado. Por entender que muitos dos saberes e práticas instituídas no cuidado ao recém-nascido de alto risco em nosso estado foram

influenciados pelo atendimento nesta unidade, decidimos realizar esta pesquisa com o objetivo de compreender como se instituíram as práticas no cuidado ao recém-nascido na UTI neonatal em Florianópolis, na década de 1980, a partir do discurso dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA:

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. Neste estudo, adota-se os princípios da Nova história, uma história para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema, entender que qualquer sociedade proporciona uma história em que passado e presente são iluminados pela discussão e análise de forças permanentes que atuam sobre as vontades humanas. Assim, possibilita que se saiba quais as forças que estavam em cena em dado momento, qual sua situação, como estava pós-acontecimento, se isso contribuiu para seu fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não proporcionou nenhuma mudança.⁹

Optamos por realizar esta investigação no HIJG, em Florianópolis, por ser este o Hospital de referência para o atendimento de crianças e recém-nascidos de alto risco do estado de Santa Catarina e local onde foi implantada a primeira UTIN de Florianópolis.

Para coleta de dados utilizamos a história oral, realizando entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde que participaram do processo de implantação desta unidade. A história oral é um método de coleta de dados que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos num determinado contexto social. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, dentro de um processo histórico em andamento, cujo informante contribuirá com sua percepção dos fatos.¹⁰

Os sujeitos da pesquisa foram três médicos, cinco enfermeiras e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalhavam na UTI geral e/ou UTIN na década de

1980. Além disso, foram utilizadas algumas fontes documentais, tais como livro de ocorrências, livro de atas de reunião e recortes de jornais. O período de coleta de dados foi de outubro de 2008 a março de 2009. Para garantir a anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados com letras referentes as categorias profissionais e números (por exemplo, médico M1, enfermeiro E3, técnico de enfermagem TE2 e auxiliar de enfermagem AE1).

Para análise dos dados foi utilizado o método genealógico proposto por Michel Foucault. A genealogia seria o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...).”¹¹ Desta forma, procurei explorar ao máximo o discurso dos atores que participaram deste estudo, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas/da realidade e produziria como o poder, inúmeros saberes.

Desta forma, a análise foi realizada inicialmente a partir das transcrições das entrevistas e posterior leitura atenta, onde se buscava extrair os enunciados, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória. Após compilação de todas as entrevistas, procuramos agrupar os enunciados em formações discursivas provisórias. Assim, construir um panorama geral ajudou-nos a orientar a re-leitura das entrevistas, e possíveis alterações nos modos de reagrupar os enunciados, uma vez que nossas re-leituras conduziram a reconfigurações do que seria analisado inicialmente. Ou seja, os focos de análise foram constituídos e organizados depois de ler, reler e perceber na interação com todas as entrevistas que apresentavam algumas regularidades a respeito dos significados que produziam. Nesse percurso, realizamos agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial foucaultiano. Emergiram assim, quatro agrupamentos temáticos: 1. Muita criança saiu

ganhando com isso; 2. A gente aprendeu a cuidar do recém-nascido, cuidando; 3. Faltava um olhar mais científico para a assistência e 4. Cuidado sensível, humanizado e individualizado.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo nº 242/08 FR 217903 e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão sob parecer nº 086/2008. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde possibilitou a identificação de quatro agrupamentos temáticos referentes às práticas de cuidado ao recém-nascido em UTIN.

Muita criança saiu ganhando com isso

O conhecimento de aspectos biológicos e fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. A introdução das UTINs possibilitou aos recém-nascidos de risco ter um local específico com profissionais capacitados para atender suas demandas de cuidado. Minha vivência, enquanto enfermeira de UTIN por quase 10 anos, me permite afirmar que estas unidades contribuíram para detecção e tratamento precoce de doenças neonatais, avanços no conhecimento científico e aparato tecnológico, refletindo na redução da mortalidade neonatal. Entretanto, percebo que o foco do cuidado muitas vezes está direcionado apenas aos aspectos fisio-patológicos, em detrimento dos aspectos psico-sociais.

A partir das entrevistas com os profissionais de saúde, podemos constatar que a implantação da UTIN possibilitou a produção do saber no cuidado ao recém-nascido de risco. *O cuidado melhorou muito. As crianças tinham qualquer piorinha no berçário já podiam descer por que tinham espaço. [...] foi a questão de abrir vaga. Muita criança saiu ganhando com isso. Com a evolução, da*

enfermagem, da medicina, dos equipamentos todos. Atresia de esôfago na UTI geral saiam pouquíssimos! Na neo sai a maioria. Outra doença que morriam assim, a chance de viver era pouca era a hérnia diafragmática. Melhorou muito com a neo. Sem falar em membrana hialina!?(TE2)

De modo geral, a tecnologia é fundamental. Porque é super difícil controlar a temperatura do recém-nascido. A gente precisa da incubadora, de berço, de infra-vermelho, da fototerapia. A gente precisa de um surfactante. [...] eu trabalhei na era antes de surfactante e depois na era do surfactante, então tem uma diferença muito grande na qualidade de vida, na sobrevivência do recém-nascido prematuro. Porém, mesmo na vigência dessa tecnologia a gente precisa da mão de obra intensiva do trabalhador. Mesmo com a vinda de mais e mais tecnologia, não dispensava o profissional de enfermagem, nem o profissional médico (E1).

Eu acho que mudou sim, primeiro porque os pacientes ficaram mais protegidos numa área específica. A própria vinda; porque os médicos que vieram para UTI neonatal eram neonatologistas já deu outro encaminhamento para o atendimento do paciente neonatal. O conhecimento deles contribuiu para que o grupo de enfermagem, a equipe toda evoluísse nesse sentido, de cuidado ao recém nascido (E3).

As coisas mudaram, melhorou a tecnologia. O respirador era horrível. Aquele BP 200 antigo, se tu não encaixaste direito as mangueiras ali, ele não alarmava. A criança morria e ninguém via (TE1).

A mudança foi radical. Na época eram feitas rotinas completamente diferentes. A assistência o bebê era diferente, era dentro das possibilidades da época. Depois vieram avanços. Quando a gente chegou, foi quando foi implantado definitivamente na região, até no estado, a assistência ventilatória para recém nascidos. Daí a gente foi mudando normas, mudando rotinas, instalando ar comprimido, conseguindo melhorar as normas de assistência ao bebê, hidratação, ventilação, melhorando (M3).

Na fala dos sujeitos estão embutidas algumas características que parecem ter sido um divisor de águas na questão da complexidade assistencial: antes da era do surfactante... depois da era do surfactante; assistência a crianças com “atresia de esôfago”, com “hérnia diafragmática”, com “membrana hialina”; equipamentos como incubadoras, infra-vermelho, fototerapia, o respirador que não encaixavam direito, o ar comprimido e uma assistência ventilatória adequada... Enfim, o discurso dos profissionais revela a necessidade de um tipo de assistência que requeria aparatos tecnológicos mais complexos, possibilidades de intervenções cirúrgicas, qualificação ou composição da equipe específica e organização da assistência.

Os avanços tecnológicos e os profissionais capacitados para o cuidado em UTIN possibilitaram a sobrevivência de muitos recém-nascidos. Estes depoimentos reforçam a importância do saber especializado, que fez emergir novos equipamentos – uma tecnologia de ponta, o médico intensivista e uma equipe de enfermagem capacitada e com habilidades no manuseio do recém-nascido. Portanto, a instituição de novas práticas e novos sujeitos profissionais contribuiu significativamente para a sobrevivência dos recém-nascidos e redução da morbidade.

Podemos perceber que com a implantação da UTIN, o profissional de saúde foi se apropriando do corpo do recém-nascido tornando este objeto de seu cuidado. Foucault coloca que, ao controlar o corpo do doente, o profissional exerce um poder sobre o outro e que esta relação de poder deve ser entendida como produtiva, pois produz saber e constrói discursos.¹³ Assim, o hospital, tem como função o controle dos corpos, ou seja, os corpos quando hospitalizados são objetos do olhar, um olhar que tem um trajeto, que vai de corpo em corpo.¹⁴ Um olhar que esquadrinha e quadricula. Com as inovações tecnológicas, este corpo hospitalizado é mais e mais isolado e, além de ser objeto do olhar, é objeto das mãos, é constantemente manipulado.¹⁵ Neste sentido, as práticas de cuidado na UTI possibilitaram a operação de um saber científico sobre o corpo do recém-nascido, este processo assemelha-se ao que ocorreu com outros desenvolvimentos da Clínica, é fruto do conhecimento parcelar e especializado.

A gente aprendeu a cuidar do recém-nascido, cuidando

A partir do século XIX até os dias de hoje, com o avanço científico e tecnológico, o hospital constitui-se em um espaço terapêutico, inclusive de formação e produção de saberes que, numa linguagem científica, chamamos de conhecimento em saúde.¹⁶ O saber clínico se estrutura e organiza o espaço, as relações e o fazer na UTIN, orientando-o para a intervenção

sobre o corpo recém-nascido e funciona, ao mesmo tempo, como instância de produção de saber e, também, de formação profissional e de transmissão desse saber. Esse saber clínico que emerge se exercita, se amplia e subsidia vários outros tipos de saberes.

A UTIN, enquanto espaço específico de atendimento do recém-nascido de risco vem se configurando como um campo de conhecimentos e práticas, sendo que este saber/fazer consolida-se a partir das vivências/experiências do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Ao serem interrogados sobre como era o cuidado na época da abertura da UTIN, muitos profissionais relataram que as práticas de cuidado foram melhorando a partir da experiência, no dia-a-dia do cotidiano da UTI.

Na verdade eu acho que foi um aprendizado. [...] cada dúvida que a gente tinha ia ver, ia conversar, ia perguntar para os médicos. [...] A gente foi melhorando, cada vez mais aperfeiçoando. [...] Mas as outras coisas eram assim, chegava um equipamento a gente ia lá e aprendia. [...] Lê a bula, lê o manual e ir fazendo (TE2).

Eles aprendiam em serviço. Os novos que vieram e acompanhavam para adquirir algum conhecimento, habilidade. E não tinha nada de especificidade, assim, para recém-nascido. A gente aprendeu a cuidar de recém-nascido, cuidando. Porque, não tinha (E3).

Tivemos treinamento de trabalho. Entrava e vinha trabalhar (TE1)

Muita coisa eu vim aprender depois, porque eu achava que já sabia tudo.(TE3)

[...] a gente não teve nenhum treinamento. Aprendemos no dia-a-dia. A gente não sabia nem mexer numa incubadora. [...] Foi muito difícil no início, era um paciente... eu não tava acostumada a lidar com paciente daquele tamanho (E2).

A gente aprendeu muito. Eu aprendi muito, quando eu entrei não tinha ninguém junto comigo eu tive que me virar sozinha (E5).

Os depoimentos evidenciam que quando abriu a UTI neonatal, os profissionais de saúde não detinham um saber/fazer específico com relação ao recém-nascido prematuro e de risco, que foi a partir da experiência de atuação nesta unidade que os profissionais foram adquirindo habilidade e destreza no manejo do neonato, e também a partir dos diagnósticos estabelecidos que buscou-se o conhecimento científico para embasar suas práticas.

Salientamos aqui, que muitos dos profissionais que atuaram nesta unidade eram recém-formados e que a formação universitária tanto dos médicos, como das enfermeiras é generalista, o que em nossa opinião contribuiu para esta aparente falta de preparo e habilidade dos profissionais de saúde para o cuidado do recém-nascido. O domínio do saber pressupõe um poder, daquele que o domina, influencia e direciona as relações.

A questão da especialização merece destaque, uma vez que instituiu-se uma unidade altamente específica e somente os médicos foram se especializar. A enfermagem não teve oportunidade o que resultou em grandes dificuldades e sofrimentos para estes profissionais. Criou-se um espaço específico para o desenvolvimento dos saberes e práticas médicas e a enfermagem também desenvolveu saberes e práticas especializados, no entanto, sem apoio da Instituição e a reboque do saber médico. Porque nessa época, nesse lugar, não se considerava a enfermagem um saber científico, portanto, merecedor de aperfeiçoamento teórico.

No Brasil, a evolução da Enfermagem Neonatológica é um fenômeno recente. Na maioria dos Cursos de Graduação em Enfermagem, tradicionalmente, tradicionalmente o ensino do cuidado ao recém-nascido é realizado como unidade da Disciplina de Enfermagem Obstétrica ou da Enfermagem Pediátrica. Raros são os cursos em que a Enfermagem Neonatológica é colocada no status de Disciplina e que conta com corpo docente específico. Convém lembrar que o Curso de Graduação não objetiva o ensino do cuidado ao recém-nascido de alto risco, devendo o mesmo ser objeto do curso de Especialização. Entretanto, no nosso meio, apenas em fins da década de 1990 que começa a surgir este tipo de curso.¹⁷ Sendo que, em Santa Catarina ainda não tivemos nenhum curso de Especialização de Enfermagem Neonatológica.

Faltava um olhar mais científico para a assistência

O conhecimento científico seria um conhecimento crítico, fundamentado e que visa produzir interpretações de realidade; permitindo certo grau de generalização ou, dito de outro modo, pretende produzir certo consenso sobre algo; ele é intencional porque constitui determinados objetos e pretende fornecer subsídios para compreendê-los ou produzir instrumentos de intervenção sobre eles. É um conhecimento sistematizado e que obedece às regras de um determinado campo e, é também um conhecimento que se pretende verdadeiro.¹⁶

Os conhecimentos científicos funcionam como crenças compartilhadas por determinados grupos, e que os campos de estudo e as comunidades que os integram e compõem podem ser entendidos como territórios e agentes de validação dessas crenças.¹⁸ A partir deste entendimento, podemos inferir que o conhecimento científico é essencial para o profissional que atua na UTIN, possibilita um preparo adequado que sustenta a complexidades das práticas de cuidado desenvolvidas ao recém-nascido de risco.

Alguns profissionais destacam que quando abriu a UTIN a equipe era jovem com pouca experiência/conhecimento no cuidado intensivo. Por outro lado, relatam que as práticas desenvolvidas desde o início da UTI possibilitaram o aprimoramento científico e a habilidade técnica para o cuidar mais competente e individualizado.

Acho que teve uma grande revolução e evolução na assistência prestada ao Recém nascido, nestes 20 anos. Principalmente no relacionamento entre os profissionais da saúde e familiares e ao próprio paciente (M1). Em relação ao cuidado com o recém-nascido eu acho até que era bom, porque que a gente fazia tudo que podia com as condições que se tinha. Talvez a gente tivesse que ter um olhar mais científico para aquela assistência, era muito o fazer por fazer acho. Não que a gente não soubesse o que estava fazendo, mas talvez faltasse um pouco de embasamento teórico, leitura, eu acho que era o que faltava para nós da enfermagem. O material era novo, as incubadoras eram novas, então tinha assim controle das temperaturas direitinho, da pele da criança, do ar das incubadoras, isso a gente fazia bem (E1).

As funcionárias da UTI geral tinham um pouquinho de experiência. Veio uma em cada dia, para ajudar (AE1). A gente era muito criticada, ainda mais na área médica. Era muito difícil, foi muito sofrimento, muitas críticas por achar que estávamos fazendo alguma coisa que não fosse científica (M2).

Eu sei que mudou muita coisa com o passar do tempo, a gente aprendeu muito com os médicos (E5).

Os depoimentos apontam para uma evolução do conhecimento, caracterizando que a partir da implantação das UTINs o saber e as práticas de cuidado foram se qualificando, possibilitando um melhor atendimento, com enfoque principal no processo patológico e sobrevivência do recém-nascido.

Por outro lado, alguns profissionais da saúde falam sobre a falta de embasamento teórico, de conhecimento científico, principalmente por parte dos profissionais da equipe de enfermagem. As enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem não tinham um saber especializado em relação ao cuidado, o que em nossa opinião, aparece nas falas como a falta de um pensamento crítico, possivelmente porque na fala atual, ao lembrarem-se do passado, os profissionais são bastante críticos. O médico exercia o poder de orientar e determinar as práticas de cuidado.

As enfermeiras não detinham uma autonomia de saber próprio sobre o recém-nascido patológico. As práticas de enfermagem eram fundamentadas no saber clínico e resultavam de demandas colocadas pela terapêutica médica, não se evidenciava um saber/fazer específico e autônomo, esse cuidado conforma-se como um cuidado prescritivo, que assume a forma de procedimentos técnicos.¹⁶ A enfermagem que ali se exercita funcionava como “extensão do olhar e do braço médicos”.¹⁹

É importante, mencionar aqui que este período histórico caracterizou-se pela reformulação do papel do enfermeiro. Sendo que, em 1986 a legislação brasileira, promulgou a Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, referente ao exercício da enfermagem, dispõe o Art. 11, como atividades exclusivas do enfermeiro a "consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas".²⁰ Sob esse contexto, parte-se da premissa que a sistematização da assistência de enfermagem deve ser incorporada à prática,

como uma possibilidade relevante para a garantia da autonomia profissional e de um espaço próprio de cuidado de enfermagem.

Cabe ainda, destacar que nos depoimentos das enfermeiras percebemos pequenas mobilizações no sentido de instituir a sistematização da assistência de enfermagem na UTI neonatal.

[...] a gente tentou fazer uma sistematização da assistência de enfermagem, de fazer tudo direitinho, mas aí foi se perdendo. Porque como que tu consegues fazer isso? Fazer com que as pessoas sigam aquela prescrição, se quando interna um, no final de semana ou a noite, aí não precisa. Porque eu vou obedecer no dia útil? Não tem lógica. A sistematização ou ela é institucional ou ela fica assim... uma coisa solta (E1).

No início, a gente fazia a prescrição de enfermagem. Dai um cirurgião daqui... começou a implicar com as nossas prescrições. Dai a gente teve que deixar de prescrever (E2).

Entretanto, as prescrições não conseguiram ganhar corpo, seja pela falta de enfermeiras nas 24hs, pela rotina de trabalho e principalmente, em nossa opinião, pelo poder médico hegemônico dentro do hospital, que foi contrário a este movimento, impossibilitando a enfermeira de exercitar sua autonomia.

[...] só tínhamos nós duas de enfermeiras, ficávamos só durante o dia, não tinha enfermeira nem a noite, nem final de semana (E1)

Enfermeira era durante a semana, final de semana não tinha enfermeira. A noite era uma enfermeira do plantão geral que ficava (TE2)

Tivemos que passar por essas resistências, do papel da enfermagem, foi uma coisa que me marcou muito. A resistência ao papel da enfermagem, ao papel autônomo da enfermagem (E4).

O exercício da autonomia do profissional de Enfermagem, só será possível quando este dominar o conhecimento de seu campo e da sua prática, utilizando-o, de maneira adequada na prestação do cuidado de Enfermagem. No cotidiano do hospital podemos afirmar que o profissional de saúde que detém o saber, é aquele que detém o poder.

Cuidado sensível, humanizado e individualizado

Atualmente, a humanização das unidades neonatais tem sido um objetivo perseguido pela neonatologia, que reconhece o desequilíbrio flagrante entre o declínio da mortalidade e o aumento da morbidade dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso.²¹ Neste processo, busca-se assegurar um cuidado pautado na abordagem humanística, associando os saberes técnicos e científicos ao cuidado humano.

A preocupação com a qualidade de vida, relacionada ao lado emocional do bebê, emergiu somente após vencer grandes dilemas e batalhas concernentes à diminuição de patologias da gravidez, as intercorrências do parto e às causas de óbitos neonatais, tanto do ponto de vista da Obstetrícia quanto da Neonatologia. A Medicina voltou-se para outras problemáticas, como: a relação mãe-filho, estendida a seguir para o relacionamento pais-filho; a prevenção de traumas psíquicos e a criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo. Para que isso ocorresse, foi necessária a incorporação de outras formas de abordagem até então pouco reconhecidas no âmbito da medicina somática, agregando-se aos instrumentos o conhecimento produzido pelas ciências humanas e sociais, em especial a Sociologia, Antropologia, Psicologia e Psiquiatria, que trouxeram importantes subsídios à rotina assistencial e às práticas de saúde.¹

O discurso dos profissionais com relação ao cuidado do recém-nascido reforça que desde os primórdios da UTIN busca-se a humanização, porém as práticas desenvolvidas dependiam de cada pessoa, de suas crenças e seus valores. Na perspectiva destes profissionais, o cuidado enfatizava a abordagem biomédica, tendo a doença como foco central do cuidado. O recém-nascido era identificado por sua patologia, desconsiderando-se muitas vezes a sua história. O foco do cuidado estava nas técnicas, na sobrevivência do recém-nascido, na habilidade e destreza do profissional.

[...] a gente tinha um controle, a gente tinha um controle rígido das temperaturas da incubadora, da pele da criança, do ar das incubadoras, isso a gente fazia bem assim (E1)

Quando eu entrei no Infantil, a gente ficou uma semana na UTI geral das crianças em treinamento, era um treinamento de como lidar com aparelhos, de como manusear aparelho da parte técnica (TE4)

[...] a gente não teve nenhum treinamento. Aprendemos no dia-a-dia. A gente não sabia nem mexer numa incubadora. [...] Foi muito difícil no início, era um paciente... eu não tava acostumada a lidar com paciente daquele tamanho (E2)

A tecnologia é necessária para proporcionar melhora na assistência e conseqüentemente aumentar a sobrevivência, mas não substitui alguns cuidados em relação a humanização e o respeito pelo paciente (M1).

A necessidade da humanização dos cuidados no âmbito hospitalar existe em um contexto social no qual alguns fatores têm contribuído para a fragmentação do ser humano como alguém compreendido com necessidades puramente biológicas: a tecnologia, a visão de que é a equipe de saúde que detém todo o saber e, a ausência de percepção da integralidade do Ser Humano são exemplos destes fatores. O avanço da tecnologia médica, fez com que, por muitas vezes, o cuidado se tornasse a aplicação de um procedimento técnico, a fim de cumprir com um objetivo mecanicista.²²

Apesar desta visão biologicista e mecanicista, percebemos nos depoimentos dos profissionais de saúde que eles valorizam o cuidado sensível, humanizado e individualizado, destacando que cada membro da equipe deve ter sensibilidade para lidar com a hospitalização do recém-nascido, colocando o bebê como foco prioritário do atendimento, procurando individualizar as práticas de cuidado.

Eu acho que no início tinha mais cuidado, mais trabalho com mão, toque mesmo (TE3).

Não existia norma e rotina. [...] Mas seguia-se assim, algumas normas da UTI geral. [...] o cuidado mesmo prestado a criança ia da sensibilidade de cada um. Nas tuas crenças, no que tu acreditavas (TE4).

É e eu acho assim: o grupo de trabalho, ele precisa se modernizar, como equipe, valorizar o paciente, acima de tudo. Eu acho que o grande ponto na área de saúde, no nosso caso, é nunca se colocar acima do paciente. A gente não pode se colocar acima do paciente. A gente tem que colocar o paciente em 1º lugar. E outra coisa que eu sempre digo para todo mundo: eu quero ter a consciência tranqüila de que o dia que for o meu filho, numa situação dessa, eu tenha que ter o mesmo comportamento. Em querer tratar, querer ajudar, querer orientar. Tentar ao máximo (M3).

Na UTIN, os profissionais de saúde devem ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, adquirir um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, discernir o fazer e como fazer, enxergar mais além do que os olhos vêem, dialogar, tocar, saber ouvir e perceber a linguagem não-verbal dos bebês. Portanto, percebe-se que, nesse ambiente, os profissionais necessitam ser motivados e sensibilizados para o cuidado amoroso ao bebê, devem cultivar o envolvimento, flexibilidade e singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica onde ambos possam juntos estimular e serem estimulados na busca do bem-estar.²¹ Esta demanda, coloca em cheque o saber biomédico no qual se assentava as práticas na UTI neonatal. Este fator pode ser decisivo para o delineamento de novos saberes e novas práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com este estudo, podemos inferir que a implantação de uma unidade específica para o cuidado do recém-nascido de alto risco vem resultando numa redução da morbi-mortalidade neonatal e na aquisição de conhecimento científico relacionado principalmente aos aspectos fisio-patológicos. Este processo possibilitou a instituição de novas práticas e sujeitos profissionais fazendo emergir novos problemas assistenciais geradores de novas configurações/relações saberes e poderes. Este processo

Entretanto, os discursos dos profissionais de saúde revelam que desde o início da implantação da UTIN, já havia indícios da necessidade e importância do cuidado sensível, humanizado e individualizado. Os profissionais de saúde neonatal foram demandados a ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, adquirir um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, bem como para discernir o fazer e como fazer, procurando particularizar as práticas de cuidado a cada recém-nascido e família. O trabalho em equipe como resultado da articulação entre os profissionais, conexões

entre saberes e intervenções distintas, ainda é um desafio. A construção do trabalho em equipe implica em diálogo e no compartilhar de decisões e responsabilidades.

Verifica-se, ao longo do tempo, a necessidade de transformações no processo de trabalho nas UTIs neonatais, com vistas a ampliar o objeto de ação para além do corpo do recém-nascido, por meio da inserção da família, assumindo o recém-nascido como um ser de relações, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência neonatal.

REFERÊNCIAS:

1. Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
2. Scochi CGS, Costa IAR, Yamaka NM. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enfermagem*, 1996, 9(n. Especial): 96-101.
3. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 maio-jun; 12(3): 469-76.
4. Costa R, Monticelli M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. *Rev Bras Enferm* 2006 jul-ago; 59(4): 578-82.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 693 publicada em 5 de julho de 2000. Norma de orientação para implantação do projeto canguru. Brasília, 2000.
6. Sakae PPO, Costa MTZ, Vaz FAC. Cuidados perinatais humanizados e o aleitamento materno promovendo a redução da mortalidade infantil. *Pediatria*. 2001, 23(2): 179-87.
7. Araujo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4): 747-756, abr, 2007.

8. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru: manual do curso. Brasília, 2002.
9. Le Goff J. (org.). A história Nova, Trad. Eduardo Brandão. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (O homem e a história) 318 p., p.4.
10. Meihy JCSB. Manual de história oral. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
11. Foucault M. Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
13. Foucault M. Microfísica do Poder. 3^o ed, Rio de Janeiro: Graal, 1982.
14. Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.
15. Foucault M. A verdade e as formas jurídicas. Tradução de Roberto Machado e Eduardo Moraes. Rio de Janeiro: Nau, 1999.
16. Dagmar EEM. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. Rev Bras Enferm 2006 jan-fev; 59(1): 95-9.
17. Kakehashi, T.Y. A situação atual da Enfermagem Neonatológica e suas tendências para o futuro. Acta Paul. Enf., 1996, 9(n. esp.): 17-22.
18. Costa DC, Costa NR. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. In: Costa DC, organizador. Epidemiologia - teoria e objeto. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 1990. p. 167-202.

19. Araújo LFS. Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeira/o, nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar – A Unidade de Terapia Intensiva [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; [s.d.].
20. Brasil. Lei n. 7498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986.
21. Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software.
22. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm 2007 set-out; 60(5): 546-51.



Figura 3: Foto da UTIN, cedida pela Enfermeira Ana Daysi da Silva



Figura 4: Foto da UTIN, cedida pela Técnica de Enf. Maria Elizabete R. da Silva

5.2 ARTIGO 2

**PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A FAMÍLIA NA UTI NEONATAL:
RESISTÊNCIA AOS NOVOS SABERES**

THE HEALTH TEAM'S PERCEPTION ABOUT THE FAMILY IN THE ICU
NEONATAL: RESISTANCE TO NEW KNOWLEDGE

PERCEPCIÓN DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA FAMILIA EN LA UTI
NEONATAL: RESISTENCIA A LOS NUEVOS SABERES

Roberta Costa⁹

Maria Itayra Padilha¹⁰

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar de que forma vem sendo instituído o saber em relação à presença da família na UTI neonatal. Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. O contexto do estudo foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que participaram do processo de implantação da UTI neonatal na década de 1980. A análise dos dados foi baseada no referencial foucaultiano. Foram identificadas 5 agrupamentos temáticos: pai e mãe só no horário de visita, a família como problema, a família é fundamental, há uma resistência mesmo e as leis e políticas de saúde vão evoluindo. Podemos perceber que há muitas construções e desconstruções sobre a presença da família na UTI neonatal, sendo fundamental estabelecer uma relação de parceria no cotidiano do cuidado, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas, pelos familiares e equipe de saúde.

⁹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: robertanfr@hotmail.com

¹⁰ Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

DESCRITORES: Família; recém-nascido, UTI neonatal; Equipe de Cuidados de Saúde; poder.

ABSTRACT: This study's aim was to analyze the way knowledge established the family's presence in the neonatal ICU has been implanted. A qualitative research with a socio-historical approach. It took place in Joana de Gusmão Hospital, Florianópolis. The interviewed for this research were health professionals that had a role in the neonatal ICU implantation in the 1980's. The data analysis was based in the theoretical reference. The results indicate five thematic groups: Parents only at visitor's time, family as a problem, family is really important, there is a true resistance and health laws and politics are evolving. We realize that there are many opinions about the family's presence in the neonatal ICU, it's fundamental to establish a partnership contact in the day-to-day care, in which the responsibilities need to be shared, by the family and health team.

DESCRIPTORS: Família; newborn, Intensive Care Units Neonatal; Patient Care Team; power.

RESUMEN: Investigación cualitativa, con abordaje socio-histórica. El contexto del estudio fue el Hospital Infantil Joana de Gusmão, en Florianópolis que objetivo analizar de que forma vienen siendo instituido el saber en relación a la presencia familiar en la UTI neonatal. Los sujetos de la investigación fueron profesionales de salud que participaron del proceso de implantación de la UTI neonatal en la década de 1980. El análisis de los datos fue basado en el referencial foucaultiano. Fueron identificados 5 grupos temáticos: padre y madre solo en el horario de visita, la familia como problema, la familia es fundamental, hay una resistencia mismo y las leyes y políticas de salud van evolucionando. Percibimos que hay construcciones y desconstrucciones sobre la presencia de la familia en la UTI neonatal, siendo fundamental

establecer una relación colaborativa en el cotidiano del cuidado, las responsabilidades precisan ser compartidas, por familiares y el equipo de salud.

DESCRIPTORES: Family; recién nacido, UTI neonatal; Grupo de Atención al Paciente; poder.

INTRODUÇÃO:

A assistência ao recém-nascido em UTI Neonatal (UTIN) sofreu inúmeras mudanças ao longo do tempo. O modelo tradicional de assistência centrado no bebê doente vem cedendo espaço para um novo modelo que permite a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado. Entretanto, na prática cotidiana do cuidado ao recém-nascido de alto risco, atuando como enfermeira em UTIN durante quase dez anos, percebo que alguns profissionais ainda apresentam certa resistência com relação à presença da família no hospital. Apesar de inúmeras publicações¹⁻⁴ apontando a necessidade e importância da família na UTIN, muitos hospitais ainda limitam o horário dos pais dentro das UTIs e a equipe de saúde ainda encontra dificuldade no acolhimento e manejo desta família.

A internação do recém-nascido de alto risco na UTIN é uma situação de crise para toda a família, principalmente para a mãe. Esse é um ambiente estranho e assustador, além do que o bebê real é diferente do imaginado e o sentimento de culpa pela situação do filho atua como fator inibidor do contato espontâneo entre pais e bebês.² A equipe de saúde tem um papel fundamental nesse momento, pois é ela que deverá contribuir para minimizar a ansiedade e o medo dos pais. Para tal, o profissional que recebe a família deve oferecer condições mínimas de conforto, tentando responder às preocupações dos pais, oferecendo explicações simples sobre o estado de saúde, tratamento e equipamentos usados no bebê, procurando dar ênfase à criança ao invés do equipamento ou doença.⁴

A introdução de modernas unidades neonatais contribuiu significativamente na redução da morbi-mortalidade neonatal, sendo que os avanços científicos e tecnológicos são notáveis nesta área. Entretanto, este processo acabou afastando as mães e famílias do contato com seu filho logo após o nascimento. Os profissionais de saúde tornaram-se detentores do saber e a família sente-se excluída e incapaz de cuidar nas UTINs.

Cabe destacar aqui que as políticas governamentais internacionais têm assegurado o direito da criança hospitalizada ter um acompanhante. Como marco exemplar, temos a publicação do relatório PLATT, na Inglaterra em 1959, elaborado por um Comitê de Bem-Estar da Criança Hospitalizada, que alertou, sobretudo, para as situações de privação e isolamento físico e social, tão nocivos ao desenvolvimento físico e emocional da criança, recomendando, dentre outras diretrizes, a visita aberta e a admissão da mãe junto à criança hospitalizada.⁵ Estas recomendações repercutiram na organização das práticas de atenção à criança hospitalizada em diversos países da Europa Ocidental e da América do Norte.

No Brasil, o grande marco em defesa dos direitos da criança foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado em 1990, que resguarda no art. 12 o direito do acompanhante quando a criança se interna, recomendando que “os estabelecimentos de atenção à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável”.⁶

No campo específico da qualidade da atenção neonatal, estratégias que possam garantir o acesso a práticas assistenciais adequadas e baseadas nas melhores evidências disponíveis são urgentes e prioritárias. Em vários países, as redes colaborativas neonatais têm se consolidado com o objetivo de melhorar a efetividade e eficiência da assistência neonatal através de programas coordenados de pesquisa, educação e projetos de melhoria da qualidade.⁷

Nesta linha de pensamento, o cuidado integral ao bebê e sua família têm se tornado uma das boas práticas observadas durante a internação em UTIN.^{4,8} Com esta perspectiva, o Ministério de Saúde brasileiro implantou a política de atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso (método canguru)⁹, uma proposta de humanização da assistência neonatal baseada em quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e o envolvimento da mãe nos cuidados com o filho.

O método canguru foi originalmente desenvolvido por Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martinez da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia em 1979.¹⁰ O recém-nascido prematuro era colocado em contato pele a pele, entre os seios maternos, após estabilização clínica. Sua utilização se justificava pela falta de incubadoras e o alto índice de mortalidade nas maternidades colombianas.

A partir de 1984, o método passou a ser amplamente divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Vários autores afirmavam que bebês submetidos ao método canguru apresentavam menor tempo de internação, oxigenação adequada, aumento e estabilização da temperatura corporal, menos episódios de apnéia e pouco choro. Além disso, as mães amamentavam mais e sentiam-se seguras em monitorar a saúde de seus bebês.¹¹⁻¹²

Apesar de existir em todo mundo e também aqui no Brasil, uma preocupação com relação à inserção da mãe e família na UTIN, somado a uma série de leis e políticas já instituídas assegurando o direito da criança e da família permanecer juntas durante a hospitalização, a prática cotidiana ainda está muito aquém do que está escrito no papel.

A UTIN constitui-se um lócus de produção de saber, que está permeado pelos processos de dominação, em que o poder vai se produzindo, transformando-se, configurando-se novas relações. Segundo Foucault, o poder não existe por si só, o que há são

práticas/relações que ocorrem em toda estrutura social, atingindo o indivíduo em seu cotidiano, que se manifesta através dos gestos, comportamentos, hábitos e discurso, estabelecendo micropoderes, pois não há nada, nem ninguém que esteja isento do poder.¹³

Diante deste contexto, como enfermeira neonatal, a percepção da equipe de saúde e o modo como estes profissionais lidam com a presença da família na UTIN me traz inúmeras inquietações. Por quê alguns profissionais ainda apresentam resistência à presença da família no hospital? Por quê no dia-a-dia é tão complicado incluir os pais como sujeitos do nosso cuidado? Por quê muitas vezes as relações que se estabelecem entre equipe e famílias são de disputa de poder e não de parceria? Por quê apesar de toda legislação existentes, algumas instituições não permitem o livre acesso dos pais nas UTI neonatais? Como vem sendo estabelecidos os saberes e práticas com relação à presença da família no hospital?

Questões como estas me impulsionaram a realizar este estudo, com o **objetivo** de analisar de que forma vem sendo instituído historicamente o saber com relação à presença da família na UTIN, a partir do discurso dos profissionais de saúde. O período histórico escolhido para este estudo foi à década de 1980, uma vez que a implantação da primeira UTIN, em Florianópolis, foi em 1987.

METODOLOGIA:

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. Neste estudo, adota-se os princípios da Nova história, uma história para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema, entender que qualquer sociedade proporciona uma história em que passado e presente são iluminados pela discussão e análise de forças permanentes que atuam sobre as vontades humanas. Assim, possibilita que se saiba quais as forças que estavam em cena em dado momento, qual sua situação, como estava pós-

acontecimento, se isso contribuiu para seu fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não proporcionou nenhuma mudança.¹⁴

Optamos por realizar esta investigação no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, por ser este o Hospital de referência para o atendimento de crianças e recém-nascidos de alto risco do estado de Santa Catarina e local onde foi implantada a primeira UTIN de Florianópolis, em 1987.

Para coleta de dados utilizamos a História Oral, realizando entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde que participaram do processo de implantação desta unidade. A história oral é um método de coleta de dados que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos num determinado contexto social. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, dentro de um processo histórico em andamento, cujo informante contribuirá com sua percepção dos fatos.¹⁵

Os sujeitos da pesquisa foram três médicos, cinco enfermeiras e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalhavam na UTI geral e/ou UTIN na década de 1980. Além disso, foram utilizadas algumas fontes documentais, tais como livro de ocorrências, livro de atas de reunião e recortes de jornais. O período de coleta de dados foi de outubro de 2008 a março de 2009. Para garantir a anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados com letras referentes às categorias profissionais e números (por exemplo, médico M1, enfermeiro E3, técnico de enfermagem TE2 e auxiliar de enfermagem AE1).

Para análise dos dados foi utilizado o método genealógico proposto por Michel Foucault. A genealogia seria o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...).”¹⁶ Desta forma, procurei explorar ao máximo o discurso dos atores

que participaram deste estudo, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas/da realidade e produziria como o poder, inúmeros saberes.

Desta forma, a análise foi realizada inicialmente a partir das transcrições das entrevistas e posterior leitura atenta onde buscava-se extrair os enunciados, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória. Após compilação de todas as entrevistas, procuramos agrupar os enunciados em formações discursivas provisórias. Assim, construir um panorama geral ajudou-nos a orientar a re-leitura das entrevistas, e possíveis alterações nos modos de reagrupar os enunciados, uma vez que nossas re-leituras conduziram a reconfigurações do que seria analisado inicialmente. Ou seja, os focos de análise foram constituídos e organizados depois de ler, reler e perceber na interação com todas as entrevistas que apresentavam algumas regularidades a respeito dos significados que produziam. Nesse percurso, realizamos agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial foucaultiano. Emergiram assim, cinco agrupamentos temáticos: 1. Pai e mãe só no horário de visita; 2. A família como problema; 3. Há uma resistência mesmo; 4. A família é fundamental e 5. As leis e políticas de saúde vão evoluindo.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo nº 242/08 FR 217903 e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão sob parecer nº 086/2008. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁷

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

A análise das entrevistas com os profissionais da equipe de saúde possibilitou a identificação de 5 agrupamentos temáticos referentes à presença da família na UTIN. A seguir apresentaremos as descrições e discussões destes agrupamentos:

Pai e mãe só no horário de visita

Na UTIN, os pais muitas vezes são vistos pelos profissionais de saúde como visita, ou seja, entram na UTI olham o seu bebê e recebem algumas informações. O que percebo em minha experiência é que os pais ao entrarem na UTIN pela primeira vez se deparam com um ambiente assustador, pouco acolhedor, com muitos aparelhos, ficando chocados com a imagem de seu filho hospitalizado. É muito difícil para a família estabelecer um contato efetivo neste momento inicial. É fundamental que o profissional tenha compreensão desta questão para possibilitar uma aproximação dos pais com este ambiente e com seu próprio filho. Permitir o livre acesso dos pais na UTIN é o primeiro passo para facilitar este processo.

No entanto, o que percebo com esta pesquisa é que no início da UTIN, o hospital limitava a presença dos pais na unidade, estabelecendo o horário de visita. Esta situação pode ser visualizada a partir dos depoimentos dos profissionais de saúde:

A família entrava, mas tinha horário. E não era tão liberado quanto é hoje (TE3).

Naquela época, a mãe não ficava toda hora vendo a criança na UTI. Era horário de visita, a tarde só (TE2).

Não era liberado [...]. Eles tinham direito de entrada de manhã, acho que depois das 10 e depois das 3 da tarde (TE1).

Antes, a visita era de tal hora a tal hora. Tinham alguns horários (TE4).

Olha, pelas regras do Hospital eles tinham um horário, das 3:30 as 4:30, se eu não me engano, para entrar. Somente, era um horário único. [...] O período da visita era aquele, mas não, necessariamente, eles podiam ficar uma hora (E3).

A partir destes depoimentos, podemos inferir que a presença da família na UTI não era muito valorizada antes da implantação da UTIN e mesmo no início do trabalho nesta unidade. Além disso, os profissionais não percebiam que ao limitar a presença da família na UTI, prejudicavam o vínculo afetivo pais/recém-nascido. Apesar dos avanços da literatura e advento da legislação dos direitos da criança, a situação do prematuro na realidade brasileira não mudou muito. Na maioria dos hospitais, a visita dos pais/família aos recém-nascidos internados ainda é restrita e controlada por normas rígidas e a inserção da mãe no cuidado ao prematuro ainda é limitada. No cotidiano das UTINs é comum não se permitir à presença da mãe, justificada pela execução de procedimentos invasivos, horário da visita médica, espaço físico pequeno e escassez de recursos humanos.²

Outra questão presente nos depoimentos dos profissionais da UTIN do Hospital Infantil é que, além de limitar o tempo, restringia-se também o número de pessoas presentes. Apenas a mãe e o pai. Não era permitida a entrada de outros familiares.

[...] não podia, porque só podia pai e mãe, não podia outros familiares. E no horário de visita, tinha um horário específico para um familiar, um por dia entrar. [...] são as normas (E1).

A visita da família sempre foi só uma pessoa (AE1)

Só pai e mãe e eles podiam ficar, sei lá, cinco, dez minutos cada um (E3).

Nestes depoimentos fica explícito, o poder que a equipe de saúde exercia sobre o pai e a mãe, ou seja, é o profissional de saúde que determina quem, quando e como poderá visitar o recém-nascido. Esta relação é exercida de maneira verticalizada, pois os pais estão à mercê dos profissionais de saúde que nesta relação são vistos como pessoas que tem o poder de salvar o seu filho. Assim sendo, os pais muitas vezes seguem as normas e rotinas da Instituição e não oferecem nenhum tipo de resistência.

Alguns estudos corroboram com esta prática, assinalando que com relação aos demais membros da família, a situação é ainda mais difícil, poucos são os serviços que permitem a entrada de familiares que não os pais, além de não permitir que eles participem dos cuidados.

9,18

Ainda nos discursos dos profissionais entrevistados, percebe-se que esta limitação de horário prejudicava o contato com a família e também a inserção dos pais nos cuidados ao recém-nascido.

Naquela época, a gente não tinha tanto contato com a mãe. Não tinha tanto aquele estímulo de contato com a mãe (TE2).

A família não participava do cuidado (E2).

A família entrava, tocava na criança. Não podia pegar e botar no colo. Mas podia ficar. Isso depois, porque no início era mais fechado (TE4).

Estes discursos revelam o caráter disciplinar sob o manto institucional: os horários, número de pessoas, as regras que normatizavam as condutas dos pais eram determinadas pela Instituição. É possível pensar numa disciplinarização que ordenava os espaços e circulações de pessoas, em seus encontros neste espaço. Este controle era feito em nome da vida das crianças, tendo como bandeira a prevenção de infecção. Quanto maior o número de pessoas circulando neste ambiente, maior a possibilidade de contaminação das crianças. O veto era a solução, as falas são repletas de “não”... não podia pegar, não podia participar do cuidado, não havia estímulo, não podia haver contato com as mães.

Os pais que buscam conhecimento e avaliam as práticas de cuidado são penalizados com horários restritos de visita. Por outro lado, os pais que são passivos a hegemonia do profissional de saúde, que não questionam, não reclamam, permanecem mais tempo ao lado do seu filho. Então, neste sentido, o calar pode ser estratégico.

Foucault¹³ afirma que o poder ocorre em rede; mais uma vez revelam-se os processos de dominação; nesta situação travestidos de uma norma institucional, passando a vigorar como um dispositivo dos profissionais,, ou seja, os profissionais endossam as normas para controlar, regular e punir os “pais questionadores” – que por sua vez marcam os seus sinais de resistência naquele tempo-espaço (surgimento dos micro-poderes).

A família como problema

A presença da família nas UTIs muitas vezes é vista pelos profissionais de saúde como um problema, ou seja, é uma pessoa a mais para dedicar atenção, pois é necessário tempo para orientar os pais e compreender seus sentimentos. Além do que, os pais às vezes acabam disputando com o profissional o espaço ao lado do bebê. E também frequentemente a mãe representa uma avaliadora/fiscalizadora do cuidado. A equipe não se sente preparada para lidar com estas situações. A presença da mãe pode ser entendida aqui como uma resistência ao poder instituído e também concessão deste poder. A mãe dentro da UTIN começa a instituir novas relações de poder, conhece o ambiente e começa a estabelecer vínculos com o recém-nascido. A equipe precisa adaptar-se a esta nova situação. A disciplina determina o que pode e não se pode fazer, quem pode, quando, de que forma, dentro de certos limites que passam a representar margens negociadas, moldando-se pouco a pouco como saberes em relação.

Os depoimentos apontam que a presença da família na UTIN interfere no cuidado ao recém-nascido. Os profissionais percebiam, naquela época, a família como uma atribuição a mais no serviço prestado.

[...] tu acabavas vendo a família e mãe como problema mesmo. E isso não era uma coisa minha, era uma coisa assim cultural. Então assim a gente tratava a família de forma bem inadequada, não era mal, mas era inadequado (E1).

Era bem complicado. Acho que era um manejo bem complicado, meio arriscado, que a gente fazia. Apesar de ser bom, ser gratificante. Acho que desgastava muito a equipe (E3).

A presença dos pais é realmente muito difícil. Então a gente sempre discutia tudo. [...] é mais trabalhoso? Mas dá mais satisfação (M2).

Tinha uma resistência à participação da família, além da mãe (E4).

Percebemos com estas falas que o atendimento a família ocorria de modo inadequado, que este era um manejo complicado e que desgastava a equipe de saúde. Além disso, aparece a questão cultural, ou seja, a crença construída com o passar do tempo faz com que o profissional perceba a família como problema. Os padrões, o que é considerado o “adequado”, também é cultural e temporal. Isto me leva a novas inquietações: Culturalmente a mãe não deveria ser a provedora dos cuidados ao filho recém-nascido? Por que no ambiente hospitalar a mãe acaba sendo afastada de todos os cuidados? Por que a família é vista como um problema? De que forma estamos sendo preparados para cuidar em uma UTI neonatal?

Mais uma vez o exercício do poder/saber se revela neste jogo de relações entre profissionais e família. A família é descrita por adjetivos significativos, tais como, presença inadequada, problemática, complicada, arriscado, desgaste da equipe, difíceis, trabalhos, insegurança – denotam o incômodo desafio de conviver com a resistência das famílias em posição de sujeitos-de-si.

As instituições alegam motivos diversos para restringir essa permanência. Estudos^{3,19} apontam que muitas vezes a equipe de saúde torna-se empecilho para que esta prática se efetive, simplesmente por desconhecerem como trabalhar com as famílias, por terem dificuldades em aceitar a presença constante da mãe ou ainda em aceitar posturas diferentes das delas.

Esta categoria reforça a crença de que este “problema” pode ser solucionado com um melhor preparo e sensibilização da equipe que atua na UTIN, fazendo com que os

profissionais de saúde ampliem seu foco de cuidado para além do recém-nascido, incluindo a mãe e família. Transformando a hospitalização em um momento de soma de saberes e aprendizado, onde pais e profissionais contribuem para o desenvolvimento e recuperação do recém-nascido de risco. O profissional de saúde, muitas vezes, sente-se inseguro com a presença constante da família dentro da UTIN, uma vez que dessa forma o poder começa a circular, fazendo emergir novos saberes. Com isso, o profissional de saúde deixa de ter o controle absoluto do tempo e do espaço. Quando a mãe está ao lado do seu bebê, o médico ou profissional da equipe de enfermagem precisa pedir licença para executar um determinado procedimento. O controle das atividades e rotina da unidade passa a ser compartilhado, refletindo de certa forma na qualidade de vida do recém-nascido, já que a família, de certa forma, participa dos cuidados.

Há uma resistência mesmo

O hospital, assim como a demais Instituições, está permeado pelos processos de dominação, em que o poder vai se produzindo, transformando-se, configurando relações, estando, portanto, presente no processo de trabalho. Os hospitais são lugares centrais de produção e reprodução das diversas formas de poder dos profissionais, a partir da apropriação de diferentes componentes de saber clínico.²⁰

O poder produz saber (...) não há relação de poder sem a constituição correlata de um corpo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.²¹ O poder não é uma coisa, algo que se toma ou se dá, se ganha ou se perde. É uma relação de forças. Circula em rede e perpassa por todos os indivíduos. Neste sentido não existe o "fora" do poder. Trata-se de um jogo de forças, de luta transversais presentes em toda sociedade. Onde há saber, há poder. Mas é importante acrescentar: onde há poder, há resistência. O poder produz: ele constrói, destrói e reconstrói, ele transforma, acrescenta,

diminui, modifica a cada momento e em cada lugar a si mesmo e as coisas com a qual se relacione.

Quando instituímos novos saberes à prática de cuidado ao recém-nascido em UTIN, percebemos um jogo de forças, onde alguns profissionais defendem condutas antigas como o isolamento do recém-nascido e o cuidado focado na doença, enquanto outros lutam por novas práticas – por abrir as portas da UTI para a família, favorecendo o vínculo afetivo, possibilitando que os pais enfrentem a hospitalização com menos temor e angústia.

As mães têm dificuldades em comunicar-se com a equipe médica e, muitas vezes, necessitam de mediação de outros profissionais para fazê-lo. Um dos obstáculos na efetivação da comunicação entre mães e profissionais é a questão do saber que este último detém, o que o torna detentor de verdade e poder. Ao ser questionado sobre as dificuldades com relação a família na UTIN, os entrevistados relataram:

A relação com os pais era muito boa. Mas, sempre uma resistência maior dos médicos. [...] a gente já brigou muito por essa questão da humanização do atendimento. Eram brigas homéricas assim com muitos médicos porque eles não tinham a mesma visão. [...] Há certa resistência mesmo, acho que medo, sei lá, insegurança (E3).

Resistências, muitas, sempre existem. Tinha uma resistência a novos conceitos, a novas técnicas e nova sistemática. Houve dificuldades, mas como a gente veio devagar, e com ética, mas também definido, determinado, as coisas foram se abrindo (M3).

As relações dos profissionais de saúde com as famílias as vezes não eram muito cordiais, principalmente em relação aos pais (M1).

No discurso dos profissionais de saúde transparece esta resistência em relação à presença da família na unidade neonatal. Esta resistência a família, está permeada por diversos fatores tais como disputa por espaço, o poder sobre o corpo do recém-nascido e a hegemonia médica no ambiente do hospital. Para instituir este novo saber foram necessárias

muitas discussões, muitas lutas, ou seja, foi necessário resistir ao poder reinante, encontrar formas de modificar as atitudes. Assim, a prática foi aos poucos se modificando por ação, apoio e mérito de alguns médicos e enfermeiros que defendiam o cuidado humanizado e a participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido.

As resistências não são calculadas ou previstas estrategicamente, são reações simplesmente defensivas, reatividades, mecanismos defensivos, podendo constituir outras formas de crença, outras cristalizações.²² Podemos também, no entanto, como profissionais da saúde, buscar formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, recriando formas de vida micropoliticamente.

Mudar a perspectiva tradicional de cuidado centrado na doença para uma abordagem cujo núcleo está na criança e na família dentro da UTI pode não ser algo fácil. É preciso derrubar as barreiras, eliminar a indiferença, fazer-se presente – não pela imposição de rotina, mas pela atitude de interesse e de preocupação.³ A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança e os profissionais e o serviço de saúde como temporários e flutuantes. Além disso, pressupõem que os profissionais de saúde considerem as potencialidades e a individualidade de cada família, suas diversidades étnicas, culturais e socioeconômicas, entre outros aspectos. Conseqüentemente, duas palavras-chave são essenciais segundo essa concepção: a parceria e a negociação.²³

Enquanto profissionais de saúde atuantes em UTIN, estamos todos envolvidos nessas lutas e nossa participação deve ser consciente e lúcida, lá onde nos encontramos, na vida cotidiana, em nossa prática, nas instituições, precisamos fortalecer a esperança de sucesso da construção de novas práticas, onde saberes e poderes estejam a serviço do cuidado do recém-nascido e de sua família.

A família é fundamental

A presença da família na UTIN pode ser considerada positiva e nesta perspectiva vem permeada pela questão da humanização. A palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação da assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro. Isso implica em fazermos a diferença no modo como lidamos com outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos, pensamentos, sentimentos, valores e crenças, estabelecendo momento de fala e de escuta. Permitir que a mãe e o pai estejam presentes no hospital significa humanizar o cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro⁹, o conceito de atenção humanizada nesta área é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Humanizar o atendimento ao recém-nascido significa, entre outros, ter segurança técnica da atuação profissional, eficácia na atenção ao recém-nascido, condições hospitalares compatíveis com o período neonatal, oferta de condições para participação da família do neonato no processo assistencial, aliados à necessidade da atenção individualizada.

As entrevistas apontam esta questão e destacam o fato de permitir a presença da família na UTI neonatal como um avanço nas práticas de cuidado. Ao longo do tempo, surgiram inúmeras políticas que promoveram o incentivo à presença e participação dos pais nos cuidados ao recém-nascido, a humanização do parto, a legalização do alojamento conjunto, a iniciativa hospital amigo da criança, o estatuto da criança e do adolescente e a humanização do cuidado ao recém-nascido (método canguru), entre outros.

Eu acho que foi aos poucos que foi mudando. No início a gente não dava tanto valor a isso. O Hospital começou a se preocupar com a humanização, com a família. Não foi uma coisa assim de uma hora para outra. Aos poucos a gente começou a ter contato com as mães, a colocar no colo, fazer bebê canguru. [...] todo esse contato foi aos poucos (TE2).

A relação dos profissionais com os familiares era bem boa. O Dr A. naquela época ele já era muito voltado para humanização. Então ele estimulava muito a presença da família, ele era o chefe da UTI neonatal (E2).

A gente procurava justamente, fortalecer esse vínculo. Porque já era triste, às vezes, nascia criança no interior, a mãe ficava, vinha o bebê e o pai ou vinha só o bebê com outro parente. E a mãe às vezes ficava um tempo sem ver o bebê. Então a gente, pelo menos tentava, fortalecer o vínculo com a família (E5).

Tinham profissionais que brigavam um pouco pela questão da humanização, ou pelo menos assim de um atendimento mais personalizado aos pais. A gente entendia que o pai tinha que ter mais liberdade de entrar e a desculpa dos médicos era sempre de que isso ia trazer infecção (E3).

[...] a UTI neonatal tem avançado muito, tem melhorado muito a sobrevivência, mas o que tá se debatendo no mundo inteiro para buscar mais qualidade e ética. O pessoal vem tendo nascimento de bebês muito prematuros e envolver mais a família é fundamental. Porque tem decisões que passam só pela família (M3).

Era essa questão de envolver a família, do toque, resumo, essa questão mais humana do atendimento. Não bastava ter só a questão técnica, mas também toda questão da humanização e a gente tinha essa preocupação naquela época (E5).

Os discursos revelam que a presença da família na UTIN foi um processo, que “as coisas foram mudando aos poucos”, que foram instituídas novas práticas como a aproximação das mães, o estímulo ao colo, a posição canguru. Fica claro também que estas transformações foram ocorrendo influenciadas por alguns médicos e enfermeiros que assumiram a postura de lutar por esta questão. Por que isto é tão fundamental agora? E não antes?

Na literatura nacional e internacional, também temos avanços com relação à presença da família na UTI neonatal. Muitos autores^{1-3,18-19} mencionam que a família é essencial na

UTIN, sendo necessária uma equipe multiprofissional no atendimento do binômio mãe-filho, a fim de facilitar, estimular e proporcionar a formação do vínculo, promovendo uma assistência que contemple questões biológicas, psicológicas e sociais, o que nos leva a reflexão sobre a responsabilidade de cada ação, dos gestos, da comunicação, envolvendo cada palavra.

A entrada dos pais na UTIN deve ser livre, sem limites, permissão que deve ser expandida para outros membros da família como avós, irmãos e outras pessoas próximas dos pais ou do bebê. O Ministério da Saúde brasileiro⁹ coloca a presença e a participação da família ampliada como elementos fundamentais no apoio ao bebê e pais durante a hospitalização, recomendando que as unidades neonatais liberem as visitas, seja em acesso livre ou por meio de horários. Ademais, os avós e os irmãos deverão participar da situação de hospitalização.

Cabe ressaltar também, que ao recebermos um recém-nascido para os nossos cuidados, é prioritário lembrar que além da mãe, esta traz consigo o companheiro e seus familiares, de quem necessita e espera apoio, atenção e a possibilidade de partilhar todas as suas experiências no momento. O bebê tem a sua história, que é aquela do seu grupo familiar, com sua dinâmica familiar e seus integrantes, com seus papéis e funções.³ Apesar de todo o discurso em defesa da presença e participação da família nos cuidados ao recém-nascido em UTIN, o que percebemos na prática é que o fazer ainda está muito distante do que deveria ser. No cotidiano da assistência ainda há uma lacuna grande entre o que deve ser feito e que vem sendo feito, ou seja, o dever ser é diferente do dever fazer.

Os profissionais de saúde devem defender esta idéia e buscando ferramentas para possibilitar e favorecer esta aproximação entre pais e recém-nascidos na prática. Na atualidade, a preocupação não está em afirmar que presença dos pais na UTIN é fundamental,

mas sim em apresentar maneiras de como lidar com esta família no cotidiano da assistência, ou seja, o discurso não é mais o que deve ser feito e sim o que tem sido feito.

As leis e políticas de saúde vão evoluindo

As primeiras políticas públicas de saúde surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII, quando houve o estabelecimento de novas relações de poder entre o estado e sociedade e o nascimento da medicina social. Estas políticas eram voltadas fundamentalmente para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família.²⁴

Foucault analisa a natureza política da medicina na sociedade capitalista como uma estratégia de controle social que começa com o controle do corpo. O autor questiona se o controle da sexualidade e reprodução não teria implicações sociais para assegurar o controle populacional, reproduzir a força de trabalho e os modos que as relações sociais são estabelecidas, de forma a garantir que se tenha uma sexualidade socialmente útil e politicamente conservadora.²¹

Uma das medidas implementadas para o exercício do controle estatal foi a institucionalização do parto, constituindo-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população.²⁵ Desde então, o entendimento sobre os processos fisiológicos e patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançaram pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil.

No contexto atual, há uma preocupação mundial crescente em aliar os avanços tecnológicos com uma assistência sensível e individualizada. Existe um movimento em prol da humanização do nascimento, estimulando os profissionais de saúde a repensarem sua prática, buscando a transformação da realidade no dia-a-dia do cuidado. Nesta perspectiva, a preocupação com a saúde perinatal, atualmente, tem envolvido políticas governamentais que

evocam, cada vez mais, políticas assistenciais no sentido de “humanizar” o processo de nascimento, à exemplo do incremento da qualidade da atenção pré-natal, a ênfase na prática do parto normal, a participação do pai em todo o processo, o incentivo à amamentação, o fortalecimento do vínculo da família com o recém-nascido, enfim, atividades que visam oportunizar a expressão de emoções e vivências, a troca de conhecimentos entre profissionais e famílias, bem como a aprendizagem de melhores formas de viver a gravidez, o parto e o puerpério.

Além disso, há um consenso mundial com relação à assistência materno-infantil que a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal é questão prioritária nas ações de saúde de todos os países.²⁶ Com este objetivo muitas medidas estão sendo implantadas no sentido de minimizar estas taxas, como por exemplo o Pacto pela Saúde no Brasil²⁷; a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, da OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno²⁸; o Conselho global pela Saúde nos Estados Unidos da América²⁹, o Relatório de metas das Nações Unidas para o milênio²⁶. A presença da família na UTIN vem sendo citada como fator contributivo para reduzir a morbimortalidade neonatal.

No Brasil, a partir da década de 90, começa a se re-pensar o recém-nascido como sujeito do cuidado. O olhar se volta às demandas específicas da população infantil, principalmente a partir da publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente.⁶ As políticas passam a se configurar em torno do eixo político da humanização em saúde. O grande marco na assistência ao recém-nascido foi à publicação da Política Pública de Humanização no atendimento neonatal de risco – a Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, em 2000.⁹

Assim como no Brasil, esta política pública vem sendo disseminada em todo mundo, a partir da experiência da Colômbia e de sua divulgação em 1984, promovida pelo Unicef,

vários países do mundo passaram a utilizar o Método, internacionalmente conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC). A forma de aplicá-lo e os objetivos buscados são, ainda hoje, muito divergentes e dependem do grau de desenvolvimento do país, da organização da assistência neonatal, de seus valores culturais e de suas crenças e até mesmo da localização geográfica.¹²

Os estudos publicados em países como a Índia e a África apontaram o cuidado canguru como uma intervenção que facilita o desenvolvimento sensorial do recém-nascido promovendo o vínculo com a mãe, demonstrando que o ganho ponderal e o aleitamento materno são melhores nos bebês que permanecem em posição canguru.³⁰⁻³¹

Países como a Itália, Alemanha, França, Reino Unido, Espanha, Dinamarca, Noruega e Suécia, sem dificuldades para alocação de recursos na atenção à saúde perinatal, o que os diferencia em muito da experiência dos países menos favorecidos, apresentaram experiências visando, sobretudo, aumentar o vínculo mãe-filho, desenvolver maior segurança da família no manuseio do seu bebê prematuro e estimular o aleitamento materno.³²⁻³³

Vários estudos realizados nos Estados Unidos em unidades neonatais comparam o Método Canguru com o cuidado tradicional (incubadoras) em relação a parâmetros fisiológicos e concluem que o método é seguro para os bebês e permite maior contato com os pais.³⁴⁻³⁵ No Brasil, o Método Canguru é definido como um tipo de assistência neonatal que implica contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém-nascido e o envolvimento da família.⁹

A promoção de leis e políticas de saúde ao recém-nascido contribuiu para a inserção dos pais no cenário da UTIN. Muitos profissionais consideram que a implementação de programas governamentais e de legislação específica vem modificando os saberes e práticas no cuidado.

A gente explicava que o filho não era nosso, o filho era do pai, da mãe e da família! Então eles tinham todo o direito de entrar. Nessa época não tinha o estatuto da criança e do adolescente, então tinha que ser uma bandeira (E4).

Eu me recuso a falar de que a presença dos pais ou de que a humanização é bom pra criança. Eu falava isto nos anos 80 quando as pessoas precisavam ser esclarecidas. Mas agora tem uma vasta documentação científica e uma vasta legislação. Desde Estatuto da Criança e do Adolescente, Direitos do Paciente Hospitalizado, da Sociedade Brasileira, Política Nacional de Humanização que sistematizou tudo. (M2).

Houve assim um avanço e uma melhoria enorme quando se fala assim - ah, a “Capital Criança” – que era um programa político. O que a política fez, na minha opinião, eles ajudaram a entrar, dando aquelas cestas de auxílio e a marcação da consulta. Mas quem fez isso definitivo, não foi nenhum programa político. Foram os médicos, principalmente do Hospital Infantil (M3).

A partir do discurso dos profissionais de saúde percebemos que os mesmos afirmam que a questão da legalização de políticas públicas para o recém-nascido repercutiu de maneira significativa na qualidade da assistência neonatal. Na década de 1980, ainda era insipiente as práticas de humanização e o incentivo a presença da família na UTIN o foco do cuidado estava voltado à doença, a sobrevivência do recém-nascido.

Entretanto, mesmo nos dias atuais, onde a presença dos pais durante a hospitalização do filho é garantida por lei, esta ainda não é uma realidade na maioria das instituições, principalmente nas UTIs, visto que muitos profissionais desconhecem ou desrespeitam a lei.³ Infelizmente o que está no papel não garante que a prática seja efetiva. É necessário que cada vez mais profissionais se engajem nesta luta para romper com as resistências, possibilitando que os novos saberes transformem-se em novas práticas no cuidado ao recém-nascido e família em UTIN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Ao problematizar esta história, a partir do discurso dos profissionais de saúde percebemos que há muitas construções e desconstruções sobre a presença da família na UTIN. Se por um lado, o pai e a mãe só entram no hospital em horário de visita e são vistos por alguns profissionais como um problema, por outro algumas vezes o discurso é em defesa da presença e participação da família, entendendo que esta prática é fundamental para o cuidado ao recém-nascido de alto risco.

Neste sentido, a relação de cuidado com o recém-nascido emerge como sendo uma relação de parceria, na qual as responsabilidades precisam ser compartilhadas, pelos pais/familiares e profissionais da equipe de saúde, visando a promoção da qualidade da assistência ao recém-nascido e sua família. Entretanto, na prática percebemos muitas vezes que o profissional de saúde detém o poder sobre o recém-nascido e sua família, disciplinando as atitudes e condutas. O controle do tempo e do espaço ainda é regido pelos profissionais de saúde. O discurso do que deve ser feito ainda está bastante aquém do que é feito efetivamente na prática cotidiana na UTIN.

É preciso compreender de que forma as práticas vem sendo instituídas, como se instituíram as relações e diferentes jogos e lutas, que saber é dominante em determinado momento em cada situação. Procurar o que está por trás dos enunciados, limitar a presença dos pais na UTIN favorece quem? Qual a melhor prática para o recém-nascido? Para a família? E para o profissional de saúde? No caminho da transformação, percebemos que a família passou de um caráter de “problema” para ser vista como “fundamental”, esta é a gênese de uma grande virada no saber/fazer.

Podemos dar um passo além, como profissionais da saúde, buscando formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, contribuindo para

novas práticas e novos valores, novos modos de fazer e de agir no cuidado ao recém-nascido e sua família.

REFERÊNCIAS:

1. Johnson NA. Engaging fathers in the NICU: taking down the barriers to the baby. *J Perinat Neonatal Nurs* 2008 oct-dec; 22(4): 302-6.
2. Gaíva MAM, Scochi CGS. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Rev Bras Enferm* 2005 jul-ago; 58(4): 444-8.
3. Molina RCM, Varela PLR, Castilho AS, Bercini LO, Marcon SS. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 set; 11(3): 403-8.
4. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsky R, Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007 dec; 27 Suppl 2:S32-7.
5. The Platt Report. *Br Med J*. 1961 November 18; 2(5263): 1341–1342. [online] [acesso em 2009 jul. 31] Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1970361&blobtype=pdf>
6. Brasil. Câmara dos Deputados. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3. ed. Brasília, DF, 2001. [online] [acesso em 2008 jul. 25] Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/publicacoes/internet/publicacoes/estatutocrianca.pdf>.
7. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(1 Supl): S111-S118.
8. Lamy ZC. Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações [Tese]. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Norma da atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru. Brasília, DF: MS; 2002.
10. Rey E, Martínez H. Manejo racional del niño prematuro. Bogotá, (Colômbia): Universidad Nacional; Curso de Medicina Fetal; 1983.
11. Anderson GC. Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants. *J Perinatol.* 1991; 11:216-26.
12. Lamy Filho F, Silva AA, Lamy ZC, Gomes MA, Moreira ME; Grupo de Avaliação do Método Canguru; Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. *J Pediatr.* 2008; 84(5):428-435.
13. Foucault, M. Vigiar e Punir. Petrópolis: Vozes, 1989.
14. Le Goff J. (org.). A história Nova, Trad. Eduardo Brandão. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (O homem e a história) 318 p., p.4.
15. Meihy JCSB. Manual de história oral. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
16. Foucault M. Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
17. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
18. Santos MCL, Moraes GA, Vasconcelos MGL, Araújo EC. Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2007; 1(2): 111-20.
19. Ramalhão AB; Dupas G. Vivendo a ambivalência: o significado da visita para os pais de neonatos internados em Unidade de Tratamento Intensivo. *Acta Paul. Enf. São Paulo,* v.16, n.3, p.41-50, 2003.

20. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Lisboa (Portugal): Afrontamento; 1993.
21. Foucault M. Microfísica do Poder. 3.ed, Rio de Janeiro: Graal, 1982.
22. Martins A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. Interface (Botucatu) 2004, fev., 8(14): 21-32, [online] [acesso em 2009 Ago. 06]; Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141432832004000100003&lng=en>
23. Cabral IE, Rodrigues EC. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 629-36.
24. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima, R de CD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc. São Paulo. 2008; 17(2): 107-119.
25. Nagahama EEI; Silvia MS. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 651-657.
26. Nações Unidas. Relatório do Comitê Ad Hoc Pleno da vigésima sétima sessão especial da Assembleia Geral. As metas das Nações Unidas para o milênio. Nova Iorque, 2002.
27. Brasil. Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS. [online] [acessado em: 2008 out. 28] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?idtxt=24703&janela=1>.
28. WHO/UNICEF Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Meeting “Breastfeeding in the 1990s: A global initiative”. Co-sponsored by the United States Agency for International Development (AID) and the Swedish International Development Authority (SIDA), held at the Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, on 30 July - 1 August, 1990.

29. GLOBAL HEALTH COUNCIL: US advocates call on President Obama to champion family health. [online] [acessado em: 2008 set. 16] Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/membernews/2009/20090127obamachampionfamilyhealth/en/>
30. Ramanathan K, Paul VK, Deorari Ak, Taneja U, George G. Kangaroo Mother Care in very low birth weight infants. *Indian J Pediatr.* 2001; 68:1019-23.
31. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann KM. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48:443-52.
32. Wallin L. Kangaroo mother care in Sweden. Preliminary results of a trial on facilitation support for guideline implementation. 5o Workshop Internacional sobre o Método Canguru. 2004 Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro.
33. Tallandini MA, Scalembra C, Corbatta P, Strain T, Demarini S. The psychological impact of kangaroo mother care on mother-infant bonding in preterm delivery. 5o Workshop Internacional sobre o Método Canguru. Rio de Janeiro, Brasil, 8-12 de novembro, 2004.
34. Ludington-Hoe SM, Johnson MW, Morgan K, Lewis T, Gutman J, Wilson PD, et al. Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics.* 2006; 117:e909-23.45.
35. Cleveland LM. Parenting in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Nov-Dec; 37(6): 666-91.



Figura 5: Foto da UTIN, cedida pela Técnica de Enf. Maria Elizabete R. da Silva



Figura 6: Foto da UTIN, cedida pela Técnica de Enf. Maria Elizabete R. da Silva

5.3 ARTIGO 3

O HOSPITAL INFANTIL COMO MARCO NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO EM SANTA CATARINA

CHILD'S HOSPITAL AS A MARCO IN HIGH RISK NEWBORN'S CARE IN SANTA CATARINA

EL HOSPITAL INFANTIL COMO MARCO EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO EN SANTA CATARINA

Roberta Costa¹¹Maria Itayra Padilha¹²

RESUMO: O objetivo deste estudo é conhecer como se deu o processo de implantação da UTI neonatal em Florianópolis na década de 1980, bem como apresentar a relevância desta unidade para o cuidado ao recém-nascido de alto risco. Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. O contexto do estudo foi o Hospital Infantil Joana de Gusmão. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que participaram da implantação da UTI neonatal. A análise dos dados foi baseada no referencial foucaultiano. Os resultados identificam 5 agrupamentos temáticos: A necessidade de um atendimento especializado; A mãe de todos; A UTI buscava todo mundo; O nosso maior problema era a área física; Tinha “n” brigas. Conclui-se que a necessidade de um atendimento especializado foi a grande propulsora da UTI neonatal, sendo que os profissionais que atuaram nesta unidade foram fundamentais na instituição do saber e das práticas de cuidado ao recém-nascido de risco.

DESCRITORES: UTI neonatal, recém-nascido, hospital, poder, história.

ABSTRACT: The purpose of this research is to know how the implantation process of the neonatal ICU in Florianopolis in the 1980's, as well as to present the relevance of this unit in the high risk newborn care. A qualitative research with a socio-historical approach. The study's context was the Child's Hospital Joana de Gusmão. The interviewed for this research were health professionals that had a role in the neonatal ICU implantation. The data analysis

¹¹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: robertanfr@hotmail.com

¹² Doutora em Enfermagem. Professor Associado do Departamento de Enfermagem e da Pós Graduação da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

was based on the theoretical reference. The results identify five thematic groups: The need of a specialized care; Everybody's mother; The ICU searched for everyone; The biggest problem was the space; Had many fights. It was concluded that the need of a specialized care was the major propellants of the neonatal ICU, as the professionals that had a role in this unit were very important in the knowledge and high risk newborns care institution.

DESCRIPTORS: Intensive Care Units Neonatal, newborn, hospital, power, history.

RESUMEN: Pesquisa qualitativa, com abordagem socio-histórica que objetiva conhecer el proceso de implantación de la UTI neonatal en Florianópolis en la década de 1980, bien como presentar la relevancia de esta unidad para el cuidado al recién nacido de alto riesgo. El contexto del estudio fue el Hospital Infantil Joana de Gusmão. Los sujetos de la investigación fueron profesionales de salud que participaron de la implantación de la UTI neonatal. El análisis de los datos fue basado en el referencial foucaultiano. Los resultados identifican 5 grupos temáticos: La necesidad de atención especializada; La madre de todos; La UTI buscaba todo mundo; Nuestro mayor problema era el área física; Tenía “n” peleas. Se concluye que la necesidad de una atención especializada fue la gran propulsora de la UTI neonatal, siendo que los profesionales de esta unidad fueron fundamentales en la institución del saber y las prácticas de cuidado al recién nacido de riesgo.

DESCRIPTORES: UTI neonatal, recién nacido, hospital, poder, historia.

INTRODUÇÃO:

O hospital, segundo Foucault¹, funcionou como uma espécie de instrumento de exclusão, assistência e transformação espiritual na qual a função médico-terapêutica pouco aparecia. até meados do século XVIII. Segundo o autor, dois movimentos concomitantes e inter-relacionados vão possibilitar a transformação dos hospitais em instituições médico - terapêuticas: a introdução de mecanismos de disciplinamento (do espaço, das relações e das formas de organização) da instituição que foram demandadas por questões econômicas; o preço atribuído ao indivíduo e à vida humana, bem como a necessidade de evitar epidemias e sua propagação; e a transformação do saber e da prática médicas. O hospital passou a funcionar não só como uma instituição de disciplinamento, controle e/ou cura de certos tipos de desordens reconhecidas e nomeadas como patológicas, mas, também, como uma instância de acúmulo, registro, produção e veiculação de um tipo específico de saber – a medicina clínica. O hospital transforma-se em lugar de formação privilegiada primeiramente de médicos e, crescentemente, de outros profissionais de saúde, como os da enfermagem.

O hospital se configura como um *locus* onde produção de saber e intervenção sobre o corpo e a doença dos indivíduos estão intrinsecamente ligadas. Diante deste mesmo contexto e da preocupação com a taxa de natalidade e mortalidade infantil, começam a se instituir políticas de atenção a saúde materno-infantil. Dentre elas, a institucionalização do parto, constituiu-se numa das tentativas de se controlar e monitorar o desenvolvimento da população². Desde então, o entendimento sobre os processos fisio-patológicos referentes à gestante, ao parto e ao recém-nascido avançou pelo desenvolvimento científico e tecnológico, permitindo a intervenção médica para melhoria das condições de saúde materno-infantil.

A preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu como um prolongamento da ação da prática obstétrica, a partir do século XX. Inicialmente, as unidades de atendimento ao recém-nascido tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade do recém-nascido, a prevenção de infecções e diminuição da morbimortalidade. O objetivo do trabalho nestas unidades era promover a sobrevivência de bebês debilitados em sua adaptação à vida extra-uterina, justificando os investimentos econômicos e sociais para redução da mortalidade infantil e o novo poder-saber médico da neonatologia.³

As primeiras instalações de berçários para atender a prematuros surgiram em fins do século XIX. No início do século XX, passaram a atender os demais recém-nascidos. A finalidade desses berçários era manter a termorregulação dos bebês, alimentá-los através de técnicas cuidadosas e protegê-los de infecções através do isolamento. Ao longo do século XX, os berçários transformaram-se em unidades de internação neonatal e UTI Neonatal (UTIN).⁴

No Brasil, os primeiros berçários surgiram em 1945 e com o passar do tempo, foram se transformando em modernas UTINs.⁵ No cuidado ao recém-nascido de risco, a ênfase centrou-se na termorregulação, alimentação, equilíbrio hidroeletrolítico, manutenção e recuperação do sistema cardio-respiratório e prevenção de infecção, restringindo-se a visita dos pais aos berçários.

Na segunda metade do século XX, ocorreu uma forte medicalização do nascimento aumentando as intervenções sobre o binômio mãe-filho e, sobretudo na relação entre eles e a família. Os progressos tecnológicos ocorridos após a Segunda Guerra Mundial abriram caminho para o desenvolvimento da indústria médico-hospitalar e para investigações sobre mecanismos fisiopatológicos da gestação, feto e neonato, resultando em avanços na terapêutica e consequentemente na redução da morbi-mortalidade perinatal e neonatal.⁶

Nos últimos trinta anos, grandes mudanças vêm ocorrendo no ambiente das unidades neonatais no Brasil, de certa forma acompanhando a tendência mundial. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez

mais freqüente dos pais e o cuidado de bebês cada vez menores já fazem parte de uma realidade que exige posturas diferentes dos profissionais da equipe de saúde neonatal.⁷

O grande avanço tecnológico e científico a que se assistiu nas últimas décadas tem trazido mudanças para a neonatologia e, essas mudanças se refletem na sobrevivência de bebês cada vez mais imaturos e com pesos de nascimento cada vez menores. Entre estes avanços, está a melhoria nos cuidados básicos ao recém nascido pré-termo, a introdução da nutrição parenteral, o uso de corticoesteróides antenatal, o conhecimento de novas modalidades ventilatórias e a introdução da terapêutica com surfactante.⁸⁻⁹

Neste estudo, a atenção se volta para a UTIN. Esta se constitui em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de alto risco, sendo considerada de alta complexidade tecnológica com recursos materiais e equipe multiprofissional especializados.¹⁰ Em Florianópolis, a UTIN do HIJG foi um marco no atendimento ao recém-nascido de risco. Entretanto, ao procurar material bibliográfico, documentos científicos, pouco ou quase nada foi encontrado.

Por entender que muitos dos saberes e práticas instituídas no cuidado ao recém-nascido de alto risco em nosso estado foram influenciados pelo atendimento nesta unidade, decidi realizar esta pesquisa com o intuito de conhecer como se deu o processo de implantação da UTIN em Florianópolis na década de 1980, bem como apresentar a relevância desta unidade para o cuidado ao recém-nascido de alto risco. Percebendo esta, não como uma forma de reconstruir o passado, mas procurando fazer uma leitura deste passado a partir do discurso dos profissionais que vivenciaram este momento, a fim de contribuir para uma prática neonatal sensível e individualizada.

METODOLOGIA:

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. Neste estudo, adota-se os princípios da Nova história, uma história para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema, entender que qualquer sociedade proporciona uma história em que passado e presente são iluminados pela discussão e análise de forças permanentes que atuam sobre as vontades humanas. Assim, possibilita que se saiba quais as forças que estavam em cena em dado momento, qual sua situação, como estava pós-acontecimento, se isso contribuiu para seu fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não proporcionou nenhuma mudança.¹¹

Optamos por realizar esta investigação no Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, por ser este o Hospital de referência para o atendimento de crianças e recém-

nascidos de alto risco do estado de Santa Catarina e local onde foi implantada a primeira UTIN de Florianópolis, em 1987.

Para coleta de dados utilizamos a História Oral, realizando entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde que participaram do processo de implantação desta unidade. A história oral é um método de coleta de dados que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos num determinado contexto social. As entrevistas implicam na percepção do passado como algo que tem continuidade hoje, dentro de um processo histórico em andamento, cujo informante contribuirá com sua percepção dos fatos.¹²

Os sujeitos da pesquisa foram três médicos, cinco enfermeiras e cinco técnicos/auxiliares de enfermagem que trabalhavam na UTI geral e/ou UTIN na década de 1980. Além disso, utilizamos algumas fontes documentais, tais como livro de ocorrências, atas de reunião e recortes de jornais. O período de coleta de dados foi de outubro de 2008 a março de 2009.

Para análise dos dados foi utilizado o método genealógico proposto por Michel Foucault. A genealogia seria o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)”.¹³ Desta forma, procurei explorar ao máximo o discurso dos atores que participaram deste estudo, na medida em que as palavras são também construções; na medida em que a linguagem também é constitutiva de práticas/da realidade e produziria como o poder, inúmeros saberes.

Desta forma, a análise foi realizada inicialmente a partir das transcrições das entrevistas e posterior leitura atenta onde buscava-se extrair os enunciados, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória. Após compilação de todas as entrevistas, procuramos agrupar os enunciados em formações discursivas provisórias. Assim, construir um panorama geral ajudou-nos a orientar a re-leitura das entrevistas, e possíveis alterações nos modos de reagrupar os enunciados, uma vez que nossas re-leituras conduziram a reconfigurações do que seria analisado inicialmente. Ou seja, os focos de análise foram constituídos e organizados depois de ler, reler e perceber na interação com todas as entrevistas que apresentavam algumas regularidades a respeito dos significados que produziam. Nesse percurso, realizamos agrupamentos temáticos, dando-lhes significados a partir do referencial foucaultiano. Emergiram assim, cinco agrupamentos temáticos: A necessidade de um atendimento especializado; A mãe de todos; A UTI buscava todo mundo, UTI geralmente recebe; O nosso maior problema era a área física; Tinha “n” brigas.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo nº 242/08 FR 217903 e pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão sob parecer nº 086/2008. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme rege a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Antes da abertura da UTIN no HIJG, o recém-nascido era atendido no berçário ou na UTI pediátrica geral, pelos profissionais que ali atuavam. A partir da inauguração da UTIN, os recém-nascidos passaram a ser cuidados por uma equipe de saúde específica, formada por médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem. Para compor a equipe de enfermagem foram remanejadas duas enfermeiras que atuavam em outras unidades do hospital. Sendo que no período noturno e nos finais de semana não tinha uma enfermeira na unidade, existia apenas uma enfermeira geral que realizava supervisão indireta das UTI pediátrica e neonatal e do centro cirúrgico. Com relação aos técnicos e auxiliares foram convidados os profissionais que trabalhavam no berçário e na UTI geral que tinham afinidade, experiência e habilidade no cuidado ao recém-nascido. Também, foram contratados funcionários novos que integraram o quadro de funcionários da enfermagem. Com relação à equipe médica, muitos foram residentes de pediatria do Hospital Infantil e a maioria fez especialização em São Paulo no Hospital Maternidade Vila Nova da Cachoeirinha com a Dra. Conceição Segre¹³. A partir do discurso destes profissionais sobre o processo de implantação da UTIN, encontramos cinco agrupamentos temáticos que caracterizam este processo e que apresentaremos a seguir.

A necessidade de um atendimento especializado

A UTIN configura-se como um *locus* de produção de saber, constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de risco, sendo considerada de alta complexidade. A introdução das UTINs possibilitou aos recém-nascidos de risco ter um local específico com profissionais capacitados para atender suas demandas de cuidado.

¹³ Dra Conceição Aparecida Mattos Segre – foi diretora da maternidade do Hospital Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha, na década de 80. Os pediatras do HIJG tinham um bom relacionamento com a Dra Conceição, o que facilitou o intercâmbio dos residentes. Atualmente, a Dra. Conceição é professora visitante do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Professora e Editora Executiva do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, Membro Associado da Associação de Pediatria de São Paulo.

Ao questionar sobre os motivos para abertura da UTIN, muitos profissionais referem que a unidade era uma necessidade, que havia um aumento da demanda de recém-nascidos de alto risco. Outros relatam ainda que, a UTIN era um sonho.

Os fatores motivadores da criação desta unidade foram melhorar a assistência a estes tipos de pacientes, e pelo fato de ser um hospital de referência para diversas especialidades (M1).

O que motivou acho que foi à necessidade mesmo, de prestar um atendimento mais especializado para esse paciente e eu acho que também a possibilidade de profissionais, alguns residentes até nossos lá que saíram para se especializar em neonatologia, que estavam retornando, então acho que a coisa meio que culminou meio por aí, acho que foi essa a motivação (E3).

A UTI do Hospital Infantil era geral, era UTI para lactente, principalmente. E de vez em quando era admitido recém-nascido, sempre com uma necessidade crescente desta demanda. A abertura da UTI neonatal mudou radicalmente a assistência dos bebês. A partir de lá, em minha opinião, Santa Catarina deu uma virada: redução do índice de mortalidade infantil e mortalidade perinatal, das doenças, principalmente seqüelas neurológicas, cegueira, por redução de oxigênio (M3)

[...] foi uma luta para conseguir a implantação desta primeira UTIN, mas foi um grande avanço, porque os recém nascidos passaram a ser atendidos em área específica (M2).

Era um sonho. [...] tinha que ter uma UTI neo, os recém-nascidos não deviam ficar na UTI geral (TE2)

Na realidade o que motivou a abertura é que não existia um centro de neonatologia na grande Florianópolis. A gente recebia os pacientes e não tinha neonatologista suficiente, não tinha material adequado, não tinha uma forma de cuidar de recém-nascido. As crianças chegavam muito descompensadas porque vinham de todos os lugares para nós (E1).

O discurso dos profissionais revela a necessidade e importância de uma unidade específica para o atendimento do recém-nascido de risco. Com a implantação da UTIN, aos poucos foi se constituindo um saber/fazer específico com relação às práticas no cuidado ao recém-nascido de risco. Assim, as práticas de cuidado na UTI possibilitaram a operação de um saber científico sobre o corpo do recém-nascido.

A UTIN, enquanto espaço específico de atendimento do recém-nascido de risco configura-se como um campo de conhecimentos e práticas, sendo que este saber/fazer consolida-se a partir das vivências/experiências do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde.

Desta forma, como enfermeira que atua no cuidado intensivo ao recém-nascido posso re-afirmar a necessidade e importância de se instituir um local específico para este atendimento, permitindo a organização das práticas de cuidado, capacitando adequadamente os profissionais e disponibilizando equipamentos tecnológicos que possibilitem a promoção da qualidade da assistência e o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos.

A mãe de todos

Como a UTIN do HIJG representou um marco no atendimento ao recém-nascido de alto risco, esta se consolidou como centro de referência em Santa Catarina, atendendo à quase totalidade dos nascimentos de alto risco ocorridos no estado. Desde a sua inauguração, esta unidade recebeu bebês provenientes das diversas maternidades de Florianópolis, assim como de outros hospitais de todo estado.

O HIJG atua como pólo de referência Estadual para o atendimento das crianças com patologias de baixa, média e alta complexidade.¹⁵ Desta forma, a UTIN deste hospital era referência no atendimento especializado ao recém-nascido, sendo então considerada “a mãe de todos”, pois recebia recém-nascidos provenientes de todo Estado. Ademais neste Hospital concentram-se diversas especialidades médicas, tais como: cirurgia pediátrica, cardiologia, pneumologia, nefrologia, geneticista, entre outras, que desempenham papel importante nesta referência.

Ao questionar os profissionais de saúde sobre a demanda de recém-nascidos internados na UTIN, os mesmo relatam que a unidade estava sempre lotada, sendo que as crianças vinham de diversas regiões do Estado, como podemos ver nos depoimentos a seguir:

A UTI do Hospital Infantil Joana de Gusmão era referência. É como se a implantação do cuidado intensivo neonatal em Santa Catarina, em 87, fosse um marco tanto no saber, como nos cuidados, como nos resultados. Constituiu um divisor de resultados (M3).

Por que não tinha UTI neo no interior do Estado quase. Então vinha tudo pra cá. [...] Então vinha muita criança, muita criança do sul (TE2).

A UTI tava sempre lotada. Sempre lotada, cirurgias cardíacas. [...] porque não tinha outra. [...] A referência era Florianópolis (TE4).

Apesar do surgimento de novas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal nas maternidades de Florianópolis e de todo o Estado, o nível de atividade da UTIN do HIJG tem sido intensa, nesses 22 anos de existência. No período de 16/03/1987 a 30/04/2009 foram registradas 4.398 internações (M1).

Tudo drenava para cá, era a gente que fazia o transporte das crianças. A gente ia buscar crianças nas maternidades. Na Maternidade A, na Maternidade B, no Hospital XI (E2).

Quando precisava chegava a botar 7 leitos (AE1).

Cabe salientar que neste momento histórico, na Constituição Federal de 1988, era aprovado o Sistema Único de Saúde, que preconizava a organização dos serviços de saúde de modo regionalizado e hierarquizado.¹⁶ Este sistema de saúde traz a tona a questão do sistema de referência e contra-referência, como forma de organização do atendimento de menor complexidade para o de maior complexidade. O sistema de referência compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade.¹⁷ Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas.¹⁸ O encaminhamento deve ser desencadeado quando for constatada a insuficiência de capacidade resolutive do órgão encaminhador e deve obedecer a normas e procedimentos estabelecidos.

Com relação ao cuidado neonatal, percebemos que a UTIN do HIJG sempre foi uma unidade especializada para o atendimento do recém-nascido. Nos primórdios deste atendimento, todos os neonatos com qualquer alteração fisio-patológica, prematuros e/ou de baixo peso eram encaminhados a esta unidade. É importante, salientar que os serviços especializados, como cirurgia pediátrica, neurologia, cardiologia, nefrologia, concentravam-se no HIJG. Com o passar do tempo, foi instituído um saber/fazer que direcionou as práticas de cuidado a este segmento populacional e possibilitou a abertura de outras unidades em diferentes regiões do estado. Como consequência deste processo os recém-nascidos de menor complexidade passaram a ser atendidos nas próprias maternidades – em berçários de alto risco e/ou em outras UTINs que foram criadas buscando a descentralização deste atendimento. Assim também, novos profissionais foram adquirindo conhecimento, habilidade e destreza no cuidado ao recém-nascido.

A UTI buscava todo mundo

O transporte intra-hospitalar neonatal pode se constituir em risco adicional para o neonato criticamente doente e, por isso, deve ser considerado como uma extensão dos cuidados realizados na UTI. Vale lembrar que para o transporte intra-hospitalar são necessários equipamentos e pessoal habilitado.¹⁹

O transporte neonatal está intimamente ligado a história da UTIN do HIJG. Por ser esta a unidade de referência estadual, muitas vezes os profissionais de saúde que atuavam ali

realizavam o transporte de recém-nascidos de outras unidades/maternidades para o HIJG. Muitos profissionais descrevem esta prática como arriscada e inadequada.

Muita criança nós íamos buscar. No início nós íamos buscar na Maternidade A e na Maternidade B, quando era cirúrgico. Na Maternidade A mesmo os prematuros a gente ia buscar. Naquela época a gente fazia muito transporte louco. [...] a gente saía daqui com paciente gravíssimo (TE2).

Como não tinha outra UTIN aqui em Florianópolis, então a gente buscava os pacientes que nasciam na Maternidade A, na Maternidade B e no Hospital X. Então assim, porque UTI normalmente não busca UTI geralmente recebe e nós tínhamos essa característica. A gente que tinha que ir buscar. É super complicado. Porque a partir do momento que tu pegas o paciente, a responsabilidade passa a ser tua. E às vezes a gente pegava o paciente completamente descompensado por um tratamento inadequado e se ele viesse a ter alguma complicação no trajeto ou logo que chegasse a culpa já era nossa teoricamente (E1).

[...] tinha que ir. E tinha que levar. Tanto buscar, quanto levar (TE4).

Nós íamos buscar. Eles ligavam dizendo, oh tem um paciente assim e assim. A gente arrumava a incubadora de transporte, outra que nós tínhamos aí. E a gente ia buscar na Carlos Correa, na Carmela, no Regional depois quando abriu (TE1).

De acordo com os relatos dos profissionais de saúde percebemos que o transporte neonatal inter-hospitalar foi uma prática instituída a partir da abertura da UTI neonatal. Que a criação desta unidade representou um avanço no atendimento ao recém-nascido, possibilitando que os mesmos tivessem uma unidade específica, com profissionais capacitados e equipamentos adequados para garantir a sua sobrevivência. Entretanto percebemos, que este transporte não corria de modo adequado, que a mesma equipe que atuava na UTIN acabava se responsabilizando por este transporte, o que prejudicava a assistência nos dois segmentos, tanto na unidade que acabava ficando com um número menor de profissionais quanto no transporte, pois nem sempre o médico estava presente.

No Brasil, existem alguns estudos que sinalizam as intercorrências clínicas apresentadas por recém-nascidos durante o transporte entre diferentes instituições, o primeiro foi realizado em Florianópolis com 122 transportes neonatais para a UTI do Hospital Infantil Joana de Gusmão em 1992/1993, o segundo efetuado em Porto Alegre com 55 recém-nascidos transferidos para a UTI do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas de fevereiro a novembro de 2000 e o terceiro, em Recife, com 234 neonatos transferidos para o Berçário do Instituto Materno Infantil de Pernambuco em 2001.¹⁹

Especificamente, no estudo realizado em Florianópolis²⁰, na UTIN do HIJG, foram identificadas algumas falhas neste transporte, tais como, falta de profissionais capacitados para esta prática, falta de equipamentos, longas distâncias percorridas em ambulâncias, o que acarretou em complicações nos recém-nascidos como, por exemplo, hipoglicemia, hipotermia, distúrbios respiratórios, piora do estado geral. Como resultado deste estudo, temos que a organização do transporte neonatal é fundamental, tanto na escolha da equipe de saúde como do veículo de transporte adequado e bem equipado, para que possa ser instituída uma assistência de qualidade com melhora dos resultados perinatais.

O transporte neonatal, assim como as demais práticas de cuidado ao recém-nascido de risco, envolve uma trama de relações de poder/saber que foi sendo instituída ao longo do tempo a partir da experiência dos profissionais de saúde.

O nosso maior problema era a área física

A área física foi apontada por todos os profissionais como o grande problema da UTI neonatal. Quando foi inaugurada a estrutura física foi instalada em uma área provisória em um espaço cedido pelo centro cirúrgico. Entretanto, os profissionais de saúde desenvolveram práticas de cuidado nesta unidade até dezembro de 2008 (Anexo IV), quando foi inaugurada a nova UTIN do HIJG. Portanto, foram mais de 20 anos atuando em um espaço provisório.

Na época, a dificuldade era muito a área física. Porque a recuperação não liberava o espaço. [...] Então era muito, uma luta para conseguir que a recuperação dividisse o espaço, porque eles não aceitavam assim. A chefia do centro cirúrgico não liberava o espaço para construir a UTI neo. [...], foi muito difícil abrir espaço. A gente foi fazendo umas adaptações que não era o ideal. O ambiente era muito agradável. Eu gostava, apesar de ser improvisado (TE2).

Foi feito um plano, com área física pequena, mas que, seria uma acomodação transitória. [...] Mas, em termos de humanização a área física era acanhada (M2).

Então ia fazer uma UTI neonatal provisória, que ficou definitiva até hoje (TE3)

[...] a área física não mudou nada. Não teve modificação nenhuma ao longo dos anos (E1).

O que eu lembro é que eu discutia muito era a questão da área física. Eu lembro porque tinha muita discussão ali atrás quando a gente ia é definir em relação à área física foi uma briga feia assim a área física, até que chegamos a um consenso, mas foi bem difícil (E3).

O ambiente físico? Era um aperto e o que é pior, ele está exatamente igual a quando foi inaugurada. Com agravante que deve estar mais deteriorado. Mas está exatamente igual e desde que abriu ela tem uma proposta de ampliação, de mudança. Então assim, as incubadoras eram seis, não tinha espaço, o espaço era mínimo, às vezes quase encostada

uma incubadora na outra, os respiradores chegavam a enroscar os pés, com toda parafernália que tem para uma UTI aquilo era impossível (E1).

Percebemos com estes depoimentos, como foi difícil conseguir uma área física adequada destinada a UTI neonatal, apesar de todo entendimento da necessidade e importância deste local. Nesta categoria há destaque para a questão da disputa do espaço, bem como do controle deste espaço. A disputa por espaço dentro do hospital é uma constante em muitas Instituições, sendo que este poder de decisão quase sempre é exercido pelo profissional médico.

Uma área física adequada é imprescindível para o bom funcionamento da UTIN, sendo que a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) descreve que, toda UTI deve obedecer aos requisitos quanto à estrutura física, além de estar em conformidade com os critérios de circulações internas e externas, de instalações prediais ordinárias e especiais (hidro-sanitárias; elétricas e eletrônicas; fluído-mecânicas; de oxigênio e ar comprimido), de condições ambientais de conforto, de condições de controle de infecções e de condições de segurança contra incêndio, determinados na legislação.²¹

Mesmo com esta regulamentação, o discurso dos profissionais de saúde revela que a área física destinada a UTIN foi um grande desafio, uma vez que o local destinado a esta unidade teve que ser negociada com outros setores do hospital e mesmo assim, esta se configurou com um espaço provisório e pequeno, sendo considerado inadequado para alguns profissionais. Ao visualizarmos esta área, temos um salão onde eram dispostos quatro berços/incubadoras, um quarto de isolamento e uma bancada para prescrição médica, onde os profissionais podiam controlar todo o espaço e os recém-nascidos/famílias que estavam internados ali. Segundo Foucault, este mecanismo possibilita o exercício do poder dos profissionais sobre o espaço e sobre o neonato.

Tinha “n” brigas

Apesar dos avanços nas práticas de cuidado ao recém-nascido os profissionais descrevem que houve algumas brigas, ou seja, disputa de poder, entre os diferentes personagens desta história. No cotidiano do cuidado emergiram brigas entre enfermeiro e técnicos/auxiliares de enfermagem, enfermagem e médicos, médicos e as diferentes especialidades médicas, caracterizando o cenário da UTI neonatal, como um espaço de negociações e dominação. Acredito, entretanto, que este poder possibilitou a constituição do saber e das práticas de cuidado intensivo neonatal.

Essas dificuldades, eu acho, que elas são humanas, mas elas existem ainda. Ou seja, no meio médico, no meio da saúde, no meio a enfermagem existem essas questões pessoais, de orgulho, de coisas ressentidas, de sentimentos que às vezes, assim, não são legais, mas acabam existindo e dificultando muita coisa. Têm uma competitividade, um ciúme, coisas do tipo. Isso existe. Infelizmente, eu acho que continuará existindo por um tempo (M3).

Havia claro, uns momentos de indisposição, mas no geral, era uma relação boa (E3).

Na época as crianças não recebiam estes sedativos como hoje em dia. Era criança extubada todo dia, no banho. [...] toda manhã era uma brigaçada (TE1).

[...] tem médico e médico, especialidade e especialidade, umas tem mais força e mais status que a outra (E1).

A gente vê alguns atritos, mas depois que passa algum tempo, tu vê que aquela resistência até cria respeito (E4).

Os discursos dos profissionais também revelam muitas vezes, a questão do poder autoritário – o poder de tomar decisões que orientam as ações dos outros.

Era o que eles queriam. Tinha que ser como eles, os médicos, determinavam. O médico mandava e a enfermagem obedecia. Para mim eu achava o fim da picada essa relação. Eu nunca aceitei, porque eu sempre fui muito rebelde. Aquela coisa assim, de vir àquela ordem de cima e tu obedece mesmo estando errado. Eu não concordava, eram ordens eram de cima, cumpre e obedece (TE4).

Como hoje em dia a gente conversa bastante, a gente aproxima mais o médico ao enfermeiro, dos funcionários. Antigamente não era assim. O médico passava, nem tinha. Então os funcionários se achavam super, e eles tinham a política deles e eles meio que mandavam. [...] Então foi um processo que você vai explicando, você vai dizendo, mudando hábito. Então foi tudo, as coisas não foram assim de uma hora para outra (M1).

Eu já sou aquela que compra briga, mas eu sou mais tranqüila. Eu mostrava o meu ponto de vista, quer aceitar tudo bem, não quer. Eu posso até não mudar o meu ponto de vista, mas sou mais maleável. Como diz o outro, eu fico comendo pelas bordas até eu conseguir o que eu quero (E5).

O hospital, assim como as demais instituições, está permeado pelos processos de dominação, em que o poder vai se produzindo, transformando-se, configurando relações, estando, portanto, presente no processo de trabalho.²²

No discurso dos profissionais de saúde observamos conflitos entre as diferentes especialidades médicas, entre os médicos e a enfermagem, entre enfermeira e técnico/auxiliares de saúde, mas também há falas que referem que o técnico/auxiliar de

enfermagem exercia poder sobre o médico (os super funcionários). Estes conflitos configuram-se relações de poder, que possibilitam o aprimoramento do conhecimento científico e o desenvolvimento de novas práticas de cuidado ao recém-nascido. Entendendo poder aqui como um fenômeno relacional, como algo “que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas, estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão”.^{1:183}

Mais uma vez se revela o poder/saber – e os processos de dominação – desta vez com uma vinculação ao poder decisório. Foucault (1979) faz referência a resistências, como atitudes e posicionamentos que são variáveis, que induzem a estados de poder e produzem novos efeitos, avançando sobre os domínios que até o momento não eram concebidos.

Segundo Foucault, o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porquê o serve ou aplicando-o porquê é útil), que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A necessidade de um atendimento especializado foi a grande propulsora para a criação e abertura de uma UTIN no HIJG. A demanda cada vez maior de recém-nascidos de risco e o alto índice de mortalidade neonatal foram fatores que desencadearam o processo de implantação desta unidade. Além disso, tivemos um grupo de profissionais que não olvidou esforços para destinar uma área física e formar a equipe de profissionais desta unidade.

A implantação de uma UTIN em um hospital de referência estadual no cuidado à criança transformou esta num centro de referência especializado no cuidado ao recém-nascido de alto risco, fazendo com que esta unidade ficasse caracterizada como “a mãe de todos”, ou seja, as maternidades da grande Florianópolis assim como diversas instituições do estado passaram a encaminhar os recém-nascidos que necessitavam de algum tipo de atendimento especializado para esta unidade.

Diante deste contexto, os profissionais que atuaram nesta UTIN desenvolveram durante muito tempo o transporte dos recém-nascidos principalmente das maternidades da grande Florianópolis. Esta prática de cuidado continua viva na memória de muitos profissionais visto que era uma prática arriscada e muitas vezes inadequada, mas que com certeza possibilitou a sobrevivência de muitos recém-nascidos e a mudança no panorama do atendimento neonatal.

Outro grande marco na história desta unidade foi a disponibilização da área física, ou seja, de um espaço adequado ao atendimento neonatal. Muitos profissionais referem este como o maior problema na época da implantação da unidade e que perdurou ao longo do tempo por mais de 20 anos. Por ser um espaço improvisado e provisório, muitos profissionais tinham a esperança que um dia teriam uma área específica e adequada a UTIN. Um sonho que se concretizou recentemente, quando em dezembro de 2008 foi inaugurada a nova área da UTIN do HIJG.

Apesar destes acontecimentos, é importante considerarmos que esta unidade representou um marco no cuidado intensivo neonatal catarinense e que os profissionais que contribuíram na implantação e implementação do cuidado nesta unidade foram fundamentais na instituição do saber, das práticas de cuidado ao recém-nascido de alto risco e na instituição de novos sujeitos profissionais. Este processo vem resultando numa redução da morbimortalidade neonatal e na aquisição de conhecimento científico relacionado ao recém-nascido de alto risco.

REFERÊNCIAS:

1. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 3^oed, Rio de Janeiro: Graal, 1982.
2. Nagahama EEI; Silvia MS. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 651-657.
3. Scochi CGS. *A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem*. 2000. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.
4. Kamada I; Rocha SMM. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN *Rev Esc Enferm USP*, v.40, n.3, p.404-11, 2006.
5. Loyola MA. A cultura da puericultura. *Novos Estudos Cebrap*, v.2, n.1, p.40-6, 1983.
6. Scochi CGS; Costa IAR; Yamanaka NM. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Acta Paul Enfermagem*, v.9, n. especial, p.96-101, 1996.
7. Lamy ZC. *Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações*. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz- Instituto Fernandes Figueira; 2000.
- 8 Leone CR. Epidemiologia, desafios e perspectivas. In: Marba ST, Costa HPF. *O recém-nascido de muito baixo peso*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- 9 Santos MCL, Moraes GA, Vasconcelos MGL, Araújo EC. Sentimentos de pais diante do nascimento do recém-nascido prematuro. *Rev. Enferm. UFPE On Line*. 2007; 1(2): 111-20.
10. Kamada I; Rocha SMM; Barbeira CBS. Internações em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Brasil: 1998-2001. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003, 11(4): 436-443.
11. Le Goff J. (org.). *A história Nova*, Trad. Eduardo Brandão. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (O homem e a história) 318 p., p.4.

12. Meihy JCSB. Manual de história oral. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
13. Foucault M. Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
14. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
15. Santa Catarina. Secretaria do Estado de Santa Catarina, Hospital Infantil Joana de Gusmão. [online] [acessado em 2009 jun. 10] Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/HIJG/instituicao.htm>
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília (DF); 2000.
17. Witt RR. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. Rev.Gaúcha Enf., 1992, 13(1): 19-23.
18. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra-referencia: contribuição na integralidade em saúde, Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072
19. Vieira ALP, Guinsburg R, Santos AMN, Peres CA, Lora MI, Miyoshi MH. Transporte intra-hospitalar de pacientes internados em UTI Neonatal: fatores de risco para intercorrências Rev Paul Pediatr 2007; 25(3):240-6.
20. Silva CV, Pereira LD. Transporte neonatal em Santa Catarina. Arq Catarin Med 1995, 24: 6-11.
21. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 466/MS/SVS de 04 de junho de 1998.
22. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem 2004 maio-junho; 12(3):469-76.
23. Foucault M. Vigiar e punir, 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percorrer o caminho em busca da compreensão da história das transformações das práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, a partir da implantação da UTI neonatal em Florianópolis, mostrou-se pleno de idas e voltas. Olhar o passado, refletir sobre o presente e alçar vôo para o futuro. Os discursos dos profissionais de saúde foram direcionando o movimento de reflexão. Conhecer a história das transformações do cuidado neonatal, a partir deste recorte que foi a implantação da UTI neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão, possibilitou muitas vezes cruzar a minha própria história de formação e prática profissional. Na medida em que as palavras foram ditas, ia-se configurando uma rede de poder-saber-prática que foi instituindo ao longo do tempo o cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva.

Ao tentar finalizar, percebo que a história continua sendo construída pelos profissionais de saúde no dia-a-dia do processo de trabalho nas UTI neonatais, nas relações cotidianas entre recém-nascido-profissional-família.

A UTI neonatal possibilita novas práticas no cuidado ao recém-nascido, que somadas aos avanços científico-tecnológicos e aos profissionais capacitados, contribui significativamente na redução da morbi-mortalidade neonatal, ou seja, muita criança saiu ganhando com isso. Enquanto espaço específico para o atendimento do recém-nascido de risco, a UTI configura-se como um campo de conhecimentos e práticas, sendo que este saber-fazer consolida-se a partir das vivências/experiências do cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, que de certa forma, aprenderam a cuidar, cuidando.

Entretanto, no início da implantação da terapia intensiva neonatal faltava um olhar científico para a assistência, faltava o pensamento crítico e a busca deste, foi determinada principalmente com enfoque no processo patológico, no corpo doente e na sobrevivência do recém-nascido. Por outro lado, nos primórdios desta história outros discursos sinalizavam para o cuidado sensível, humanizado e individualizado, que procura respeitar cada recém-nascido e família, que possuem a sua história de vida e tem direito a uma assistência particularizada, que respeite as suas crenças e seus valores.

Verifica-se ao longo desta história, a necessidade de transformações no processo de trabalho nas UTIs neonatais, com vistas a ampliar o objeto de ação para além do corpo do recém-nascido, por meio da inserção da família, assumindo o recém-nascido como um ser de relações, rumo à construção de um novo modelo assistencial que visa à humanização da assistência neonatal.

Com relação **à presença da família, percebemos a partir do discurso dos profissionais de saúde**, que há muitas construções e desconstruções. Se por um lado, o pai e a mãe só entram no hospital em horário de visita e são vistos por alguns profissionais como um problema, por outro, o discurso aparece em defesa da presença e participação da família, entendendo que esta prática é fundamental para o cuidado ao recém-nascido de alto risco.

É preciso compreender de que forma as práticas vem sendo instituídas, como se instituíram as relações e diferentes jogos e lutas, que saber é dominante em determinado momento em cada situação, quais são as forças que estão em jogo, quais sujeitos detém o poder e quais as resistências e os sujeitos resistentes. Procurar o que está por trás dos enunciados, limitar a presença dos pais na UTIN favorece quem? Qual a melhor prática para o recém-nascido? Para a família? E para o profissional de saúde?

Diante destas constatações, não podemos deixar de destacar a importância da **UTI neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão** e dos profissionais de saúde que ali atuaram e atuam. Esta unidade foi e continua sendo, muitas vezes, “a mãe de todos”, é considerada **um marco no cuidado intensivo neonatal catarinense** e os profissionais que contribuíram na implantação e implementação do cuidado nesta unidade foram fundamentais na instituição do saber, das práticas de cuidado ao recém-nascido de alto risco e na instituição de novos sujeitos profissionais.

O desenvolvimento deste estudo a partir do referencial foucaultiano mostrou-se adequado para o alcance dos objetivos; permitiu olhar o que se dá em torno de nós, no nosso cotidiano, de forma diferente. Aquilo que parece natural, rotineiro, talvez banal, pequeno, desinteressante, quem sabe, obscuro, tal como as práticas do dia-a-dia, os pequenos gestos, atitudes, escritos e falas de autores até desconhecidos, vistos como detalhes, aparentemente sem importância, foram tomados na tentativa de identificar como as práticas de cuidado ao recém-nascido vêm sendo construídas e consolidadas historicamente.

Nesta perspectiva também pude compreender o poder produtivo, de acordo com a visão foucaultiana, como um fenômeno relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social cotidiana, onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática de vida.

É importante destacar também, que este estudo contribui na produção de conhecimento sobre o nascimento do recém-nascido de risco, acrescentando novos ângulos, aprofundamentos e perspectivas, de modo especial: à prática do cuidado desenvolvido pelos profissionais da equipe de saúde em terapia intensiva. As facetas desveladas com esta experiência lançam rumos a outros caminhos, que poderão estimular investigações no sentido de modificar e melhorar a compreensão dos saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido e sua família.

Este estudo procurou contar uma parte da história do cuidado em neonatologia em Florianópolis, fortalecendo, assim, a linha de pesquisa em História em Saúde e Enfermagem e o Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os resultados desta tese permitem afirmar que a implantação da UTI neonatal influenciou qualitativamente no cuidado ao recém-nascido e sua família, com o enfoque orientado para a sobrevivência do recém-nascido e os reflexos desta experiência continuam presentes na atualidade. Os saberes e práticas foram se transformando nas construções e desconstruções cotidianas no caminhar das UTIs neonatais em um determinado momento histórico e estão incorporados no pensar e no fazer na atualidade. Isto ocorreu em meio a jogos de poder/saber em movimentos que se entrecruzam, convergem e se opõe. Com embates e mediações, entre condutas antigas e novas práticas, com apropriações de saberes, processos de dominação, resistências sutis ou arrebatadoras, em um contínuo processo de ir e vir – ora construindo ou desconstruindo, transformando, acrescentando, diminuindo e modificando a cada momento da história.

Ao findar este estudo, lanço um desafio para futuras pesquisas: o que está se passando no momento atual, na construção de outros e novos saberes em meio ao processo poder/saber nesta seara? Como a Enfermagem está inserida neste “jogo” hoje?

Os avanços são claros e inegáveis. Os saberes e práticas no campo da neonatologia foram notáveis. Devemos dar um passo além, como profissionais da saúde, buscando formas criativas de expressão, abrindo brechas em meio aos padrões e práticas reinantes, contribuindo para novas práticas e novos valores, novos modos de pensar e de fazer no cuidado ao recém-nascido e sua família.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- ALONSO, I. L. K. **Luzes e sombras no ritual do encontro profissional e o mundo da intimidade familiar**: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- ALS, H. et al. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant: medical and neurofunctional effects. **JAMA**, v.272, p.851-858, 1994.
- ALVES, M.T.S.; SILVA, A.A.M. **Avaliação de qualidade de maternidades. Assistência à Mulher e ao seu Recém-Nascido no Sistema Único de Saúde**. São Luís: UFMA/UNICEF, 2000. Disponível em: <http://www.pgsc.ufma.br/arquivos/avaliacaodematernidades.pdf> Acesso em: 10 mar. 2008.
- AMADO, J. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. In: PERELMUTTER, D.,
- ANDRADE, S. S. **Juventudes e procesos de escolarização**: uma abordagem cultural. 2008. Tese (Doutorado em Educação) Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- ANTONACCI, M. A. (org) **Ética e história oral**. Coleção Projeto História 15. São Paulo: Educ, 1997.
- AREJANO, C.B. **Reforma psiquiátrica: uma** analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- AZEVEDO, R. C. de S. **Modos de conhecer e intervir**: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- AZEVEDO, R.C.de S.; RAMOS, F.R.S. A arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v.56, n.3, p.288-291, mai./jun, 2003.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOSA, A.P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J Pediatr.**, v. 80, p. 437-8, 2004.
- BARREIRA, I.A. Memória e história para uma nova visão da Enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, v.7, n.3, p.87-93, jul.1999.
- BELLI, M.A.J.; SILVA, I.A. A constatação do filho real: representações maternas sobre o filho internado na UTI neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, v.10, n.3, p.165-170, 2002.
- BIASOLI-ALVEZ, Z.M.M. Trabalhar com relato oral, quando a prioridade é recompor uma história do cotidiano. **Temas em Psicol.** São Paulo: n. 3, p.43-57, 1995.

BOCHEMBUZIO, L., GAIDZINSKI, R.R. Instrumento para classificação de recém-nascidos de acordo com o grau de dependência de cuidados de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.4, p.382-389, 2005.

BORENSTEIN, M.S. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953 a 1968.** 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

_____. Por que conhecer a história da enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, v.4, n.esp., p.14-18, 1995.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo: Martins Fontes, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência à Saúde Perinatal.** Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

_____. Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde – Núcleo Técnico de Política Nacional de humanização – **Acolhimento com avaliação e classificação de risco.** Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área de Saúde da Criança **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru: manual do curso.** Brasília, 2002a.

_____. Ministério da Saúde - Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: **O desafio de construir e implementar políticas de saúde – Relatório de Gestão 2000.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002b. p.173-8.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução 196. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRAZELTON, B.T. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

BRECHT, B. A exceção e a regra (tradução de Geir Campos) In: **Teatro completo**, 2.ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, v.4, 1994.

BURKE, P. Abertura: a Nova História seu passado e seu futuro. In: BURKE, P.(org.) **A escrita da história: novas perspectivas.** Trad. Magda Lopes. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, p.7-37, 1992.

BUUS-FRANK, M. Nurse versus machine: slaves or masters of technology? **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.28, n.4, p.433-441, 1999.

CABRAL, I.E.; RODRIGUES, E.C. O método mãe canguru em uma maternidade do Rio de Janeiro 2000-2002: necessidades da criança e demanda de educação em saúde para os pais. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p. 629-36, 2006.

CAETANO, L.C. **Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família.** 2004. Tese (Doutor em Enfermagem em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares.** Lisboa (Portugal): Afrontamento; 1993.

- CARVALHO, M. et al.. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal. **J. Pediatr.**, v.73, n.5, p.293-98, 1997.
- CARVALHO, M.; GOMES, M.A. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. **J Pediatr.**, v.81, n. 1, Supl:S111-S118, 2005.
- CARVALHO, R.M.A.; PATRÍCIO, Z.M. A importância do cuidado-presença ao recém-nascido de alto risco: contribuição para a equipe de enfermagem e a família. **Texto e Contexto Enferm.**, v.9, n.2, p.577-589, 2000.
- CONSENTINO, A.; MALERBA, M.C. Intervenciones reguladas em el cuidado del recién nacido prematuro extremo: protocolo de intervención mínima. **Temas de Enfermería Actualizados**, v.4, n.18, p.22-25, 1996.
- COSTA, A.L.R.C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho da enfermagem**. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 1998.
- COSTA, R. **Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2005.
- COSTA, R.; SOUZA, S.S.; RAMOS, F.R.S.; PADILHA, M.I. Foucault e sua utilização como referencial para a prática profissional da enfermagem no sul do Brasil. **Texto e Contexto Enf.**, v.17, n.4, p.629-637, 2008.
- COSTENARO, R.G.S.; MARTINS, D.A. Qualidade de vida do recém-nascido internado em UTI: as relações mãe-filho. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.2, p.56-59, 1998.
- CUNHA, M.L.C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.21, n. esp., p.70-83, 2000.
- DESLANDES, S. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 386-395.
- DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DUNST, C.J.; TRIVETTE, C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. **Pediatric Nursing**, v.22, n.4, p.334-337, 1996.
- ERIBON, D. **Michel Foucault**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- FISCHER, R. M. B. Tema em destaque: Políticas do global e das singularidades. Editorial – **Educação & Realidade**, v. 26, n. 1, 2001.
- FOUCAULT, M. **A vontade de saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.
- _____. **Microfísica do Poder**. 3.ed, Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- _____. **Vigiar e punir**, 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- _____. **Dits et écrits: 1954-1980**. Paris: Gallimard, 1994. v.4, p.134-161. Omnes et singulatim: por uma crítica da razão política.
- _____. **A arqueologia do saber**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970 – 1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Microfísica do poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

GAÍVA, M.A.M., SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p. 469-76, 2004.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. A comunicação entre a equipe e os pais em uma UTI Neonatal de um hospital universitario.. In: Simposio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 2002, Ribeirão Preto-SP. Anais, 2002. v. 8.

GASTALDO, D.; HOLMES, D. Foucault and Nursing: a history of the present. **Nursing Inquiry**, v.6, p.231-240, 1999.

GORDON, H.H. Perspectivas em neonatologia: 1980. In: AVERY, G. B. (Org.). **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 2 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1984. p.3-12.

HALBWACHS, M. Memória coletiva e memória histórica. In: **A Memória Coletiva**. São Paulo: Vértice/ Editora dos Tribunais, 1990, p. 60.

HENDERSON, A. Power and knowledge in nursing practice: the contribution of Foucault. **Journal of Advanced Nursing**, v. 20, p. 935-39, 1994.

HOLLOWAY, I.; WHEELER, S. **Qualitative research for nurses**. Oxford: Blackwell Science, 1996.

HOSTLER, S.L. Family-centered. **Pediatric. Clin. North Am.**, v. 36, n. 6, p.1545-61, 1991.

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M. As expectativas de pais e profissionais de enfermagem em relação ao trabalho da enfermeira em UTIN **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.3, p.404-11, 2006.

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M.; BARBEIRA, C.B.dos S. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.11, no.4, p.436-443, 2003.

KAMADA, I.; SCOCHI, C.G.S.; ROCHA, S.M.M. Assistência ao recém-nascido e sua organização a nível hospitalar – revisão de literatura. **Revista Paulista de Hospitais**. Ano XXXVIII – vol. XXXVIII, n. 5/6/7/8, 1990.

KAKEHASHI, T.Y. A situação atual da Enfermagem Neonatológica e suas tendências para o futuro. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.9, n. Esp., p.17-22, 1996.

KAKEHASHI, T.Y.; PINHEIRO, E.M.; PIZARRO, G.; GUILHERME, A. Nível de ruído em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Acta Paul Enferm**, v.20, n.4, p.404-9, 2007.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001.

KLAUS, M. H.; KENNEL. J. H. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

_____. Assistência aos pais. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. **Alto risco em neonatologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 139-155.

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais / Bebês - a formação do apego**. Trad. Batista D. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992, p. 170-244.

LAMY, Z. C. **Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal**. 1995. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

_____. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações**. 2000. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher). Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2000.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T.T. (Org.) **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 35-86.

LE GOFF, J. (org.). A história Nova, Trad. Eduardo Brandão. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. (O homem e a história) 318 p., p.4.

LOCKRIDGE, T. Following the learning curve: the evolution of kinder, gentler neonatal respiratory technology. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v.28, p.443-455, 1999.

LOYOLA, M.A. A cultura da puericultura. **Novos Estudos Cebrap**, v.2, n.1, p.40-6, 1983.

LYOTARD, J.-F.. **A condição pós-moderna**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

LUNARDI, V.L. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2000. p VII-XXIII.

McGRATH, J.M.; CONLIFFE-TORRES, S. Integrating family-centered developmental assessment and intervention into routine care in the neonatal intensive care unit. **Nurs. Clin. North Am.**, v.31, n. 2, p. 367-386, 1996.

MADUREIRA, V.S.F.. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/aids**. 2005 Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MANCIA, J.R. **Revista Brasileira de Enfermagem e seu papel na consolidação profissional**. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARRESE, A.M. El ambiente de la UCI neonatal y su influencia en el desarrollo del prematuro: un desafío para enfermería. **Med Perinatal y Neonatal**, v.1, n.1, p.11-21, 1996.

MEDRANO, C.A. **Do brincar pestileno ao brinquedo esterelizado: uma análise foucaultiana**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. São Paulo: Edições Loyola, 78p., 1996.

MEIHY, J. C. S.B. **Manual de história oral**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MIRANDA, J. A. B., CASCAIS, A. F. A lição de Foucault. In: FOUCAULT, M. **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992. p. 5-28.

- MITTAG, B.F.; WALL, M.L. Pais com filhos internados na UTI neonatal – sentimentos e percepções. **Fam. Saúde Desenv.**, v.6, n.2, p.134-145, 2004.
- MONTEIRO, C.A.; FRANÇA, J.I.; CONDE, W.L. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984. 1996). **Rev Saúde Pública**, v. 34, (Supl), p.19-25, 2000.
- MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadores de enfermagem e família no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia do alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.
- MOREY, M. Introdução: La cuestión del método. In: FOUCAULT, Michel. **Tecnologias del yo: y otros textos afines**. 1 ed. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica, 1990, p. 9-44.
- MUNIZ, D. A. J. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 117-137.
- NETO, E.T.S., et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.107-119, 2008.
- OJEDA, E.M.S. Cos servicios de atención en el periodo neonatal en América Latina. **Cad. Saúde Públ.**, v.4, n.1, p.426-43, 1987.
- OLIVEIRA, I.C.dos S. O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. **Texto e Contexto Enferm.**, v.13, n.3, p.459-466, 2004.
- OLIVEIRA, M.E. **A poesia de cuidar do recém-nascido pré-termo: uma conexão entre o sensível, o intuitivo e o científico**, 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- OLIVEIRA, C. A vertigem da descontinuidade: sobre os usos da história na arqueologia de Michel Foucault. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.15, n.1, p.169-181, 2008.
- OLIVEIRA, I.C. dos S; RODRIGUES, R.G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto e Contexto Enferm.**, v.14, n.4, p.498-505, 2005.
- OLIVEIRA, B.R.G.; LOPES, T.A.; VIERA, C.S.; COLLET, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na uti Neonatal e o cuidar humanizado. **Texto e Contexto Enferm.**, v.15, n. esp., p. 105-13, 2006.
- PADILHA, M.I.C.S. **A mística do silêncio - a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: Ed. Palloti, 1998.
- PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na Enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v.14, n.4, p.575-584, 2005.
- PADILHA, M.I.C.S. et al. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 96-105, 2005.
- PADOVANI, F.H.P.; et al. Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal **Rev Bras Psiquiatr.**, v.26, n.4, p.251-4, 2004.
- PINELLI, J. Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. **Neonatal Netw.**, v. 19, n.6, p. 27-37, 2000.

- PIZZATO, M.G.; Da POIAN, V.R.L. Enfermagem em sistema de alojamento conjunto para RN e mãe. In: PIZZATO, M.G.; Da POIAN, V.R.L. **Enfermagem Neonatológica**. Porto Alegre: Ed. da Universidade, 1982, p.101-127.
- POLLAK, M. Memória e identidade social. **Estudos Históricos**, v.5, n.10, p.200-212, 1992.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5^a.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 487p., 2004.
- PORTELLI, A. O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana, 29 de julho de 1940: Mito, política, luto e senso comum). In: FERREIRA, M. de M.; AMADO, J. (orgs.). **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996. p.126 e 127.
- PORTELLI, A. O Que Faz A História Oral Diferente. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduação em História**, n.14, p.25-39, 1997.
- PRANDONI, R.F.S.. **Loucura e complexidade na clínica do cotidiano**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- PROCIANOY, R.S.; GUINSBURG, R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. **J Pediatr.**, v. 81, 1 Supl:S1-S2, 2005.
- QUEIROZ, A. **Foucault: o paradoxo das passagens**. Rio de Janeiro: Pazulin. 1999.
- RAAD, A.J.; CRUZ; A.M.C.; NASCIMENTO; M.A. A realidade das mães numa unidade de terapia intensiva neonatal. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 2, p. 85-92, 2006.
- RAMOS, F.R.S.; PADILHA, M.I.C.S.; VARGAS, M.A.de O.; MANCIA, J.R. Foucault & enfermagem: arriscando a pensar de outros modos. **Revista Index Enfermeria**, v. 57, p.37-41, 2007.
- REIS, C.S.C. dos; et al.. Assistência humanizada ao recém-nascido. **Revista Enfermagem Atual**, ano 5, n.27, maio/jun., 2005.
- RIBEIRO, L.M.S.A. **Prematuro, quem é esse bebê?** As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão. 1991. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n.2, p.286-291, 2004.
- ROLIM, K.M.C.; PAGLIUCA, L.M.F.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n.3, p. 432-40, 2005.
- ROLIM, K.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Revista Latino-Am de Enfermagem**, v. 14, n.1, p. 85-92, 2006.
- SANTOS, D.M. et al. **Enfermagem/família/recém-nascido pré-termo: juntos na batalha pela vida**. 1999. (Trabalho de conclusão de curso de graduação em enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.
- SANTOS, M.L.S.C.dos. **A compaixão e suas vicissitudes na prática de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SCHIMDT, R.J. Memória(s) e Mito Político Reflexões Teóricas. In: LOPES, M. A. (Org.) **Espaços da memória: Fronteira**. Cascavel: EDUNIOESTE, 2000. p. 9-23.

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem**. 2000. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S. **A organização do trabalho e a prática de enfermagem em unidades neonatais de diferentes níveis de complexidade**. 1993. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

SCOCHI, C.G.S.; ANGERAMI, E.L.S.; ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.de. A organização do trabalho na assistência ao recém-nascido em berçários da regional de Ribeirão Preto-SP. Brasil - 1992. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 27-36, 1997.

SCOCHI, C.G.S.; COSTA, I.A.R.; YAMANAKA, N.M. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. **Acta Paul Enfermagem**, v.9, n. especial, p.96-101, 1996.

SCOCHI, C.G.S., et al. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, v.14, n.1, p.9-16, 2001.

SERRUYA, J.S.; CECATTI, J.G.; LAGO, T. di G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, R.S.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto e Contexto Enferm.**; v.14, n.4, p.585-593, 2005.

SILVEIRA, D.S.; SANTOS, I.S.; COSTA, J.S.D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad Saúde Pública**, v. 17, p. 131-9, 2001.

SILVERMAN, W.A. Incubator-baby side shows. **Pediatrics**, v. 64, n. 2, p. 127-141, 1979.

SOUZA, F. G. M. **Tecendo a Teia do Cuidado à Criança na Atenção Básica de Saúde: dos seus contornos ao encontro com a integralidade**, 2008 Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 385p., 1992.

_____. **A Voz do Passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2ª ed., 1998.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde – enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2004.

UNGERER, R. L. S.; MIRANDA, A. T. C. de. História de alojamento conjunto. **Jornal de Pediatr.**, v. 75, n. 1, p. 5-10, 1999.

VANDENBERG, K.A. Developmental care: it is working? **Neonatal Network**, v. 15, n.1, p.67-69, 1996.

VARGAS, M.A. de O. **Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva**. 2002. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2002.

VEIGA-NETO, A. Olhares. In: COSTA, M.V. (org) **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Mediação 1996.

VIEIRA, M.P.A.; PEIXOTO, M.R.C.; KHOURY, Y.M.A. **A Pesquisa histórica**. São Paulo: Ática, 1989.

WALDOW, V.R. Examinando o conhecimento na Enfermagem. In: MEYER, et al. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WENDHAUSEN, Á. **Micropoderes no cotidiano de em Conselho de saúde**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

WINNICOTT, D.W. **O bebê e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica** (Obstetric nursing). Trad. de Eurinilce Xavier de Lima et al. 7 ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

APÊNDICES



Apêndice I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Data/local de nascimento:

Procedência:

Formação na época e atual:

Área de atuação:

Período em que atuou na UTI neonatal:

1. Quando você começou atuar no cuidado ao recém-nascido?

Experiência em outras Instituições.

2. Como era desenvolvido o cuidado ao recém-nascido antes da implantação das UTINs?

Como era o ambiente onde os recém-nascidos ficavam internados?

Quais os profissionais que atuavam no cuidado?

Como eram as relações entre estes profissionais?

Como as famílias eram tratadas naquela época?

Qual a participação da família no cuidado?

Como eram as relações dos profissionais de saúde com as famílias?

3. Como se deu o processo de criação das UTINs? Descreva.

Quais os fatores motivadores da criação destas unidades? Quais as dificuldades?

Quem participou deste processo? Quem foram os líderes?

O que mudou positivamente e negativamente com a implantação das UTINs neonatais?

4. Na sua percepção como você classificaria qualitativamente o tipo de cuidado prestado nas UTINs desde a sua implantação até o presente?

5. Como você classificaria a relação entre a tecnologia para a sobrevivência do recém-nascido e o cuidado atento a este bebê?

6. Você lembra-se de mais alguma coisa que gostaria de contar? Conte alguns casos.

7. Você dispõe de algum objeto desta época, foto, carta, livro, cartões, documento ou outros objetos?

Endereço para contato:

Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao assinar este documento, estou dando meu consentimento para participar da pesquisa conduzida pela Enfermeira Roberta Costa, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, e orientada pela Prof. Dr^a Maria Itayra Padilha.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que irá focalizar as práticas e os saberes no cuidado ao recém-nascido em unidade de terapia intensiva. Esse estudo pretende colaborar na compreensão das práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, a partir da implantação das UTI neonatais, possibilitando reflexões sobre o cuidado no cenário passado e atual destas unidades.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de entrevistas e que a mesma somente utilizará as informações obtidas, para os propósitos da pesquisa.

Compreendo que serei entrevistada uma ou mais vezes, no local e nos horários que me forem mais favoráveis. Entendo, ainda, que a pesquisadora poderá entrar em contato comigo para mais informações, futuramente.

Sei que os dados obtidos serão gravados e transcritos. Serão garantidos: privacidade, sigilo de todas as informações; o nome do informante aparecerá se ele assinar este termo, assim como o uso de imagens fotográficas que possam contribuir com a pesquisa.

Minha participação na pesquisa é voluntária e posso negar-me a participar da mesma, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa. Também estou consciente de que posso deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Posso encontrar a pesquisadora, por telefone através do n^o (48) 8823-8025 ou e-mail robertanfr@hotmail.com.

Data

Assinatura

Apêndice III – Termo de Cessão da Entrevista

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CESSÃO DA ENTREVISTA

Eu, _____
estado civil, _____ portador da carteira de identidade n°
_____ declaro, para os devidos fins que cedo os direitos da
minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no trabalho de tese de
Doutorado da Enfermeira Roberta Costa, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições
de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada.

Abdico dos meus direitos, abdicação que alcança meus descendentes, subscrevo-me
atenciosamente.

Florianópolis, ___/___/_____.

ANEXOS

Anexo I – Recorte Jornal Diário Catarinense

Foto de Augusto Cruz/Florianópolis/DC



UTI do Infantil terá oito leitos à disposição de bebês de 0 a 28 dias

Hospital Infantil inaugura UTI

Florianópolis - Santa Catarina já tem sua primeira unidade de terapia intensiva (UTI) para crianças recém-nascidas. É no Hospital Infantil Joana de Gusmão, da Fundação Hospitalar do Estado, na Agrônômica, custou Cz\$ 8 milhões. São oito leitos à disposição de bebês de zero a 28 dias. A previsão é que, até o fim do ano, sejam atendidas cerca de 800 crianças.

Para o diretor do hospital, Carlos Alberto da Silva Júnior, a UTI vai diminuir ainda mais o

índice de mortalidade infantil no Estado, que hoje já é um dos mais baixos do País. Antes da instalação da UTI especial, os recém-nascidos com problemas eram atendidos nas próprias maternidades, em circunstâncias precárias. "Agora contamos com um sistema sofisticado para atender casos graves". O equipamento básico é fabricado no Brasil. Apenas os respiradores são importados.

O atendimento será

ampliado. Já existe um projeto para instalar outra UTI na Maternidade Carmela Dutra. Enquanto outras unidades não entram em operação, a equipe de Carlos Alberto vai elaborar um esquema de divulgação e orientação aos médicos do interior. "É necessário que os profissionais mantenham um contato prévio com a equipe responsável pela UTI Neonatal, em caso de necessidade," alerta o neonatologista Airson Camilo Stein, responsável pela unidade.

Anexo II – Aprovação do manuscrito - REEUSP



Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel (55 11) 3061-7553 - E-mail: recusp@usp.br
Site: www.ee.usp.br/recusp
São Paulo – SP – Brasil

Of. CEEd. 48/09
/fms

São Paulo, 13 de Março de 2009.

Prezados Autores

Acusamos o recebimento do manuscrito intitulado “**Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI neonatal - uma contribuição da enfermagem brasileira**”, em 25/07/2008, classificado como Artigo Original, com 14 páginas, protocolado sob o n.º 149/08.

Declaramos que o manuscrito foi apreciado pelo Conselho de Editores da REEUSP e aprovado em 11/03/2009, aguardando em lista de espera para publicação.

Como é do conhecimento de V. S^a. a REEUSP está sendo editada na língua inglesa, desde setembro de 2008, sendo que o custo da tradução é de responsabilidade dos autores.

Solicitamos que aguarde contato, em época oportuna, quando será informado o volume e número (fascículo) em que seu manuscrito será publicado bem como, o da empresa responsável pela versão.

Atenciosamente,


Arlete de Oliveira Batista
N. Func. 2427858
Especialista de Laboratório em Revista

Ilmos. Srs.
Roberta Costa
Maria Itayra Padilha
Marisa Monticelli

Anexo III – Parecer do Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO *Nº 217*

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 242/08 FR- 217903
TÍTULO: “Saberes e praticas no cuidado ao recém-nascido na década de 80 em Florianópolis”.
AUTORES: Maria Itayra Padilha e Roberta Costa.
DPTO.: Pós- graduação /UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de setembro de 2008.



Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza

Anexo IV – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – HIJG



Hospital Infantil Joana de Gusmão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER Nº 086/2008

NOME DO PROJETO: Saberes e práticas no cuidado ao RN na década de 80 em Florianópolis	
PESQUISADOR: Roberta Costa	
ORIENTADOR: Maria Itayra Padilha	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 02/12/2008	REGISTRO NO CEP: 062/2008
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III - Ciências da Saúde - Enfermagem	

DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	OK
2.PROJETO DE PESQUISA	OK
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	NÃO APRESENTOU
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	OK
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	OK
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	OK
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	OK
8. SUMÁRIO DO PROJETO	OK
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	OK
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	OK
Comentários: Solicitamos anexar o currículo do pesquisador.	

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agronômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: cep@hijg.saude.sc.gov.br

OBJETIVO

Compreender como se deram as práticas de cuidado ao recém-nascido e sua família, a partir da implantação das UTINs em Florianópolis, possibilitando reflexões sobre o cuidado no cenário passado e atual destas unidades.

SUMÁRIO DO PROJETO

Buscar, a partir do discurso dos profissionais de saúde de Florianópolis, na década de 80, de que forma era realizado o cuidado ao recém nascido e discutir como os saberes instituídos, durante este processo estão presentes em nosso cotidiano, nas relações e processo de trabalho.

JUSTIFICATIVA

Em Florianópolis, as UTINs surgiram na década de 80, pouco ou quase nada existe registrado em relação a esse processo. Como não encontrei artigos ou livros sobre a implantação destas UTIS em Florianópolis e por ouvir relatos de alguns profissionais sobre como era prestado o cuidado nestas unidades senti-me instigada a desenvolver este projeto

METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO – Pesquisa sócio-histórica de caráter qualitativo.
2. CÁLCULO E TAMANHO DA AMOSTRA – Por conveniência
3. PARTICIPANTES DE GRUPOS ESPECIAIS – não se aplica
4. RECRUTAMENTO – profissionais de saúde que atuavam na UTINs na década de 80 e análise documental
5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO / EXCLUSÃO – não descritos
6. PONDERAÇÃO ENTRE RISCOS – BENEFÍCIOS – a pesquisa não implica em riscos físicos aos participantes
7. USO DE PLACEBO OU WASH-OUT - não se aplica
8. MONITORAMENTO E SEGURANÇA DOS DADOS - Adequado

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: hiijg@ufma.br

09.AVALIAÇÃO DOS DADOS – à luz do preconizado pela metodologia qualitativa

10.PRIVACIDADE E CONFIDENCIALIDADE - Adequadas

11.PREOCUPAÇÃO COM OS ASPECTOS ÉTICOS - Sim

12.CRONOGRAMA - Adequado

13. PROTOCOLO DE PESQUISA - Adequado

14.ORÇAMENTO - Adequado

Comentários: A pesquisa proposta poderá colaborar para a documentação das práticas e saberes realizadas pelos profissionais de saúde que atuam nas UTINs e também poderá propiciar reflexões para possíveis mudanças na atuação dos profissionais citados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE) - Adequado

PARECER FINAL

APROVADO

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 02/12/2008.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No site: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para JUNHO DE 2009.


JUCÉLIA MARIA GUEDERT

Jucélia Maria Guedert
Coordenadora do CEP-HIJG

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005 e renovado em 14 de fevereiro de 2008.

e-mail: cephiijg@saude.sc.gov.br

Anexo V – Recorte Jornal Diário Catarinense

2008: Enfim, a tão sonhada nova área física da UTI neonatal – instituindo um novo espaço para o cuidado ao recém-nascido. Alguns profissionais permanecem desde o início desta história, outros passaram e já não estão presentes nesta unidade, mas com certeza deixaram sua marca, outros ainda estão chegando constituindo assim a nova equipe neonatal. Os saberes e práticas instituídos ao longo desta história permanecem presentes, entretanto aos poucos abrem brechas a novas configurações de saberes-poderes.

Saúde

Inaugurada unidade de UTI neonatal

A nova Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em Florianópolis, foi inaugurada na manhã de ontem. O número de leitos é duas vezes maior do que o atual, podendo atender 10 crianças.



Nova unidade do Hospital Joana de Gusmão terá sua capacidade duplicada

A UTI do Joana de Gusmão atende cerca de 50 crianças por mês.

– Tínhamos que negar crianças por falta de espaço – lembrou o diretor do hospital, Maurício Laerte.

Para atender às exigências da Vigilância Sanitária, o número de servidores na UTI também aumentará de 18 para 37.

A construção da UTI só foi possível graças ao dinheiro arrecadado pela Associação de Voluntários de Saúde do hospital. Os R\$ 400 mil foram conseguidos com a venda de mercadorias doadas pela Receita Federal no Bazar do Bem.

De acordo com o diretor do hospital, o governo do Estado também investirá R\$ 2,5 milhões na compra de equipamentos e na contratação de funcionários.

A área da antiga UTI neonatal será aproveitada para a ampliação da UTI geral, que passará de oito para 20 leitos. A Secretaria de Estado da Saúde está na fase de licitação de projetos complementares.

Durante a inauguração também foi assinado um termo de convênio para a construção da Casa de Apoio, no valor de R\$ 700 mil. O abrigo para os pais das crianças internadas começará a ser construído em 2009, num terreno localizado ao lado do antigo abrigo, em frente ao hospital. (L.A)

Fonte: Diário Catarinense, 09 de dezembro de 2008.