

A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL POSSIBILITANDO NOVAS PRÁTICAS NO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO^a

Roberta COSTA^b, Maria Itayra PADILHA^c

RESUMO

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. O objetivo é compreender como se instituíram as práticas de cuidado ao recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) 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 UTIN. Para análise dos dados utilizamos o método genealógico proposto por Foucault. Identificamos quatro agrupamentos discursivos: 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 resultou numa redução da morbi-mortalidade neonatal e na aquisição do conhecimento científico. Os discursos dos profissionais de saúde revelam que, desde os primórdios da UTIN, já havia uma preocupação com o cuidado sensível, humanizado e individualizado ao recém-nascido.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-nascido. Neonatologia. Cuidado da criança.

RESUMEN

Investigación cualitativa, con abordaje socio-histórica, objetivo comprender como se instituyeron las prácticas de cuidado al recién nacido en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) en Florianópolis, Brasil, 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 UTIN. Para análisis de los datos fue utilizado el método genealógico propuesto por Foucault. Identificamos 4 formaciones discursivas: 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 para cuidado del recién nacido 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 UTIN, existía preocupación con el cuidado sensible, humanizado e individualizado al recién nacido.

Descriptores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recién nacido. Neonatología. Cuidado del Niño.

Título: La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal posibilitando nuevas prácticas en el cuidado al recién nacido.

ABSTRACT

This is a qualitative research with a socio-historical approach. It aims to understand how practices of care to the newborn were established in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) in Florianopolis, Brazil, in the 1980's. The study's context was the Child's Hospital Joana de Gusmão. Interviewed for this research were health professionals that had a role in the NICU implementation. The analysis of the data was performed using Foucault's genealogical method. Four discursive groups were identified: Many children had gains with that; We learned how to care for newborns; A more scientific view of care was lacking; Sensible, humanized and individualized care. The establishment of a specific unit directed to newborns resulted in a reduction in neonatal morbimortality and in the acquisition of scientific knowledge. The health professionals' speeches show that, since the beginning of the NICU, there was a concern with the sensible, humanized and individualized care of the newborn.

Descriptors: Intensive care units, neonatal. Infant, newborn. Neonatology. Child care.

Title: Neonatal Intensive Care Units make new practices possible in the care of newborns.

^a Artigo extraído da tese de Doutorado defendida em 2009 no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

^b Doutora em Enfermagem, Coordenadora da Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^c Doutora em Enfermagem, Professora Associada do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação da UFSC, Pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

A preocupação com a assistência ao recém-nascido na área da saúde surgiu como um prolongamento da obstetrícia. 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⁾.

Aos poucos, a preocupação exclusiva com a sobrevivência, foi se expandindo de modo a considerar não somente os aspectos biológicos e mensuráveis, mas também a qualidade de vida. As transformações no processo de trabalho visaram não só atender a necessidade social de diminuição da morbi-mortalidade, mas também, assegurar uma sobrevida 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).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) configura-se como um lócus de produção de saber e constitui-se em ambiente terapêutico apropriado para tratamento de recém-nascidos de risco, sendo considerada de alta complexidade⁽³⁾. A incorporação de novas tecnologias, a necessidade de diferentes categorias profissionais, a presença cada vez mais frequente 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⁾.

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 (2004), ainda é de 6%, enquanto nos Estados Unidos (2005) é de 11%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil (2005), a prevalência de prematuros é de aproximadamente 7%⁽⁵⁾. Diante deste contexto, a redução da mortalidade neonatal é um desafio mundial. A literatura atual reforça a idéia de que existe uma “tendência mundial à humanização da medicina de alta tecnologia”^(1-4,6). 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 sobrevida de bebês organicamente sadios, 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/MS⁽⁷⁾, que visa o estabelecimento de uma contínua adequação tanto na abordagem técnica quanto das práticas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à melhoria na atenção aos prematuros, envolvendo a família.

Em Santa Catarina, a partir da década de 1980, foram instaladas algumas UTINs em diferentes regiões do Estado, procurando descentralizar o atendimento especializado ao recém-nascido. 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). Entretanto, oficialmente a UTIN surgiu na cidade na década de 1980, sendo que a primeira unidade foi instalada no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG)⁽⁸⁾.

A UTIN do HIJG foi inaugurada em 1987, por entender que muitos dos saberes e práticas instituídas no cuidado ao recém-nascido de 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 UTIN em Florianópolis, na década de 1980, a partir do discurso dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, com abordagem sócio-histórica. Neste estudo, adotamos os princípios da Nova história, uma história para o tempo presente, que nos lança a conhecer e compreender uma história-problema⁽⁹⁾. Optamos por realizar esta investigação no HIJG, por ser este o Hospital de referência para o atendimento de crianças e recém-nascidos de risco do estado de Santa Catarina e local onde foi implantada a primeira UTIN de Florianópolis, Santa Catarina.

Para coleta de dados utilizamos a história oral, realizando entrevistas com os profissionais de saúde.

de que participaram do processo de implantação desta unidade. 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. 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.

Para análise dos dados foi utilizado o método genealógico proposto por Foucault. A genealogia seria o estudo das formas de poder: “[...] na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade [...]”⁽¹¹⁾. A análise foi realizada inicialmente a partir das transcrições das entrevistas e posterior leitura atenta, onde buscamos extrair os enunciados, tentando conferir-lhes de imediato uma sistematização provisória. Após compilação de todas as entrevistas, agrupamos os enunciados em formações discursivas provisórias. Construir um panorama geral ajudou-nos a orientar a re-leitura das entrevistas, possibilitando novas reconfigurações. 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 discursivos, dando-lhes significados a partir do referencial foucaultiano.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob protocolo nº 242/08, folha de rosto 217903, e pelo Comitê de Ética do HJG 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 possibilitou conhecer como se instituíram às práticas de cuidado ao recém-nascido em UTIN. Emergiram assim, quatro agrupamentos: Muita criança saiu ganhando com isso; A gente aprendeu a cuidar do recém-nascido, cuidando; Faltava um olhar mais cientí-

fico para a assistência e; Cuidado sensível, humanizado e individualizado.

Muita criança saiu ganhando com isso

O conhecimento de aspectos fisiológicos desses bebês direcionou as práticas de atenção a este segmento populacional. Percebemos 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.

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 saíam pouquíssimos! Na neo sai a maioria. Outra doença que morria 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 infravermelho, 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 (E1).

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, fototerapia ... 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, reforçando a importância do saber especializado.

Percebemos 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⁾. Neste sentido, as práticas de cuidado na UTIN 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⁽¹⁴⁾. O saber clínico se estrutura e organiza o espaço, as relações e o fazer na UTIN, orientando 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.

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 da UTIN.

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

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

Os depoimentos evidenciam que quando abriu a UTIN, os profissionais de saúde não detinham um saber/fazer específico, 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 se buscou 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 enfer-

meiras é generalista, o que em nossa opinião contribuiu para esta aparente falta de preparo e habilidade dos profissionais 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 se instituiu 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 especializadas, 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 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 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⁽¹⁵⁾.

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, produzindo certo consenso sobre algo. 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⁾.

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 UTIN 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).

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. Não que a gente não soubesse o que estava fazendo, mas talvez faltasse um pouco de embasamento teórico, leitura (E1).

Os depoimentos apontam para uma evolução do conhecimento, caracterizando que a partir da implantação da UTIN 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 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⁾.

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 Pro-

fissional, 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”⁽¹⁷⁾. Sob esse contexto, partimos 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 UTIN.

[...] a gente tentou fazer uma sistematização da assistência de enfermagem, de fazer tudo direitinho, mas aí foi se perdendo. Porque como que tu consegue 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).

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)

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 neona-

tologia, que reconhece o desequilíbrio flagrante entre o declínio da mortalidade e o aumento da morbidade dos recém-nascidos prematuros e de baixo peso⁽¹⁸⁾. 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 Obstetria quanto da Neonatologia. A Medicina voltou-se para outras problemáticas, como: a relação mãe-filho, estendida a seguir para o relacionamento pais-filho; a organização de um ambiente favorável ao desenvolvimento integral do indivíduo.

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 de 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 na destreza do profissional.

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).

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).

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 apli-

cação de um procedimento técnico, a fim de cumprir com um objetivo mecanicista⁽¹⁹⁾.

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

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).

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 (M3).

Na UTIN, os profissionais de saúde precisavam ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, adquirir um conhecimento técnico-científico para um cuidado adequado, discernindo o fazer e como fazer, enxergando mais além do que os olhos vêem, dialogando, tocando, sabendo ouvir e percebendo a linguagem não-verbal dos bebês. Portanto, percebemos que, nesse ambiente, os profissionais necessitavam ser motivados e sensibilizados para o cuidado amoroso ao bebê, deveriam cultivar o envolvimento, a flexibilidade e a singularidade para olhar as situações, buscando uma relação harmônica onde ambos possam juntos estimulando e sendo estimulados na busca do bem-estar⁽¹⁸⁾. Esta demanda colocava em cheque o saber biomédico no qual se assentava as práticas na UTIN. Este fator pode ser decisivo para o delineamento de novos saberes e novas práticas.

CONCLUSÕES

Com este estudo, podemos inferir que a implantação de uma unidade específica para o cuidado do recém-nascido de risco contribuiu para uma 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.

Entretanto, os discursos dos profissionais de saúde revelam que desde o início da implantação da UTIN, já havia indícios da importância do cuidado sensível, humanizado e individualizado. Os profissionais de saúde neonatal foram levados a ter a dimensão da importância referente à agilidade e destreza para realizar procedimentos, somado ao conhecimento técnico-científico para discernir o fazer e como fazer, procurando particularizar as práticas de cuidado a cada recém-nascido e família.

Verifica-se, ao longo do tempo, a necessidade de transformações no processo de trabalho nas UTINs, 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 [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.
- 2 Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(3):469-76.
- 3 Costa R. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
- 4 Costa R, Monticelli M. O Método Mãe-Canguru sob o olhar problematizador de uma equipe neonatal. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):578-82.
- 5 Araujo DMR, Pereira NL, Kac G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. Cad Saúde Pública. 2007;23(4):747-56.
- 6 Pedron CD, Bonilha ALL. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2008 [citado 2010 jul 25];29(4):612-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7633/4688>.
- 7 Ministério da Saúde (BR), 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 (DF); 2011.
- 8 Costa R, Padilha MI. O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). Texto Contexto Enferm. 2010; 19(3):469-78.
- 9 Le Goff J, organizador. A história nova. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
- 10 Meihy JCSB. Manual de história oral. 2ª ed. São Paulo: 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. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 13 Foucault M. Microfísica do poder. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1982.
- 14 Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios: das coisas que se ensinam às enfermeiras [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
- 15 Kakehashi, TY. A situação atual da Enfermagem Neonatológica e suas tendências para o futuro. Acta Paul Enferm. 1996;9(n esp):17-22.
- 16 Dagmar EEM. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. Rev Bras Enferm. 2006;59 (1):95-9.
- 17 Ministério do Trabalho (BR). Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília (DF); 1986.

- 18 Symington A, Pinelli J. Developmental care for promoting development and preventing morbidity in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD001814.
- 19 Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm. 2007;60(5):546-51.

Endereço da autora / Dirección del autor / Author's address:

Roberta Costa
Rua Capitão Euclides de Castro, 371, ap. 203,
Coqueiros
88080-010, Florianópolis, SC
E-mail: robertanfr@hotmail.com

Recebido em: 28/02/2011
Aprovado em: 31/05/2011
