



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO -UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE -CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

CLAUDIA MARIA ALEXANDRE DO CARMO

**O DESPERTAR DE UMA ESPECIALIDADE
A ENFERMEIRA NA HISTÓRIA DA NEONATOLOGIA DO
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

1985 - 1998

RIO DE JANEIRO / 2010

CLAUDIA MARIA ALEXANDRE DO CARMO

**O DESPERTAR DE UMA ESPECIALIDADE
A ENFERMEIRA NA HISTÓRIA DA NEONATOLOGIA DO
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA**

1985 - 1998

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Almerinda Moreira

RIO DE JANEIRO

2010

Carmo, Claudia Maria Alexandre do.
C287 O despertar de uma especialidade : a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes Figueira / Claudia Maria Alexandre do Carmo, 2010.
114f.

Orientador: Almerinda Moreira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Instituto Fernandes Figueira. 2. Enfermagem neonatal. 3. Enfermagem - História. 4. Enfermagem – Formação profissional. I. Moreira, Almerinda. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.9201

CLAUDIA MARIA ALEXANDRE DO CARMO

**O DESPERTAR DE UMA ESPECIALIDADE
A ENFERMEIRA NA HISTÓRIA DA NEONATOLOGIA DO INSTITUTO
FERNANDES FIGUEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Almerinda Moreira

Presidente

Prof^o Dr^o. Osnir Claudiano da Silva Jr

1^o examinador

Prof^o Dr^o Wellington Mendonça de Amorim

2^o examinador

Prof^a. Dr^a. Katia Sidrônio

Suplente

Prof^o Dr^o Fernando Porto

Suplente

Dedicatória

Não foi fácil chegar até aqui, exigiu esforço, dedicação, superação, mas, sobretudo precisei muito da compreensão das três pessoas mais importantes da minha vida.

Dedico esta dissertação aos meus três amores, o meu marido **André Gomes** e os meus dois filhos **Alexia e Thales** que apesar de por diversas vezes terem que esperar pacientemente, pela minha companhia e atenção, sempre demonstraram orgulho e compreensão pelo meu trabalho, me incentivando nos momentos mais difíceis desta jornada.

Amo vocês...

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente à minha **orientadora Prof.**

Almerinda Moreira pela sua competência e compreensão durante o desenvolver deste trabalho. A ela ofereço essas palavras na tentativa de agradecer o apoio e incentivo dispensado a mim em todos os momentos, ajudando-me na difícil arte de fazer com que os sonhos brotem e se transformem em uma bela realidade.

Depois de uma longa espera consegui, finalmente, plantar o meu jardim. Tive de esperar muito tempo porque jardins precisam de terra para existir.

Mas a terra eu não tinha. De meu, eu só tinha o sonho. Sei que é nos sonhos que os jardins existem, antes de existirem do lado de fora.

Um jardim é um sonho que virou realidade, revelação de nossa verdade interior escondida, a alma nua se oferecendo ao deleite dos outros, sem vergonha alguma... Mas os sonhos, sendo coisas belas, são coisas fracas. Sozinhos, eles nada podem fazer; pássaros sem asas...

São como as canções, que nada são até que alguém as cante; como as sementes, dentro dos pacotinhos, a espera de alguém que as liberte e as plante na terra.
(Rubens Alves)

Muitas pessoas ajudaram a concluir este trabalho, a estes construtores de sonhos meus sinceros agradecimentos...

A minha família... Pelo amor que dedicam à mim.

Ao meu tio Silvio Alexandre... Pelo carinho, orientação e pelas palavras de incentivo!

As amigas **Mariana Castoldi e Mariana Lavrado...** Pela paciência e carinho durante a pesquisa.

A minha chefe e amiga Karla Araújo... Pelo apoio, grande ajuda e paciência

A toda equipe do IFF... Que merecem todo o carinho pela bela história de luta e realizações do grupo.

Aos meus recentes amigos da LAPHE... Pela grande bagagem de conhecimento que eu adquiri durante os encontros do laboratório e a enorme colaboração que eu recebi no decorrer da minha pesquisa.

Aos depoentes deste trabalho... Que me receberam com carinho e deram alma e cara a construção da história desta pesquisa.

“Uma instituição não tem cara e não tem alma. Tem história, mas não tem histórias. Cara e histórias têm as pessoas que trabalham na instituição, que são também os que lhe fornecem a alma!”

Luís Fernando Veríssimo

RESUMO

Carmo, Claudia Maria Alexandre. **O despertar de uma especialidade: a enfermeira na história da neonatologia do Instituto Fernandes Figueira (1985-1998)**. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Trata-se de um estudo de cunho histórico-social e de abordagem qualitativa que objetivou: Analisar a rede que compôs o contexto histórico da trajetória de construção do conhecimento especializado das enfermeiras neonatologistas do Instituto Fernandes Figueira - IFF e; Discutir a translação de interesses que envolveu esta trajetória. Seu recorte temporal compreende o ano de 1985 à 1998 definindo como marco inicial a realização do primeiro curso de treinamento para enfermeiras no departamento de neonatologia e como marco final do estudo a criação do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal do IFF. Para desenvolver o estudo seguimos a premissa da análise de conteúdo, do tipo temático, proposta por Bardin, tendo como fontes documentos, memorandos, ofícios, artigos, literatura e teses, que possibilitaram a percepção dos acontecimentos, clareando o panorama no qual está inserido o objeto deste estudo. Para a análise e compreensão do estudo utilizamos os fundamentos da Teoria Ator Rede de Bruino Latour. **Resultado:** A trajetória da construção do conhecimento especializado da enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira é composta por uma rede de atores heterogêneos, onde elementos políticos, econômicos, sociais, técnicos, institucionais e profissionais são justapostos e então “traduzidos” em articulações que contribuíram para o crescimento profissional do enfermeiro, dinamizando o conhecimento específico e desencadeando mudanças na sua forma de ver e atuar no cuidado. Concluiu-se que as condições históricas das décadas de 1980 e 1990 impuseram a enfermagem mudanças significativas no seu processo de trabalho e qualificação profissional. O fenômeno da especialização representou para este grupo de enfermeiras a afirmação de seu status profissional, sua inserção política na Instituição e o seu reconhecimento social. Os resultados da pesquisa apontam para a simultaneidade das influências externalistas e internalistas do processo de especialização determinando que não apenas o domínio do conhecimento leva ao sucesso profissional, há que se considerar a soberania do social nas análises históricas das profissões.

Descritores: Neonatologia, Especialização em enfermagem, Historia da enfermagem

ABSTRACT

Carmo, Claudia Maria Alexandre. **Awakening of a specialty: the nurse in the history of Neonatology at the Instituto Fernandes Figueira (1985-1998)**. Dissertation. (Masters degree in Nursing)-School of Nursing Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

This is an socio-historical and qualitative approach which aimed to: Analyze your network who composed the historical context of the path of knowledge building specialized neonatologist nurses of Instituto Fernandes Figueira -IFF and; Discuss translation of interests involving this trajectory. Its temporal clipping comprises 1985 to 1998 setting as the first training course for nurses in the Department of Neonatology and as the creation of the specialization course in Neonatal Nursing of IFF. To develop the study followed the premise of content analysis, thematic, type proposed by Bardin, having as sources documents, memos, letters, articles, literature and theses behind the perception of events by lightening the panorama in which is inserted into the object of this study. For the analysis and understanding of the study we use fundamentals of the Actor network theory of Bruino Latour. **Result:** The trajectory of the construction of neonatal nursing expertise of Instituto Fernandes Figueira is comprised of a heterogeneous network of actors, where elements political, economic, social, technical, institutional and professional are juxtaposed and then "translated" on joints that contributed to the professional growth of nurse, streamlining the specific knowledge and triggering changes in the way they see and act on care. It was concluded that historical conditions of 1980s and 1990s have nursing significant changes in their work and professional qualification. The phenomenon of expertise represented for this group of nurses affirmation of your professional status, their integration policy in the institution and its social recognition search results point for simultaneous outside and inside influences specialization process than just the domain of knowledge leads to professional success, we consider social sovereignty in historical analyses of occupations.

Describers: neonatology, specialized professional. and nurses history.

SUMÁRIO

| | Pág. |
|--|-------------|
| Lista de Abreviaturas e Siglas..... | xiii |
| Lista de Figuras..... | xv |
| Lista de tabelas..... | xvi |
| Lista de Fontes Primárias..... | xvii |
| I – Considerações iniciais..... | 20 |
| 1.1 Objeto de Estudo..... | 20 |
| 1.2 Justificativa de relevância..... | 21 |
| 1.3 Objetivos..... | 22 |
| II - Referencial teórico-metodológico..... | 24 |
| III – Caminhos do Estudo..... | 31 |
| IV – Capítulo 1: Tecendo a Rede | |
| 4.1- Instituto Fernandes Figueira –história..... | 39 |
| 4.2- Origem e desenvolvimento da neonatologia..... | 42 |
| 4.3- A Unidade Intensiva Neonatal - UTIN e a especialização da enfermagem neonatal..... | 45 |
| V – Capítulo 2: A Rede | |
| 5.1 – Identificando os atores..... | 56 |
| 5.2 – O conhecimento especializado da enfermagem neonatal do Instituto Fernades Figueira..... | 78 |

| | |
|---|------------|
| 5.3 – O surgimento dos cursos de especialização da enfermagem neonatal do IFF..... | 84 |
| VI – Capítulo 3: Em Pauta a Translação..... | 95 |
| VII – Considerações Finais..... | 100 |
| VII – Referências Bibliográficas..... | 104 |
| VIII – Apêndice..... | 112 |

LISTAGEM DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| BB | Banco do Brasil |
| BAR | Berçário de Alto risco |
| BI | Berçário intermediário |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior |
| CNE | Conselho Nacional de Educação |
| CES | Câmara de Educação Superior |
| CONEP | Conselho Nacional de Ética em Pesquisa |
| CLT | Consolidação das Leis do Trabalho |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FIPEC | Fundo de Incentivo à Pesquisa Científica |
| IFF | Instituto Fernandes Figueira |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PAP | Programa de Aperfeiçoamento Profissional |
| PUC- RS | Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul |
| RN | Recem Nascido |
| SUS | Sistema Unico de Saúde |
| TAR | Teoria Ator Rede |
| UFRS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UNICAMP | Universidade Estadual de Campinas |

| | |
|---------|--|
| UNICEF | Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |
| UTIN | Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal |
| USP-SP | Universidade de São Paulo – São Paulo |
| USP-RP | Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto |

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Hotel Sete de Setembro, depois Escola Ana Nery. Ao lado direito nos fundos a estrutura que seria utilizada para a abertura do Abrigo Hospital Arthur Bernardes.

Fonte: A escola de Enfermagem Ana Nery sua História Nossas Memórias.

FIGURA 2: Exposição Pan Americana de bebês em incubadoras 1901.

Fonte:

Neonatology on the web.

FIGURA 3: Foto de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

LISTA DE TABELAS

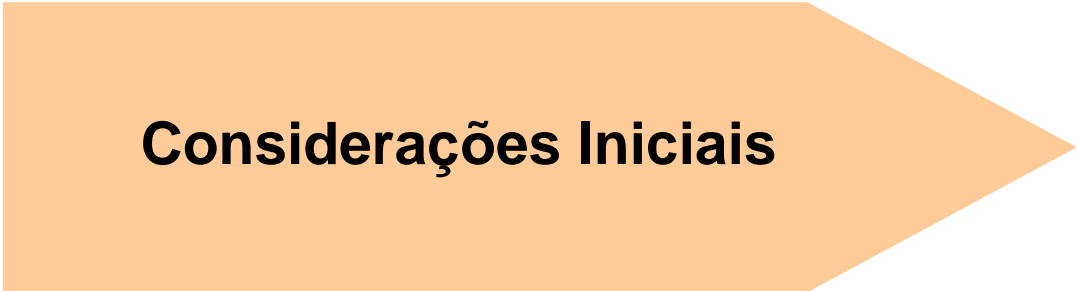
| | |
|---|----|
| TABELA 1: Taxa de mortalidade infantil no Brasil - 1980/1996... | 45 |
| TABELA 2: Taxas de mortalidade neonatal (/1.000 NV) segundo grupos etários 1979-1981 e 1990-1992..... | 46 |

LISTAGEM DE FONTES PRIMÁRIAS

Documentos Escritos:

- PORTARIA Nº 745 DE 22 DE Dezembro de 2005 (Localizado no MS)
- Ofício nº 202/MS DE 28 DE JULHO DE 1999 (Localizado no MS)
- Documento de aprovação do projeto 1984 “MORBI MORTALIDADE NEONATAL NO RIO DE JANEIRO” (Localizado nos Arquivos do Departamento de Neonatologia)
- Manuscrito 1984 carta do presidente da FIOCRUZ (Localizado nos Arquivos do Departamento de Neonatologia)
- Ofício nº 099/84 - SUPLAN Aprovação da verba para o projeto 1984 “MORBI MORTALIDADE NEONATAL NO RIO DE JANEIRO” (Localizado nos Arquivos do Departamento de Neonatologia)
- Ofício nº 448/84 - Abertura do curso de aperfeiçoamento para a enfermagem (Localizado nos Arquivos do Departamento de Neonatologia)

- Declaração Certificado de conclusão do 1º Curso de Assistência de enfermagem em neonatologia 1985 (Localizado nos Arquivos pessoais de funcionários)
- Livro com as Assinaturas de presença em cursos neonatais (Localizado nos Arquivos do Departamento de Ensino do IFF)
- Documentos da abertura da primeira residência de enfermagem 1978 (Localizado nos Arquivos do Departamento de Estudos do IFF)
- Lista dos primeiros residentes de enfermagem 1978 (Localizado nos Arquivos do Departamento de Estudos do IFF)
- Documentos do Curso de especialização enfermagem neonatal 1997/ 1998 (Localizado nos Arquivos da chefia de enfermagem do Departamento de Neonatologia IFF)
- Documento acervo chefia enfermagem neonatal Lista das enfermeiras inscritas no 1º curso (Localizado nos Arquivos da chefia de enfermagem do Departamento de Neonatologia IFF)
- Recortes jornalísticos Matéria sobre a abertura e ampliação da UTIN 1984 (Localizado nos Arquivos do Departamento de Neonatologia IFF)



Considerações Iniciais

Considerações Iniciais

Esta pesquisa apresenta como objeto de estudo a trajetória de construção da rede do conhecimento especializado das enfermeiras neonatologistas do Instituto Fernandes Figueira - IFF¹.

A escolha desse grupo específico de enfermeiras como sujeito do estudo deve-se à representação histórica que o Instituto tem na área pediátrica, na formação de novos profissionais e no desenvolvimento da saúde neonatal no Brasil.

O saber dessas enfermeiras, estruturado na experiência do cuidado, conferiu ao grupo um *status* profissional legitimado em sua atuação e em sua inserção em projetos nacionais e internacionais de assistência neonatal, caracterizando-as como importantes multiplicadoras do conhecimento neonatal.

O recorte temporal foi estabelecido com base em marcos do desenvolvimento profissional das enfermeiras neonatologistas do IFF, marcando uma trajetória de construção do conhecimento que vai do saber utilitarista ao saber especializado. Dessa maneira, o ano de 1985 foi definido como marco inicial por ser o ano em que foi realizado o primeiro Curso de Treinamento para Enfermeiros no Departamento de Neonatologia do IFF, possibilitado pelas bolsas do Programa de Aperfeiçoamento Profissional da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O ano de 1998 foi o marco final do estudo com a criação do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal do IFF.

Na década de 1980, as proposições políticas sociais brasileiras possibilitaram os primeiros debates sobre a segurança e a efetividade do cuidado materno infantil. Neste período as taxas de morbimortalidade perinatal

¹ IFF - Instituto Fernandes Figueira / Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ / +55 21 2554-1700 / www.iff.fiocruz.br

eram extremamente elevadas em nosso país e o governo brasileiro para enfrentar a situação criou novos serviços e expandiu os já existentes, buscando se organizar para prestar um atendimento integral a esta fração populacional.

O aumento do interesse político por este tema ocorreu principalmente devido ao fato de que a mortalidade perinatal passou a ser valorizada como um forte indicador de saúde para análise das condições de vida de uma dada população, uma vez que ela reflete as condições sociais de um país (AQUINO, 1997).

Com a intenção de melhorar estas taxas em nosso país, o governo passou a desenvolver um conjunto de ações e serviços curativos, preventivos, individuais e coletivos que acabaram culminando no Programa Nacional à Saúde da Mulher (PAISM) lançado pelo Ministério da Saúde em 1983 (BRASIL, 1990).

Esta proposição trouxe contornos mais amplos do que os formulados oficialmente pelo governo federal para a área neonatal e se traduziu na ampliação da assistência, no aumento do investimento na pesquisa clínica e tecnológica e no processo de especialização dos profissionais da área.

As exigências da área neonatal trouxeram para a enfermagem o desafio de construir o conhecimento específico tendo como base o conhecimento fundamental. Foi preciso investir, ampliar e construir muitos dos seus saberes para transformar o profissional de enfermagem em um especialista na área neonatal, reconhecido como peça importante para o alcance de um cuidado neonatal qualificado.

O desenvolvimento do conhecimento especializado da enfermagem representa uma preocupação que se reflete na área acadêmica, em trabalhos que visam à identificação das condições que foram essenciais para a construção do saber da enfermagem, mostrando-o como um processo em constante movimento, um fenômeno histórico que faz convite à abertura para novas reflexões, propostas e atitudes.

A **relevância** deste estudo está em sua contribuição para o enriquecimento da história da construção do saber da enfermagem e na identificação de novos elementos, possibilitando a reflexão sobre a formação de especialistas nessa e

em outras áreas, aspecto que marca a enfermagem como profissão no final do século XX.

As questões centrais estão focadas na identificação da rede que compôs a construção do conhecimento especializado da enfermagem neonatal no IFF e os seus reflexos no processo de profissionalização da enfermagem.

A pesquisa dessa trajetória justifica-se por ser esta uma forma de reflexão geral sobre o atual momento da enfermagem neonatal e por possibilitar o resgate dos valores que formaram esta especialidade, colaborando através do fornecimento de dados sobre o envolvimento sócio-político para a transformação do papel social da categoria e para a construção da identidade da enfermagem brasileira, além de contribuir com a construção da memória histórica do Instituto.

A identificação dos aspectos que marcaram o percurso desta história serve como base para abrir novas reflexões sobre o contexto da profissionalização da enfermagem em outras localidades geográficas do Brasil. A revisão do passado permite a ampliação da perspectiva de uma enfermagem estruturada e adaptada à globalização da saúde.

1.2. Objetivos.

Com base nos argumentos descritos, os objetivos do estudo são:

1. Descrever de forma analítica a rede que compôs o contexto histórico da trajetória de construção do conhecimento especializado das enfermeiras neonatologistas do IFF.
2. Discutir a translação² de interesses que envolveram a trajetória de construção do conhecimento especializado das enfermeiras neonatologistas do IFF.

² Bruno Latour (2001) entende a translação como desdobramentos por entre os atores, cuja mediação é indispensável à ocorrência de qualquer ação, as cadeias de translação referem-se ao trabalho de articulação graças ao qual os atores modificam e deslocam seus vários e contraditórios interesses.



Referencial
Teórico- Metodológico

Referencial Teórico- Metodológico

“As teorias sobre determinado assunto se apresentam como correntes de pensamento, sendo que, em cada tempo histórico, algumas têm predomínio sobre outras”.
Minayo (2002)

Este estudo apóia-se nos conceitos do filósofo, sociólogo e historiador das ciências, Bruno Latour. Talvez, para melhor descrevê-lo, seja necessário acatar seu próprio conceito, fruto da recusa em aceitar rótulos e defini-lo simplesmente como um “sujeito híbrido”.

Nascido na França em 1947, formou-se em filosofia na cidade de Dijon e atualmente faz parte do grupo de professores do Centro de Sociologia da Inovação da École de Mines de Paris e da University of California, em San Diego nos Estados Unidos da América.

Com um espírito inovador, Latour interessou-se pelas ciências sociais, em especial pela antropologia, tornando-se um crítico perspicaz que utiliza a sociologia do conhecimento para apresentar a atividade científica como processo social, sendo uma referência no estudo das ciências e das tecnologias (FREIRE, 2006).

No ano de 1980, Bruno Latour e Michel Callon³ desenvolveram um novo marco de análise a partir de reflexões e críticas da sociologia convencional e de suas investigações empíricas no campo científico e técnico. De forma irreverente propuseram mudanças nos processos que fundamentam a verdade científica com a criação da *Antropologia das Ciências* - disciplina transversa

³ Michel callon é engenheiro, economista e sociólogo francês professor da École des Mines de Paris (destacado centro de formação de engenheiros da Europa) e diretor do Centre de Sociologie de l'Innovation de l'École Nationale Supérieure des Mines.

situada na interseção da sociologia e das ciências exatas, assumindo como objeto de estudo os processos que emergem da inovação científica e técnica.

Os recursos conceituais deste marco teórico estão baseados no conceito de *tradução*, proveniente da filosofia da ciência de Michel Serres, onde:

(...) os atores individuais e coletivos, humanos e não-humanos, trabalham constantemente para traduzir sua linguagem, seus problemas, suas identidades ou seus interesses nos dos outros, sendo através deste processo que o mundo se constrói e se desconstrói, se estabiliza e desestabiliza (FREIRE, 2006, V11, Nº26, p 48).

Soma-se a este conceito o *Princípio Programático da Simetria*, iniciado por David Bloor, conhecido como um forte programa de conhecimento da sociologia que significa: “reconhecer que os mesmos tipos de causas devem explicar tanto as crenças valorizadas como verdade quanto às crenças rejeitadas, uma vez que não há diferença essencial entre verdade e erro” (FREIRE, 2006, V11, Nº26, p 48).

Além desses, observa-se influência de noções de conceitos como o *rizoma*, elaborado por Deleuze e Guatari (2006), em que um sistema é acentrado, não hierárquico, não significativo, generalizante, sem memória organizadora ou autômato central, unicamente definido por uma circulação de estados.

Percebe-se também o uso do conceito de *dispositivo* proveniente da filosofia de Michel Foucault, em que toda forma é composta de relacionamentos e força, onde linhas de visibilidade, de enunciação, de forças, de subjetivação, de ruptura, de fissura, de fratura são justapostas e agem como um dispositivo que acarretam consequências. A partir de seus comportamentos e variações tudo se torna passível de um "processo singular", onde um mesmo dispositivo desencadeia processos diferentes. (CAPONI, 2009).

Usando como base o programa forte formulado por David Bloor⁴, Latour e Callon criaram um campo de pesquisa interdisciplinar dedicado às relações entre ciência, tecnologia e sociedade, reivindicaram, assim, uma forma de análise cujo centro não estava nem no social nem só no técnico, porém capaz

⁴ David Bloor em 1976 iniciou o desenvolvimento de um programa de investigação em que qualquer estudo social ou história das ciências deveria levar em conta tanto o contexto social quanto o conteúdo científico.

de respeitar a dinâmica não hierárquica e não-linear de suas imbricadas relações.

Emerge daí a proposta da Simetria Generalizada, estruturada no pensamento de que tanto a natureza quanto à sociedade devem ser explicadas a partir de um quadro comum e geral de interpretação; seus princípios estão centrados na explicação simultânea da natureza e da sociedade (LATOURE, 2000).

Para autores como Hochmam (1994), a proposta metodológica de Latour traz uma abordagem ao processo de profissionalização que não dá ênfase nem ao domínio do conhecimento nem privilegia a soberania social, trabalhando simultaneamente com as duas dimensões.

Segundo Pereira (1995), para se compreender a historicidade do processo de desenvolvimento de uma profissão, é necessário entender as dimensões e referências históricas em que está inserida. A análise histórica e sociológica da profissão não pode ser vista dissociada da sociedade e do movimento científico que nela se inscreve.

Isabelle Stengers (1993) nos fornece a chave para entendermos a noção de interesse no enfoque Latouriano. Ela sugere que, assim como a verdade, a lei moral ou qualquer outra instância transcendente têm a pretensão de orientar os humanos em uma direção unívoca, mas os interesses não possuem tal poder, os interesses não se prestam à unanimidade; ao contrário, eles se prestam à proliferação e à associação com outros interesses.

Buscando romper com a tradição em que a ciência é uma atividade purificada e independente das vicissitudes do dia-a-dia, Latour propôs uma nova ontologia delineada por coletivos compostos de articulações entre atores humanos e não humanos, organizados em rede.

Ele ressalta que para a compreensão de um determinado fato e trama é necessário ir além, compor as redes interdisciplinares e transdisciplinares que constituem a heterogeneidade dos fatos científicos, reconhecendo a importância das instituições no mundo contemporâneo e o seu poder de guiar todos os aspectos aos quais estão pautadas as nossas vidas.

Sugerindo “mais uma volta nos estudos sobre ciências depois da volta social” Latour estabelece que para desenvolver um estudo através da Simetria Generalizada, é preciso uma guinada a mais nos estudos sobre as ciências, de

modo que atores e fatos sejam simetricamente analisados (LATOURE, 2000, p.279).

Propõe assim uma análise da ciência nas práticas de hibridação, através da Teoria Ator-Rede que consiste em seguir as coisas através das redes em que elas se transportam, descrevê-las em seus enredos, analisando o processo de construção e fabricação de fatos, como um caminho formado por atores que ao se interligarem formam uma rede de efeitos e visões diferenciadas que permitem uma leitura social ampliada (LATOURE, 2004).

Esta teoria parte do princípio que todo um conjunto de fatores heterogênicos, compostos por objetos, pessoas, interesses políticos e sociais compõem uma rede que em seu entrelaçamento possibilita a compreensão dos processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social. Para a construção desta rede, é necessário um movimento coletivo de interesses e atitudes, que vão fortalecendo-a e ampliando sua extensão.

Na perspectiva histórica, esta teoria vem ao encontro da necessidade de se captar todos os objetos humanos e não humanos que a constituem, transformam e são transformados pela rede de investigação, contribuindo para compor o quadro da trajetória de mudanças institucionais e organizacionais de uma sociedade. Esta noção remete a fluxos, circulações e alianças nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes.

Quanto ao conceito de ator, é necessário esclarecer que este não é visto no sentido tradicional do “ator social” da sociologia. Para Latour, o ator é tudo que age, deixa traço, produz efeito no mundo, podendo se referir a pessoas, instituições, coisas, animais, objetos, máquinas, etc, ou seja, para se definir os atores que compõem uma rede é necessária à percepção de tudo que influencia e interage com ela, como também do modo que seu entrelaçamento se dá através das alianças, conflitos e imposições ocorridos em sua construção.

Latour (2000) descreve que a ciência é uma Instituição culturalmente constituída no contexto social, político, econômico mais amplo e gerador de cultura própria, não significa ver a ciência como política feita por outros meios, mas reconhecer o papel constitutivo das condições objetivas para o surgimento

e sustentação, incluindo os interesses aí envolvidos, mesmo dos campos mais abstratos de investigação.

Este pensamento nos remete a percepção de que a neonatologia é por essência uma ciência híbrida, sendo necessária a pesquisa de qualquer fração de sua história, a visão dos atores que a constituem, pois são os atores que impõem ao mundo uma ordem e um sentido; através deles é possível entender a sócio-lógica que constrói uma rede.

O objeto deste estudo traduz-se no conceito de rede formada da estruturação dos fluxos, circulações, concessões e acordos, nos quais os atores estão envolvidos. Sua trama vem entrelaçada pela busca do conhecimento, não aquele imediato, se é que este existe, mas sim de caráter cumulativo, construído com o enlace dos fios no tear desta rede estruturando as bases que possibilitaram o alcance da especialização da enfermeira neonatologista.

Para Latour (1994), o caráter cumulativo da ciência é sempre o que mais impressiona cientistas e epistemologistas, porém para entendê-lo precisamos ter em mente todas as condições que possibilitam a ocorrência de um ciclo de acumulação.

Durante a interpretação dos atores e das tramas desta rede é necessário considerar o aspecto da translação de interesses que vão ser evidenciados na revelação desta história. Assim, transladar interesses significa, ao mesmo tempo, oferecer novas interpretações destes interesses e canalizar as pessoas para direções diferentes (LATOURE 2000), ou seja, convencer todos os atores a se movimentarem em direção a um único objetivo, fazendo-os acreditar ser este o seu próprio, canalizando as forças que representaram o poder da rede.

Desta forma a Teoria Ator - Rede nada mais é do que a formalização do método deste estudo, pautada nas noções de simetria, ator, rede e translação de Bruno Latour. Seu conceito baseia-se em:

(...) seguir as coisas através das redes em que elas se transportam e descrevê-las em seus enredos. (...) é antes de tudo, um método, um caminho para seguir a construção e fabricação dos fatos, que teria a vantagem de poder produzir efeitos que não são obtidos por nenhuma teoria social (LATOURE, 2004).

Por fim, este estudo científico traz como proposta uma abordagem “Histórica Social das Ciências”, um modelo teórico e metodológico que visa à adequação das premissas de Latour, com as ferramentas que o historiador pode se valer em sua pesquisa. Ele trabalha com a tradução entre as questões de política e questões da “tecnociência” que o permeiam, compreendendo que neste ramo do conhecimento histórico:

(...) não há história geral compreensível sem que o historiador aceite seguir todos os conteúdos científicos e técnicos que se tornaram indispensáveis para o desenrolar dessa história; não há história das ciências sem que o historiador encontre a multiplicidade dos atores, dos recursos e dos desafios aos quais ela está ligada (...) (LATOURE, 2001, p. 143).

Trabalharemos esta multiplicidade de fatores dentro do que Latour chamou de “fluxo sanguíneo das ciências”, uma metáfora ao sistema circulatório do corpo humano, que se tornou palavra-chave na teoria de Latour para a História Social das Ciências:

Seguindo as trilhas da circulação dos fatos saberemos reconstruir, vaso após vaso, o sistema circulatório completo das ciências. A noção de uma ciência isolada do resto da sociedade se tornará tão absurda quando a idéia de um sistema arterial desconectado do sistema venoso. Mesmo a noção de um “coração” conceitual da ciência assumirá um sentido completamente novo depois de começarmos a examinar a farta vascularização que dá vida às disciplinas científicas (LATOURE, 2001, p.97).

Buscamos assim neste estudo dar visão conjunta da natureza e da sociedade, valorizando, apesar das diferenças de espécies, sua significação na formação da rede que a estabelece, em um mesmo plano e não separadamente.



Caminhos do Estudo

Caminhos do Estudo

A história não é só fato: é também a emoção, o sentimento e o pensamento dos que viveram - a parte mais difícil de captar dos negócios humanos.

(RODRIGUES, 2000, p.18)

3.1. Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo histórico - social de cunho qualitativo. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.(MINAYO 1996: p.22).

Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores” (POLIT E HUNGLER, 1995).

O estudo de cunho histórico – social reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento e da dinâmica social, preocupações e interesses de classes e de grupos determinados (MINAYO, 1996, p23).

A pesquisa histórica-social é uma especialidade com mais de meio século de existência, comportando problemáticas e metodologias próprias abrindo espaço para formulação de problemas onde o foco central é o coletivo - as classes, os grupos sociais, as categorias sócioprofissionais - e suas relações estruturais definidas através da conjuntura e do comportamento social (CASTRO, 1997, p.48-52).

Como o recorte temporal é recente (1985 a 1998), consideramos ser imprescindível a utilização da relação entre história e memória, que amplia e possibilita uma melhor percepção do objeto, através de entrevistas com as pessoas que trabalharam neste período.

As questões sobre a utilização de depoimentos nas pesquisas históricas trazem uma preocupação a respeito da memória não ser confiável como fonte possível de ser distorcida pela leitura que o entrevistado pode ter sobre determinado fato, influenciado pelas suas crenças e conceitos.

Porém esta postura extremamente crítica sobre a validade da história oral foi transposta na medida em que diversos ramos da ciência, entre eles, a medicina, a enfermagem e a sociologia depuraram este método e o associaram a resultados consistentes, o que validou os depoimentos no campo do registro documental e possibilitou sua utilização por vários pesquisadores.

Esta nova visão permitiu uma mudança de postura e comportamento diante da entrevista e dos seus muitos desdobramentos enquanto formulação de um documento válido para a abordagem científica. O fato é que desde o século passado os depoimentos, testemunhos e entrevistas vêm sendo usados como forma de registro e análises sociais.

Nesta pesquisa os depoimentos foram imprescindíveis para o entendimento da dinâmica da rede que compôs o estudo. Numa classificação proposta por Sá (2005), o conjunto de tais representações constitui uma memória histórica documental, conceito que toma emprestada a noção histórica de documento, mas flexibiliza-a com a inclusão dos registros de memória das pessoas envolvidas.

Apoiadas nesse conceito utilizamos como fontes primárias deste estudo documentos escritos e depoimentos orais. Os documentos escritos foram ofícios, decretos e leis, relatórios e memorandos relacionados ao objeto de estudo, localizados nos arquivos institucionais e departamentais, documentos de arquivos pessoais de funcionários do Instituto Fernandes Figueira e da produção científica da enfermagem neonatal no período correspondente ao recorte temporal e os depoimentos orais foram dos profissionais envolvidos com o objeto de estudo. As fontes secundárias foram artigos de periódicos nacionais e internacionais, livros referentes à temática, jornais, teses e dissertações (GIL, 1999).

A relevância do período abrangido justifica-se pelo mesmo conter desde os primeiros documentos escritos do projeto de abertura da unidade e da organização do primeiro curso de treinamento de enfermeiros no serviço

neonatal até a organização do primeiro curso de especialistas fornecendo subsídios para refletir sobre a trajetória do conhecimento especializado neonatal na instituição.

3.2. Local do Estudo:

O IFF é uma instituição que tem como missão a realização de forma integrada da assistência, ensino e pesquisa na área de saúde da mulher, criança e adolescente, sendo classificada e cadastrada no SUS como tipo I.

Atualmente a unidade neonatal do IFF, em função do seu modelo assistencial que integra pesquisa, tecnologia e humanização do cuidado, lidera a Rede Brasileira de Pesquisa Neonatal formada por oito serviços universitários do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul - IFF, USP-SP, USP-RP, UNIFESP, UNICAMP, PUC-RS, UFRS - que objetiva estudos multicêntricos clínicos e epistemológicos e avaliação de qualidade e de custo-efetividade no período perinatal.

3.3. Informantes:

Nesse contexto de reconstituição da rede histórica da trajetória de construção do conhecimento específico da enfermagem neonatal, os critérios de inclusão para o grupo selecionado de informantes foram: ser um profissional de saúde (médico ou enfermeira) com participação no projeto de implantação da unidade neonatal no IFF; estar inserido no processo de construção do conhecimento específico da enfermagem neonatal do IFF; apresentar condições de saúde para a realização das entrevistas; e disponibilidade para relatar sua experiência profissional.

Os dados dos informantes (nome, endereço e telefone) foram conseguidos no Departamento de Neonatologia do IFF, através da chefia do serviço de enfermagem e da chefia do serviço médico da área neonatal do referido Hospital. Os dados dos profissionais que não trabalham mais na unidade foram obtidos através de contato via correio eletrônico.

Inicialmente foi construída uma listagem com os nomes dos profissionais envolvidos com o objeto do estudo, priorizando os informantes que

participaram mais ativamente do processo. No decorrer das entrevistas foram inseridos novos nomes de acordo com a necessidade do processo de análise documental, totalizando o número de sete entrevistados, sendo um médico e seis enfermeiras.

É importante ressaltar que a pesquisa histórico-sociológica privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam os acontecimentos de forma próxima (ALBERTI, 1989).

3.4. Coleta de Dados:

As entrevistas foram marcadas previamente por telefone, permitindo ao entrevistado a escolha do melhor local para sua realização, sendo reforçado que o mesmo deveria ser reservado.

Antes de iniciar as entrevistas foram mostradas algumas fotos, selecionadas durante a análise documental, para criar um clima nostálgico e relaxar os entrevistados. Os depoimentos foram tomados com o auxílio de um gravador digital e direcionados por roteiro semi-estruturado (Anexo 1), com tópicos de interesse de acordo com o papel do depoente no contexto histórico. Este método é considerado por Alberti (1989) como:

(...) um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica,...) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc (ALBERTI, 1989).

A transcrição das informações foi realizada logo após sua execução, com o objetivo de não se perder os dados e a percepção do entrevistador com relação ao momento de sua realização. Estes dados foram transcritos sob a forma depoimentos e após a conferência foram incorporados ao acervo documental da pesquisa como fontes primárias do estudo e serão armazenadas por cinco anos, com o próprio pesquisador, com posterior destruição do material, conforme recomendação da Lei nº 9610/98 dos Direitos Autorais.

Essa forma de apresentação de depoimentos ganha respaldo na literatura pesquisada, na medida em que:

(...) análise, em seu sentido essencial, significa decompor um texto, fragmentá-lo em seus elementos fundamentais, isto é, separar claramente os diversos componentes, recortá-los, a fim de utilizar somente o que é compatível com a síntese que se busca. Assim, diante dessas considerações, o escrúpulo em relação aos recortes das histórias orais e a sua utilização parcial, afiguram nitidamente como um falso problema.(QUEIROZ, 1988).

3.5. Análise dos Dados:

Para desenvolver a análise dos dados do estudo seguimos a premissa da análise de conteúdo, do tipo temático, proposta por Bardin (2004), por ser esta entendida como um conjunto de instrumentos metodológicos que são aplicados aos discursos nas mais diversas áreas do conhecimento. Este tratamento metodológico de documentos baseia-se na organização e interpretação de materiais textuais trabalhados de forma sistemática, tentando evitar que a análise seja confundida com uma interpretação subjetiva aleatória.

O método faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais. Para Bauer (2002, p. 191), a análise de conteúdo é a “técnica utilizada para produzir inferências de um texto focal para seu contexto social de maneira objetivada” em que um texto é estudado tendo em vista sua inserção no contexto da pesquisa.

O fundamento deste conjunto de técnicas reside na articulação entre a superfície dos textos, descrita e analisada e os fatores que determinam estas características, deduzidos logicamente (BARDIN, 2004). No presente estudo, esta técnica foi pertinente uma vez que se tem como material para análise o depoimento dos atores, compondo a variação de ótica sobre o contexto do estudo.

Dessa forma, de acordo com a proposta de Bardin (2004), a realização da análise dos documentos referente ao estudo em foco foi organizada em três etapas:

1ª - Pré-análise: consistiu em tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais. Para tanto, foi iniciada a leitura e escolha dos documentos que

representam o conteúdo temático e foi realizada a transcrição na íntegra dos depoimentos colhidos. Nessa etapa foi importante tomar contato exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. Para que a apreensão seja efetiva, o pesquisador teve que manter em mente os objetivos e a questão central da pesquisa, os quais direcionaram toda a análise. A leitura fluente do material permitiu ao pesquisador ter a primeira visão do que foi dito pelos indivíduos e das significações expressas pela pergunta instigadora que foi respondida durante a entrevista. Essa fase somente foi possível de ser concretizada após a transcrição na íntegra de todos os discursos obtidos. A análise permitiu assimilar o conteúdo do texto, considerando fatores como a homogeneidade, a pertinência e a representatividade.

2ª - Exploração do material: fase em que o pesquisador procurou abstrair as categorias e subcategorias. A categorização foi feita de modo a refletir a significação dos elementos constitutivos do conjunto de informações pela diferenciação e por reagrupamentos; a subcategorização foi um procedimento que procurou destacar dentro das categorias os tópicos mais específicos que mereceriam uma discussão em relevo.

Segundo Bardin (2004, p.111), a categorização é uma operação “de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Desta forma, esse estudo categorizou os documentos de acordo com o tema, seguindo a ordem cronológica da trajetória da construção do conhecimento da enfermagem neonatal do IFF. Os textos foram recortados, para delimitar o contexto de compreensão, chegando-se às unidades de contexto. Uma vez identificadas as unidades de contexto, chegou-se às unidades de significação.

3ª - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: onde foram realizadas as inferências e interpretações do pesquisador.

3.6. Aspectos Éticos

Respeitando os princípios éticos da pesquisa, esse projeto foi registrado no Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Normas Regulamentares de Pesquisa em Seres Humanos.

O projeto foi encaminhado ao Departamento de Neonatologia e à chefia de enfermagem da instituição para autorização da realização do estudo. Em seguida, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética para avaliação de conformidade às diretrizes e às normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996), o qual aprovou o desenvolvimento do projeto na instituição - cadastro: 270216 (Anexo 2).

Os entrevistados assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), garantindo que os mesmos possuíam informações quanto a temática e autorizando a referência de seus nomes na pesquisa. As entrevistas só foram realizadas após o esclarecimento de todas as dúvidas necessárias e mediante a assinatura de ambas as partes (pesquisadora e depoente). Foi deixado claro que o pesquisador se encontrava à disposição do entrevistado para qualquer dúvida ou desistência e que toda a entrevista seria transcrita para a forma de depoimento e só seria utilizada após a leitura, aprovação e autorização do depoente.



CAPÍTULO 1
Tecendo a rede

Tecendo a rede

Neste capítulo realizamos a apresentação de alguns atores importantes para a compreensão do objeto da pesquisa como: a história do Instituto e a sua representação no desenvolvimento da neonatologia no país, os aspectos envolvidos na origem e desenvolvimento da neonatologia e a especialização neonatal como um fenômeno histórico da profissionalização da enfermagem.

1.1. Instituto Fernandes Figueira – A história.

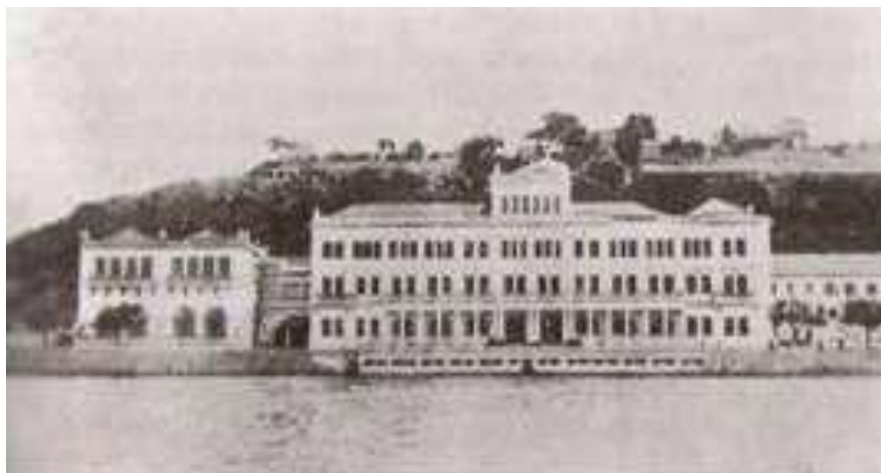


Figura 1: Hotel Sete de Setembro, depois Escola Ana Nery. Ao lado direito nos fundos a estrutura que seria utilizada para a abertura do Abrigo Hospital Arthur Bernardes **Fonte:** A escola de Enfermagem Ana Nery sua História Nossas Memórias

Criado em 1924 por iniciativa de Carlos Chagas, então Diretor do Departamento de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o Abrigo Hospital Arthur Bernardes, hoje Instituto Fernandes Figueira - IFF, foi cenário de grandes transformações na assistência à saúde da mulher e da criança.

Instalado em um antigo prédio na zona sul carioca, nos fundos do Hotel Sete de Setembro⁵, o hospital veio suprir a falta de estabelecimentos destinados

⁵ O antigo Hotel Sete de Setembro teve uma existência efêmera na função de hotel, Inaugurado em 15 de julho de 1922, foi fechado e teve seus prédios desmembrados em 1924 para que parte deles passasse a abrigar um hospital infantil denominado Hospital Abrigo Arthur Bernardes. Em 1926, outra parte dos

ao tratamento específico de crianças. Desde sua criação, o órgão teve moldes de unidade voltada para a assistência, pesquisa e ensino, porém, as diversas crises na política econômica e de saúde do país, deixaram marcas em sua trajetória, por várias vezes o Hospital foi fechado e teve modificada a sua estrutura e até mesmo o seu nome⁶. Em 26 de Março de 1946, através do Decreto Lei 9.069/46 artº1, passou a ser conhecido como Instituto Fernandes Figueira, em homenagem ao médico⁷ que tanto contribuiu com a sua história (DE SETA, 1997).

A história da instituição se destaca das demais histórias dos hospitais públicos do Rio de Janeiro, pela trajetória de resistência e de acordos políticos que a envolve e que transformaram a instituição em um incontestável polo de referência nacional de pesquisa e assistência em diversas especialidades. Berço da Sociedade Brasileira de Pediatria, o hospital traz como registro de sua história ser um dos primeiros a defender a permanência da mãe junto à criança doente e a instituir a prática do banco de leite humano⁸, no Estado do Rio de Janeiro (DE SETA, 1997).

Em 1970, com os intensos debates que ocorreram no país com relação à Política Previdenciária e de Saúde, o Instituto foi incorporado pelo Decreto nº 66.624/70 à Fundação Oswaldo Cruz como Unidade Técnico-Científica, onde permanece até hoje desempenhando um importante papel social na oferta de leitos hospitalares, na realização de pesquisas e na formação de profissionais qualificados, docentes e pesquisadores.

prédios foi cedida e adaptada para abrigar o Internato da Escola de Enfermagem Anna Nery (DE SETA, 1997).

⁶ A instituição teve seu nome mudado durante os anos por questões políticas, sendo aberto como Hospital Arthur Bernardes em 1924 - Lei nº 4793. Após reforma foi reaberto em 1939, com o nome de Instituto de Higiene e Medicina da Criança, em seguida pelo decreto nº 3.775/41, se transformou em Instituto Nacional de Puericultura. Finalmente em 26 de Março de 1946 através do Decreto Lei 9.069 Artº1. passou a ser conhecido como Instituto Fernandes Figueira (DE SETA, 1997).

⁷ Antonio Fernandes Figueira foi o fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria e o primeiro médico do Brasil a introduzir as mães ao lado das crianças nas enfermarias, este médico teve uma inserção privilegiada na política de saúde do país e na história da Instituição (DE SETA, 1997).

⁸ O banco de leite foi criado em 1943, por iniciativa dos professores Mario Olinto e Adamastor Barbosa, ambos os médicos tinham grande relevância política e lutaram fortemente para o crescimento da Instituição (DE SETA, 1997).

Em função desta trajetória, o IFF atua tradicionalmente como consultor do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS na área materno-infantil. Em dezembro de 2005, o Ministério da Saúde reconheceu a ampliação e importância do papel desempenhado pelo Instituto no desenvolvimento de ações ligadas aos principais desafios no campo da saúde pública na área de saúde da mulher, criança e adolescente, tornando a unidade Referência Nacional para esta população alvo através da Portaria SAS/MS 745 de 22 de Dezembro de 2005(BRASIL, MS/SAS, 2005).

O Departamento de neonatologia do IFF, não obstante da história da instituição, foi construído com o objetivo de contribuir para a redução das taxas de mortalidade infantil em nosso país. Precursor em diversos trabalhos de pesquisa que modificaram e trouxeram importantes contribuições para o tratamento neonatal, como o uso de surfactante, óxido nítrico, eritropoietina, ventilação de alta frequência, cateter percutâneo e o rastreamento oftalmológico de prematuros, têm seu trabalho reconhecido através da conquista do título de Hospital Amigo da Criança conferido em 1999 pelo Fundo das Nações Unidas - UNICEF, pela Organização Mundial de Saúde - OMS e pelo Ministério da Saúde.

O modelo de educação formulado no IFF tem a especificidade de articular fortemente a atividade assistencial com as de geração de conhecimento, propiciando uma prática fundamentada que busca a formação de profissionais com um alto nível de qualificação. A oferta de cursos e estágios nas mais diversas áreas reflete a preocupação com a complexidade da prática assistencial, destinando-se aos segmentos profissional de nível médio superior e estudantes em formação.

Ao descrever a sua história, percebe-se um diferencial causado pelos profissionais que passaram pela instituição e que lutaram para dar um papel privilegiado a unidade. A enfermagem do IFF é um reflexo das vivências e experiência pelo qual passou a instituição ao longo destes anos, e se destaca na formação e capacitação de recursos humanos na área da saúde da mulher e da criança e do adolescente.

1.2. Origem e desenvolvimento da neonatologia:

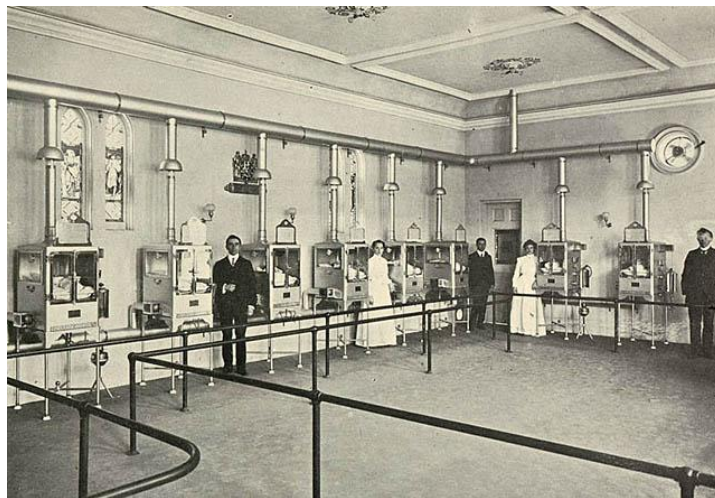


Figura 2: Exposição Pan Americana de bebês em incubadoras 1901.
Fonte: Neonatology on the web

Surgida de um movimento social, com forte reflexo na saúde, em busca do aumento da sobrevivência populacional. A evolução da neonatologia nem sempre veio de nobres causas, mas é fato que o fascínio exercido pela capacidade humana de sobrevivência e o forte interesse político em sua capacidade de redução das taxas de mortalidade infantil sempre alavancaram a sua trajetória.⁹

O investimento na especialidade ocorreu após a 1ª Guerra Mundial partindo da preocupação da população européia com o despovoamento que poderia se instalar sobre as nações, não só pelo efeito da guerra, mas principalmente pelo processo migratório das zonas rural às urbanas desencadeado pela expansão industrial.

Os grandes centros foram se transformando em áreas congestionadas nas quais milhares de pessoas se amontoavam em moradias inadequadas sem algumas das mais elementares condições de higiene e saúde. Pobreza, desnutrição e doenças infectocontagiosas passaram a significar um entrave à expansão industrial. A necessidade em investir em melhoria das condições de

⁹ O termo Neonatologia foi estabelecido por Alexander Schaffer cujo livro sobre o assunto, "Diseases of the Newborn", foi publicado primeira vez em 1960, esse livro junto com o "Physiology of the Newborn Infant", de Clement Smint, constituíram a base do novo campo (Ver AVERY, 1999).

vida da população era premente, pois o alto índice de mortalidade traduzia-se em uma preocupação das autoridades com a vulnerabilidade da defesa nacional que isso poderia causar (LUSSKY, 1999).

Neste contexto, o cuidado preventivo passou a ser valorizado e praticado pelas maternidades. Em 1892, o obstetra Frances Pierre Budin¹⁰ cria um ambulatório de puericultura no Hospital Charité em Paris, onde deu início ao desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (AVERY, 1999).

O final do século XIX já havia várias conquistas no tratamento neonatal, citamos como as mais relevantes o desenvolvimento da incubadora por solicitação do obstetra Stephane Etienne Tarmier, a implantação do uso de nitrato de prata para profilaxia da ophtalmia neonatorum por Carl Credê e a introdução dos cuidados pré-natais por John Baleantyne. Neste período, na maternidade de Paris onde estes cuidados estavam sendo implantados, as taxas de mortalidade infantil caíram de 66% para 38% entre crianças pesando menos que 2000g ao nascimento (LUSSKY, 1999).

Estes dados despertaram o interesse político pela área, fundações que antes eram destinadas a prestar assistência a crianças abandonadas foram modificadas e transformadas em hospitais infantis por toda a Europa.

O tratamento neonatal chega á America do norte em 1896 através de Martin Coney, ex-aluno de Budin, que passa a viajar por várias cidades Americanas expondo os prematuros em feiras, tanto para a comunidade científica como para a população de um modo geral (LUSSKY, 1999).

Apesar de hoje considerarmos estas exposições algo sem sentido, foi através delas que Coney conseguiu verbas para investir em pesquisas sobre prematuros e expandir o conhecimento dos cuidados neonatais.

Na primeira década do século XX, após assistir a uma destas exposições o pediatra americano Julius Heiss fica fortemente impressionado com as possibilidades de assistência aos lactentes prematuros e cria em 1914

¹⁰ Dr. Pierre Budin, obstetra Frances que resolveu estender suas preocupações além da sala de parto e criou o Ambulatório de Puericultura no Hospital Charité de Paris e o Departamento Especial para Debilitados na Maternidade por Madame Hery. Este médico é considerado por muitos o precursor da neonatologia.

a primeira estação para crianças prematuras no Sarah Moris Hospital do Michael Reese Hospital em Chicago (AVERY, 1984).

A partir daí, vários outros centros de cuidado a prematuros foram abertos por todo o mundo, mantendo os princípios ditados por Julius Heiss como: a segregação dos neonatos prematuros, procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções, assegurar enfermeiras treinadas para o cuidado e a constante busca por novas tecnologias que viessem a contribuir ao tratamento dos recém nascidos (AVERY, 1984).

Em 1963, a morte de Patrick Bournier Kennedy, filho do presidente dos EUA John Kennedy, por uma doença típica neonatal, desencadeou várias articulações política e científica em torno do investimento em estudos e pesquisas na área.

Este fato deu início ao grande crescimento tecnológico da neonatologia, várias terapias foram descobertas, o uso da ventilação mecânica passou a ser fato dentro das unidades, salvar vida se tornou uma realidade (CARVALHO, 2001).

Ressalto que segundo Bruno Latour (2000, p.70) "... é da prática política que advém o poder da ciência, a construção de fatos é um processo tão coletivo que uma pessoa sozinha só constrói sonhos, alegações e sentimentos, mas não fatos".

O crescimento da neonatologia teve como base interesse político sociais como: preservação geracional, força de trabalho e profissionalização. Correspondeu ao processo histórico de inovações políticas em busca do crescimento econômico nos países, ocorrendo assim de forma e em tempo diferente a cada um deles.

No Brasil sabe-se que o início dos cuidados neonatais ficou a cargo dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Mopurgo que em 1903, receberam o convite para a criação de um serviço de incubadora no Dispensário Moncorvo no Rio de Janeiro, conhecida como Creche Senhora Alfredo Pinto. Embora a unidade fosse completamente diferente das UTIN de hoje, mantinham o mesmo intuito de diminuir a mortalidade infantil e neonatal (BARBOSA e OLIVEIRA, 2002).

No final da década de 1970 surgem as primeiras UTIN em nosso país, seguindo a tendência mundial, ocorreu uma grande inserção de tecnologia de

ponta na assistência, o período marca pela multiplicação de serviços neonatais, tanto na área pública como na privada.

Os resultados obtidos pela especialidade são ressaltados pelas taxas de sobrevivência de recém nascidos, que aumentaram de 30% da década de 1960 e ultrapassaram os 90% na década de 1990, nos grandes centros urbanos, evidenciando a incontestável importância da neonatologia na luta pela redução das taxas de mortalidade infantil brasileira o que garantiu o reconhecimento social na especialidade (CLOHERTY & STARK, 1993).

1.3. A Unidade Intensiva Neonatal - UTIN e a especialização da enfermagem neonatal.



Figura 3: Foto de UTIN .
Fonte: Arquivo pessoal do autor

Uma UTIN¹¹ é um espaço reservado para tratamento de recém nascidos, com idade de zero a vinte oito dias de vida, que apresentem necessidade de cuidados especiais ao nascer, como nos casos de: prematuridade, problemas respiratórios, hematológicos, cirúrgicos, malformações congênitas, dentre outros, que exijam assistência médica ininterrupta, com apoio de equipe de saúde multiprofissional, e demais recursos humanos especializados, além de equipamentos (Resolução CREMERJ nº. 109/1996).

A unidade é regulamentada pela Portaria Ministerial N° 3432/ 1998, que define critérios de classificação que variam em tipos I, II e III, estabelecidos de acordo com a gravidade dos pacientes, a assistência médica e de enfermagem disponíveis, o grau de especialização dos recursos humanos, a disponibilidade

¹¹ Sua estrutura Física encontra-se regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Resolução RDC 307 de 2002.

de equipamentos específicos e o acesso a outras tecnologias diagnósticas e terapêuticas (BRASIL, MS, 1998).

Inserido em seu processo de trabalho encontram-se especificamente uma abordagem diagnóstica e terapêutica quase sempre invasiva e agressiva, o estreito limiar entre as respostas favoráveis e possíveis reações adversas à terapia implementada e a imaturidade de vários sistemas orgânicos que é uma característica dos recém nascidos, principalmente nos casos de prematuridade.

O seu ambiente exige uma organização administrativa que compreende o controle e abastecimento de insumos adequados, controle de infecção, cálculo de pessoal e a frequente atualização de sua equipe multiprofissional (MARQUES, 2009).

O constante enfrentamento entre os componentes técnicos do cuidado, as relações entre as categorias multiprofissionais que realizam a assistência dentro da unidade e o vínculo familiar de seus clientes, emaranham-se com outras questões de ordem sociais, econômicas, psíquicas, culturais, políticas, éticas, emocionais que configuram a complexidade de seu funcionamento.

Em meados da década de 1960, no Brasil, o grupo de profissionais que trabalhavam em uma UTIN, era composto única e exclusivamente por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem¹², porém, ao longo dos últimos anos, o aumento da complexidade da assistência e da tecnologia¹³ utilizada nos cuidados neonatais, geraram a necessidade de agregar outros profissionais ao seu funcionamento, como fisioterapeutas e fonoaudiólogo, e de se especializar os recursos humanos.

A enfermagem constitui o maior grupo de profissionais de saúde, porém, o mais complexo se considerarmos a natureza do trabalho desenvolvido, a formação diferenciada dos seus agentes e as suas formas de inserção na

¹² O curso de auxiliares de enfermagem é regulamentado pela Lei Nº 775/49 posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 50.387/61 e o curso de técnicos de enfermagem foram criados pelo Parecer Nº 171 e Nº 224, de 1996 - após promulgação da Lei Nº 4.024/61 (ver OGUISSO, 2002)

¹³ O termo tecnologia não se refere apenas a artefatos físicos, ele remete também a aplicação de um complexo de ações, as quais incluem métodos, técnicas e procedimentos, todos aplicados sistematicamente para resolver um problema específico. (ver BANTA & LUCE, 1993)

hierarquia organizacional, bem como as funções diversificadas exercidas por cada uma das categorias do grupo (ALMEIDA e ROCHA, 1986).

A equipe de enfermagem presta assistência ininterrupta aos pacientes durante 24 horas, à enfermeira neonatologista cabe exclusivamente organizar e definir as ações da equipe de enfermagem na UTIN, assumir de forma integral os cuidados aos pacientes mais graves, sistematizar¹⁴ a assistência aos Rns e executar os procedimentos complexos como: aspirar de tubos traqueais, realizar cateterismo percutâneo, curativos cirúrgicos, dentre outros (COFEN, Lei nº 7.498 de 1986, art. 8)

Além das responsabilidades citadas, a enfermeira neonatologista também é responsável por estabelecer uma relação de confiança entre as famílias e a equipe, sua proximidade no cuidado dos pacientes favorece o trabalho de formação do vínculo e o apego entre pais e bebês, desta forma a enfermeira potencializa o desenvolvimento do recém nascido dentro da UTIN e mesmo após a sua alta (FONTES, 1984), assim, a enfermagem:

Transcende o papel de cuidador, tornando-se uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (LIMA, 1994, p.18).

Porém, acreditamos ser importante ressaltar, que apesar da Lei do Exercício Profissional da enfermagem garantir a indiscutível necessidade da assistência ao paciente crítico ser desenvolvida essencialmente por enfermeiros, os recursos humanos disponíveis e os interesses institucionais nem sempre atendem a tal propósito (TAKAHASHI, 1991).

Em nosso país, de dimensão continental e de grandes diferenças socio economicas regionais, convivemos com a carência de profissionais e a superlotação de pacientes nas unidades. Esta realidade causa o afastamento gradativo das enfermeiras do cuidado, desviando-as para a organização e

¹⁴ Sistematizar a assistência corresponde ao levantamento de dados, a identificação de problemas, o planejamento, a implementação e a avaliação do cuidado ao paciente.

planejamento de tarefas administrativas como: controle de gastos, de equipamentos e supervisão do cuidado (WALDOW, 1997).

No que tange a UTIN, a complexidade do ambiente, a renovação constante do conhecimento, a inserção de novas práticas relacionadas ao cuidado e as frequentes inovações tecnológicas, reforçaram a necessidade de se atender a real quantificação e qualificação dos recursos humanos da enfermagem, como condição *sine qua non* para o desenvolvimento da assistência neonatal qualificada.

Mezomo (1992) afirma que a qualidade é o resultado do envolvimento de todos na busca da perfeição crescente e na remoção das causas verdadeiras dos problemas que comprometem o desempenho da organização.

Bruno Latour (2000), desmistifica o conceito de qualidade afirmando que não existe um sistema de qualidade, mas sim vários sistemas de qualidade. Estes sistemas são construídos pelos atores humanos nas suas significações e redes, desta forma, a qualidade se apresenta como um processo consensual, inserida na tradução dos atores e nas suas premissas em relação ao que consideram qualidade.

Para a enfermagem o conhecimento constitui o princípio base para o alcance da competência profissional, a vinculação entre cuidado, educação e trabalho foi a forma utilizada pelo profissional enfermeiro para atingir a qualidade do cuidado e a competência organizacional de sua atividade.

O processo de construção do conhecimento da enfermagem se deu através do desenvolvendo de suas teorias e da sistematização do seu saber, utilizando o improvisado e a criatividade como ferramentas preponderantes (ALVES D.B., 1998). Podemos dizer que a produção do conhecimento da enfermagem foi fruto do cotidiano de trabalho, decorrendo de interesses e necessidades encontrados na prática do dia-a-dia da profissão.

Na década de 1970, o conhecimento de enfermagem foi descrito por Carper (1978) como sendo dividido em quatro padrões:

1. Conhecimento empírico: Aquele que não precisa ter comprovação científica.
2. Conhecimento ético: Considerado o conhecimento moral da enfermagem, envolve julgamentos éticos constantes e, freqüentemente, implica confrontar valores, normas, interesses ou princípios.

3. Conhecimento moral: formado através das experiências da vida, ou melhor, experiências vividas.

4. Conhecimento estético: conhecido como a arte da enfermagem. Se Expressa através das ações, comportamentos, atitudes, condutas e interações da enfermagem com as pessoas.

Porém, na mesma década, as mudanças globais políticas e sociais impulsionaram a reformulação da organização da categoria, pois, estar competentemente habilitado e tecnicamente capacitado passou a representar o ponto vital para qualquer atividade humana que expressasse vontade de ofertar serviços como relevantes e socialmente importantes.

Com isso, a enfermagem, como qualquer profissão contemporânea que desejasse se estabelecer no mercado, teve que encarar o desenvolvimento de sua força de trabalho como fator indispensável à sua permanência no sistema. Configurou-se assim o conhecimento formal, sistematizado e padronizado como fruto da enfermagem especializada, ponto crucial para a obtenção da dita credibilidade social e conseqüentemente da qualificação profissional (IANNI, 1997, p.7).

A crescente especialização do trabalho e a peritagem técnica têm constituído as principais forças do movimento rumo à profissionalização. Em todas as organizações complexas, tem-se visto crescer o número de pessoas técnicas altamente qualificadas e possuidoras de conhecimentos especializados. Para Kast et al (1982), este processo interliga especialização e a profissionalização como um fenômeno único em nossa moderna sociedade.

Nesta perspectiva, Silva (1987, p.410) afirma que a especialização “é a divisão do trabalho ou de áreas territoriais de uma comunidade ou sociedade em determinado número de funções especializadas e interrelacionadas”.

A respeito de suas vantagens concordamos com o autor quando este descreve que:

Ao se reduzir o campo de atividades de um indivíduo, pode-se aumentar seu preparo, sua competência e sua eficiência nesse campo; mas, sobretudo, aumentam as possibilidades de integrar sua atividade num conjunto racionalizado e estritamente controlado (SILVA 1987, p.410).

Acrescenta Pierantoni, et al (1993), que o homem especialista é aquele que conhece tanto que acaba por comunicar apenas uma fração do seu

conhecimento, no entanto, ao reter o conhecimento e torná-lo específico e suficientemente misterioso, o homem fabrica o eixo central que move o profissionalismo (PIERANTONI et al1, 1993).

Todavia, é importante estar atento às mazelas que podem advir da alienação, do isolamento e da fragmentação do conhecimento, conforme relata Japiassu (1976):

As culturas mais especializadas são as que mais se abrem à substituição. São os especialistas os mais sensíveis aos fracassos e os que revelam maior preocupação com as retificações que se façam necessárias. Sua cultura é sempre uma história de constantes reformulações. É nesse sentido que os especialistas nos ensinam o progresso mostrando-nos, ao mesmo tempo, as exigências de coordenação e de integração dos saberes especializado (JAPIASSU, 1976, P.195).

Essa divisão de trabalho não traz somente vantagens, mas, como propõe Edgar Morin (1999), traz também inconvenientes como o enclausuramento.

A tendência para a fragmentação, para a disjunção, para a esoterização do saber científico tem como consequência a tendência para o anonimato. A especialização generaliza-se: atinge não somente as ciências naturais como também as antropossociais, trazendo um vazio de subjetividade inerente a estas áreas do conhecimento (MORIN, 1999, P. 17).

Desta forma, acreditamos que especialização tornou-se um fenômeno de crescimento e desenvolvimento que aconteceu em decorrência da explosão de conhecimentos e de novas tecnologias, fruto da translação de interesses, resultado da visão global de que não mais é possível, a uma só disciplina, abarcar todo o conhecimento acumulado.

Para a enfermagem, o conhecimento especializado foi uma consequência do aprofundamento do saber, reflexo da visão globalizada de que a formação profissional se torna incompleta se for restrita aos limites dos cursos de graduação, direcionado a formação do enfermeiro generalista, sendo esta uma alternativa de atendimento à necessidade sentida pelas enfermeiras e pela sociedade na época.

Os cursos de especialização¹⁵ emergiram da necessidade de se construir uma política educacional que integrasse a educação profissional e tecnológica a um subsistema nacional de educação, universalizado e democratizado em todos os níveis e modalidades. Foi também fator determinante, a necessidade de suprir a demanda de professores do ensino superior, especialistas e pesquisadores para assegurar, em quantidade e qualidade, às necessidades dos empreendimentos públicos e privados do país.

O fortalecimento da prática com aprofundamento do conteúdo científico reproduziu a lógica da globalização do mercado, que visava atender a reestruturação produtiva no mundo do trabalho e a intensificação da ciência e da técnica como força produtiva de uma política econômica e social capitalista.

Esta rede de interesses modificou a visão do profissional enfermeiro, levando-o a perceber que o caminho da especialização era a forma única para o profissional se adequar às novas exigências da acirrada competição intercapitalista.

O primeiro curso de Residência de Enfermagem foi implantado em 1961 no Hospital Infantil do Morumbi em São Paulo. Resultado de um emaranhado de interesses e necessidades da profissão em promover a transição entre a formação profissional em nível de graduação e proporcionar a qualificação para o exercício profissional (LIMA e PORTO, 1997).

A partir daí, o cenário da pós-graduação da enfermagem brasileira foi se configurando e expandindo, o grupo buscava respostas para a necessidade de aumentar o número de docentes qualificados do ensino superior e a demanda de especialistas para atender a ampliação da assistência médica hospitalar.

¹⁵ Historicamente, foi no período de 1940, que os cursos de pós-graduação começaram a surgir na modalidade de especialização, em distintas áreas do conhecimento de enfermagem. Em 1949 ficou legalmente reconhecida através do Decreto 27.426 Lei 775 que estabelece que “além dos dois cursos ordinários, poderiam ser criados outros de pós - graduação. Sua expansão foi apoiada na **Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (Capes) Decreto nº 29.741/1951, que objetivava .assegurar a existência de pessoal especializado em quantidade e qualidade suficientes para atender às necessidades dos empreendimentos públicos e privados em nosso país. (ver OGUIISO e TSUNECHIR, 2005).

A característica dos cursos¹⁶ foi bem definida pelo célebre Parecer do Professor Newton Sucupira nº 977/65, que dividiu os cursos em dois tipos: *stricto sensu* que corresponde aos cursos de mestrado e doutorado, voltados ao desenvolvimento da pesquisa e *lato sensu* que corresponde ao curso de especialização na modalidade de residência e de capacitação profissional com o objetivo de aprimorar as habilidades para o trabalho em equipe e desenvolver as competências técnico-científicas decorrentes do treinamento em serviço (SUCUPIRA, 1965).

Nas décadas de 1970 e 1980, a enfermagem discutiu a regulamentação destes cursos em seminários promovidos pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a inexistência de uma regulamentação específica do curso, gerou debates onde surgiram propostas para a caracterização do curso na modalidade de especialização.

Apoiado na Lei nº 9.394/1996, art.6, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), estes cursos deram corpo à reforma da Educação Profissional, sob a coordenação do Ministério da Educação. A expansão do ensino superior como um todo e, em particular, a própria consolidação da pós-graduação *latu sensu*, resultaram numa tendência à ampliação dos cursos de especialização para atender a totalidade da demanda exigida pelo mercado de trabalho (BRASIL, MS/LDB, 1996).

Ao propor uma legislação mais ampla e coerente, o projeto de reforma buscava definir a educação profissional e tecnológica como política pública intimamente vinculada ao processo educativo, ao trabalho, à ciência, à tecnologia e à cultura, conduzindo o cidadão ao desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva.

¹⁶ Com a Reforma Universitária, Lei no. 5.540/1968 (Parecer CESu 77/1969),. A pós graduação foi dividida em dois níveis: o *stricto sensu*, com mestrado e doutorado, e o *lato sensu*, com especialização e aperfeiçoamento, redefinindo o corpo docente da enfermagem com base na qualificação com títulos de mestre, doutor e livre-docente (ver Oguisso e Tsunechiro).

Baseada em tais princípios, promover a transição entre a formação profissional em nível de graduação e proporcionar a qualificação para o exercício profissional foi uma preocupação claramente presente neste período político social que permitiu a translação dos elementos já existentes no amplo universo da educação profissional e tecnológica, transformando o referido Subsistema Nacional de Educação Profissional e Tecnológica em um instrumento de política pública.

Os cursos de especialização foram concebidos como cursos de pós-graduação em sentido amplo, voltados desde o seu início, para estudantes diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino. A especialização na modalidade de residência e de especialização como capacitação profissional se diferenciaram pelas suas propostas de educação profissional tecnológica, estruturadas de acordo com as diretrizes, políticas, conceituação, princípios, objetivos e características da educação profissional e tecnológica estabelecida pela diferença curricular.

A validade dos certificados dos cursos de especialização é estabelecida pela CAPES e regulamentadas pela Resolução MEC/CNE/CES nº. 01/2001, que reforça o aspecto relativo à flexibilidade e agilidade dos cursos e estabelece os critérios básicos para sua regulamentação.

Ambos os cursos foram fruto das exigências das organizações, que mudaram e transformaram significativamente as relações entre os profissionais e as organizações. Se há bem pouco tempo, bastava ao profissional, uma única formação para ingressar e se manter no mercado de trabalho, atualmente, ser graduado não mais garante a continuidade da carreira, nem o ingresso no mercado de trabalho.

Na área da saúde, as unidades que usam extrema tecnologia para o tratamento de seus pacientes, cada vez mais buscam profissionais com extrema competência, habilidades, atitude, capacidade de diagnóstico, de solução de problemas, capacidade de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe, auto-organizar-se e enfrentar situações em constantes mudanças.

Vale ressaltar que a trajetória de construção do conhecimento especializado da enfermagem aconteceu através de um ciclo de acumulação, marcado por erros e acertos, certezas e incertezas, construções e desconstruções e que a mesma foi caracterizada pela capacidade da profissão de adaptar os procedimentos às situações, no âmbito de uma atividade complexa e organizada.

Sabemos, contudo, que para a enfermagem seja reconhecida socialmente como uma profissão especializada ela deverá romper com atividades alienantes, do tipo “cumprir tarefas”, nas quais o profissional só reproduz conhecimentos não específicos.

A reformulação deste paradigma permitirá que o enfermeiro exerça a sua profissão com competência e com visibilidade social, garantindo a autonomia de sua prática, responsabilidades e autoridades necessárias a continuidade do seu processo de profissionalização.



CAPÍTULO 2
A Rede

A Rede

“Os historiadores reconstituem o passado nos mínimos detalhes com um cuidado muito maior, pois este se perdeu para sempre. Estaremos realmente tão distantes de nosso passado quanto desejamos crer? Não, já que a temporalidade moderna não tem muito efeito sobre a passagem de tempo. O passado permanece, ou mesmo retorna. E esta ressurgência é incompreensível para os modernos.” Bruno Latour, 1989

2.1- Identificando os atores:

No mundo contemporâneo o processo de produção de conhecimento pode ser visto como um produto proveniente do efeito de uma rede de materiais heterogêneos, onde elementos políticos, econômicos, sociais, técnicos, institucionais e profissionais são justapostos e então “traduzidos” para um conjunto de produtos que formaram o contexto histórico da construção de um conhecimento igualmente heterogêneo. No caso deste estudo, estamos lidando com o conhecimento especializado da enfermagem neonatal.

Este híbrido traz no contexto de sua trajetória tramas que compõe a rede que se revela com a convergência dos atores significantes, este processo coletivo de fatos e translações de interesses marcou a dinâmica do surgimento e das transformações da especialidade neonatal. Nesta trama, nenhum ator deve ser privilegiado, pois todos são determinantes e imprescindíveis no entendimento do objeto do estudo (LATOUR, 1994. p. 258).

Cabe-nos revelar a trama que os interligam e que compõem a rede do processo de produção de conhecimento técnico-científico concebida por Bruno Latour (2000) como um processo social, cuja análise privilegia a ampliação de seu campo.

Desta forma, começaremos a tecer esta pesquisa com um ator historicamente presente em todos os estudos sobre a temática neonatal e que

representa o ponto primordial da translação de interesses que permeou o desenvolvimento da especialidade, a mortalidade infantil.

A taxa de Mortalidade infantil é terminologia empregada para designar todos os óbitos, de crianças menores de um ano de vida, ocorridos em determinada área e em dado período de tempo. Seu instrumento de medida é o coeficiente de mortalidade infantil obtido através da divisão do número de óbitos de menores de um ano em determinada área no período de um ano pelo número total de nascidos vivos na mesma área e durante o mesmo ano, multiplicando-se por cem, mil ou mesmo dez mil (ROUQUAYROL, 1999).

Este indicador de saúde é considerado um dos mais eficientes sensores do desenvolvimento social e econômico de uma população, isto porque estas taxas sintetizam a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida e, por essa razão, refletem não só as condições concretas de saneamento, salário e saúde, mas também, o compromisso de determinada sociedade com a sua reprodução social, ou seja, em que medida a sociedade protege a sua renovação geracional (SZWARCOWALD, et al, 1992).

Segundo Viegas & Dolabela, (1986), podemos citar três conjuntos de atores sócio-econômicos que participam na determinação do coeficiente de mortalidade infantil de um país: os serviços públicos de saúde que influenciam a mortalidade independente de decisões individuais; os serviços que podem levar à melhoria do nível de saúde, como, por exemplo, a disponibilidade da água potável e saneamento básico; e, por fim, uma série de características diretamente ligadas ao indivíduo, tais como a renda, as quais afetam a saúde através da nutrição, a moradia e a educação.

Considerando que o nível de mortalidade é determinado pelo efeito combinado de todos esses atores, podemos dizer que o coeficiente de mortalidade infantil é um indicador de saúde que, além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de dada conformação social.

No cenário das décadas de 1980 e 1990 as intervenções dirigidas à redução da mortalidade infantil no mundo, representaram a idéia política globalizada de que não seria possível alcançar crescimento econômico sem

trabalhar simetricamente com ações diretas definidas por translações entre política econômica, social e de saúde de um país.

Esta complexa trama revelava a visão mundial que passou a avaliar desenvolvimento econômico não somente pelo fenômeno econômico concreto, mas pela sua capacidade de gerar desenvolvimento social visando o ser humano e todas as suas necessidades básicas.

O conceito de crescimento econômico passou a traduzir exclusivamente o aumento quantitativo de riquezas produzidas, ou seja, na variação quantitativa do Produto Interno Bruto de um país em determinado período, enquanto o significado de desenvolvimento econômico passou a levar em consideração os indicadores sociais de um país, tais como: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, número de médicos e leitos hospitalares por habitante, quantidade média de anos na escola, expectativa de vida, dentre outros (COSTA et al, 2003).

Crescimento econômico foi assim diferenciado do desenvolvimento econômico, aceitando que estes são fenômenos distintos, porém, simetricamente interligados e que o desenvolvimento gera crescimento e, não necessariamente o inverso é verdadeiro.

Esta reflexão nos leva a uma consideração fundamental no que tange à formação social brasileira no período, para o Estado o desenvolvimento passou a ser concebido como um processo integrado em que seus diferentes componentes estão interligados e se interpenetram. O tratamento particularizado e não simétrico de um determinado aspecto em detrimento dos demais resultaria num desenvolvimento desigual e “desequilibrado”, onde somente uma parte da população seria beneficiada.

Esta concepção político neoliberal, reflexo da idéia global de desenvolvimento, foi inserida no Brasil a partir da década de 1980 e representou o acoplamento estrutural entre a sociedade civil e as novas propostas políticas e econômicas do Estado (SINGER, 1998).

Ressaltamos que o Brasil no período de 1980 a 1990 enfrentava a mais profunda recessão social e econômica de toda a sua história, o país herdava

uma dívida externa deixada pela ditadura¹⁷ e enfrentava a crise mundial causada pelo segundo choque do petróleo¹⁸.

Nessa conjuntura, o país teve que adotar estratégias para minimizar a insustentável condição da dívida externa e diminuir o descrédito¹⁹ da comunidade financeira internacional na política econômica do país (GUTIERREZ, 1990).

A fragilidade financeira levou o país a implementar um forte ajuste recessivo sob tutela do FMI, as chamadas cartas de intenções, que envolviam: um programa de estabilização, a realização de uma abertura econômica intensa e rápida, a implementação de um amplo programa de privatizações e uma profunda reformulação do papel do Estado, não apenas em termos do seu protagonismo econômico e de suas funções reguladoras, mas também, de suas responsabilidades como provedor de políticas econômicas e sociais, a adoção destas medidas foi fundamental para a renegociação da dívida externa com os credores internacionais (CASTRO, 1997).

Essa convergência da política econômica como infra-estrutura e da política social e de saúde como suporte ao trabalho, correspondeu ao eixo da organização das relações sociais que compôs o cenário das permanentes translações que ocorreram no Brasil neste período, e que se traduziram na ampliação do conceito de saúde pública no país. Este credo, sua expansão e sua catequese foram fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no mundo (LATOURET, 2000).

A partir daí, o Brasil teve que enfrentar três grandes e urgentes desafios: estabilizar a economia, retomar crescimento e desenvolvimento econômico e erradicar a pobreza e melhorar a saúde da população.

¹⁷ A Ditadura Militar foi período da política brasileira em que os militares governaram o Brasil que vai de 1964 a 1985.

¹⁸ Em 1979 o 2º choque do petróleo surgiu como consequência da revolução Islâmica liderada pelo Aiatolá Khomeini, que paralisou a produção iraniana de petróleo gerando a elevação do preço do barril o que provocou uma conjuntura recessiva mundial.

¹⁹ O descrédito era em relação a política de maxidesvalorização iniciada a partir de 1979 pelo Ministro Delfim Neto, que dizia respeito ao barateamento dos produtos de exportação brasileira no mercado internacional.

Assumindo um modelo de política neoliberal²⁰ o país lançou diversos planos econômicos²¹ que consistiram basicamente em cortes de salários, demissões dos funcionários públicos em excesso, realização de mudança nas leis trabalhistas, na previdência social e na aposentadoria e reforma no sistema de arrecadação e atribuição de impostos. Porém tais medidas serviram apenas para agravar a situação econômica e social do país, efetivamente ocorreu uma queda da oferta de bens e serviços públicos, conduzindo ao agravamento do descompasso entre recursos e dispêndios, levando ao aumento das taxas de desemprego e conseqüentemente a pobreza do país (MODIANO, 1990).

Apesar do caráter econômico recessivo a proposta neoliberal foi muito bem aceita pela população brasileira porque trazia no subtexto do seu discurso a possibilidade de viver a democracia do espaço social do Brasil, oportunizando o dialogo direto entre sociedade civil e Estado, de tal forma que ultrapassou as questões político-partidárias, e se estendeu às questões culturais, educativas, ecológicas, feministas, de saúde pública e etc (GOHN, 2000, p. 324).

Ao longo desta nova cena política o desenvolvimento social entra em intenso debate com relação à forma de se fazer saúde pública no país. A mudança no pensamento político dominante, tanto na economia como na previdência social, potencializaram as questões sobre o sistema de saúde ao decretar sua falência em 1981 logo após a VII Conferencia Nacional de Saúde, os debates públicos foram intensificados delineando um novo projeto de democratização do setor saúde (DOIMO, 1995).

²⁰ A principal meta da doutrina neoliberal esta na estabilidade monetária, no combate às taxas inflacionárias, e outra peculiaridade deste movimento ideológico é o caráter anticomunista. Tal caráter tem sua razão de ser no contexto político-ideológico da guerra-fria (ANDERSON, 1995). Dos países latino-americanos, o Brasil foi o último a adotar o receituário neoliberal na década de 1990 com de Fernando Collor, e se consagra hegemonicamente precisamente a partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso em 1994 (ver FIORI, 1993).

²¹ Os graves problemas sociais e econômicos advindo da inflação e do endividamento externo levou a elaboração de “8 planos consecutivos para estabilização da economia, 4 diferentes moedas, 11 índices distintos para cálculo da inflação, 5 congelamentos de preço e salários, 14 políticas salariais, 18 mudanças nas regras de câmbio, 54 mudanças nas regras de controle de preços, 21 propostas de negociação da dívida externa e 19 decretos governamentais de austeridade fiscal”.Somente a partir de 1994, com a elaboração do plano Real, do presidente Itamar Franco, o país alcançou uma relativa estabilidade. (ver FIORI,1993)

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde contou pela primeira vez na história do país com a participação de movimentos intelectuais, sindicais e sociais, do movimento dos médicos²² e do Movimento Sanitário²³. Sua organização teve uma estrutura mais ampla e descentralizada, baseada nos incontáveis encontros regionais realizados ao longo de um ano que deflagraram a mercantilização da medicina e as precárias condições de trabalho e atendimento nos serviços públicos de saúde.

A enfermagem trouxe, através da ABEN/COFEN, um plano de carreira pautado em critérios objetivos, claros e justos, e que viessem a garantir, no nível local de gerenciamento do SUS, uma política de desenvolvimento de pessoal, de formação e capacitação dos trabalhadores.

Da Conferência emergiu a Comissão Nacional de Reforma Sanitária com a incumbência de preparar uma nova proposta para o novo sistema de saúde. Extremamente legitimada pela sua representatividade e abertura. O projeto de universalização da saúde foi aprovado no Congresso Constituinte e integrado à constituição de 1988.

Tal processo cunhou na famosa frase “Saúde, direito de todos e dever do Estado” que trouxe uma clara reflexão sobre o posicionamento do Estado na provisão de bens e serviços, principalmente os de natureza social, bem como da valorização das esferas estadual e municipal de governo, dentro do nosso sistema federativo.

Porém a Lei Orgânica da saúde, só iria acontecer no segundo semestre de 1990, já no Governo do presidente Fernando Collor e após muita neogociação do Ministério da Saúde com o Movimento sanitário, com isso houve um atraso inicial de dois anos para o começo da implantação do SUS.

²²O movimento médico caracterizou-se por forte resistência às políticas de saúde do regime militar e pela disputa de um papel principal na elaboração, junto a outros integrantes do movimento social em saúde, de uma proposta de reformulação do sistema, o que culminou na proposta nacional de Reforma Sanitária por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde. (Gerschman, 1995, p. 193).

²³ O movimento sanitário surgiu no Brasil em meados da década de 1970 coincidindo com a crise fiscal e de legitimidade do regime autoritário. Apesar das diferentes posições ideológicas de seus membros este ator coletivo surgiu como uma alternativa contra - hegemonia ao modelo de política de saúde dominante no País.

O Sistema Único de Saúde tinha como princípios norteadores à universalidade do direito a saúde a todos os brasileiros, a equidade das ações e serviços de saúde e a integralidade indivisível de cada indivíduo.

A visão de saúde passou a ser relacionada com vida qualificada pelo conjunto de benefícios oferecidos pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento técnico científico na sociedade moderna. Segundo Moraes (1996):

(...) quando se fala em saúde, não se tem em mente a sua relação com a doença e, conseqüentemente, com a morte. Tem-se, uma posição auto-refletiva da saúde relacionada com ela mesma e, assim, à vida e, além disso, não uma vida caracterizada como sobrevivência, mas uma vida qualificada pelo acesso aos benefícios da cidade (MORAIS 1996, p. 51)

No âmbito da saúde da criança o governo, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, define o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança²⁴, com o intuito de estabelecer um elo de ligação entre este grupo populacional e os serviços, voltando-se para atender as necessidades através de meios técnicos e insumos e através do acompanhamento sistemático do seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, MS, 1984).

A abordagem epidemiológica desse programa estava ligada ao papel do Estado como responsável pelo processo de crescimento, desenvolvimento da criança os serviços deveriam estar preparados para resolver, a partir da unidade mais elementar, a maioria dos problemas de saúde das crianças (BRASIL, MS, 1984).

Nesse contexto, a divisão das taxas de mortalidade infantil fez-se necessária por ser esta uma forma de possibilitar a ampliação da visão e a adoção de medidas e programas de controle da mortalidade infantil, voltados para os fatores determinantes de cada componente especificamente, permitindo uma atuação precisa de acordo com o diferencial das causas e das formas de prevenção.

²⁴ O PAISC através de articulação de estratégias preventivas, curativas e promocionais, propôs cinco ações básicas de saúde a criança: 1 - aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; 2 - assistência e controle das infecções respiratórias agudas; 3 - imunização; 4 - controle das doenças diarreicas; 5 - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atendiam, do ponto de vista epidemiológico, aos agravos mais freqüentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de vida e tinham, como estratégia, utilizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência à criança.

Desta forma o componente neonatal ficou incluído nos óbitos durante as quatro primeiras semanas de vida e o componente pós-neonatal nos óbitos ocorridos no período após o 28º dia até o 12º mês de vida, antes de a criança completar um ano de idade (ROUQUAYROL, 1994).

Assim, o investimento na redução da mortalidade pós-neonatal foi associado às condições socioeconômicas e do meio ambiente e a mortalidade neonatal foi intrinsecamente relacionada às condições de gestação, parto e da própria integridade física do recém-nascido, tornado-se a de mais difícil solução, pois envolve investimentos em serviços hospitalares, em tecnologias mais complexas e em mão de obra especializada.

Cresce assim o investimento na área neonatal no Brasil articulado a representação do componente neonatal como a maior parcela das taxas de mortalidade infantil no país. Neste período ocorreu a implantação de programas relacionados à saúde na área materno infantil²⁵, voltados para o pré-natal, parto, puerpério além da ampliação da oferta de leitos hospitalares e de serviços neonatais. Estas medidas trouxeram a queda de 45,3% das taxas de mortalidade infantil evidenciando a associação destes índices ao investimento na área perinatal (MARANHÃO et al, 1999).

| Taxa de mortalidade infantil (‰) | |
|-------------------------------------|--------|
| Ano | Brasil |
| 1980 | 82,8 |
| 1985 | 62,9 |
| 1990 | 48,3 |
| 1996 | 37,5 |

Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil no Brasil - 1980/1996
Fontes: Censo demográfico Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997.

²⁵ Concomitante a visão reducionista da política de saúde do país, emergiram mudanças significativas do papel da mulher, o movimento feminista trouxe a luta pelos direitos da mulher, que articulado com o movimento de reforma sanitária impulsionou a criação do *Programa de Assistência a Saúde da Mulher* (PAISM) e do *Programa de Assistência a Saúde da Criança* (PAISC) (ver FARAH 2004 e MS 1984)

No estado do Rio de Janeiro, a evolução temporal da mortalidade neonatal entre os anos de 1979 a 1993 foi estudada por Leal e Szwarcwald que subdividiram o Estado em três grandes áreas: o Município da Capital, o Cinturão Metropolitano e o Interior e caracterizaram a mortalidade neonatal segundo seus componentes etários, 0-23 horas, 1-6 dias, e 7-27 dias, investigando a tendência temporal das principais causas de óbito em cada idade. A grande queda na mortalidade neonatal tardia (7-27 dias) evidencia o impacto da expansão do híbrido neonatologia nas taxas de mortalidade infantil do Estado do Rio de Janeiro.

| Grupo etário | 1979-1981 | 1990-1992 |
|--------------|-----------|-----------|
| 0-23 horas | 7,9 | 7,2 |
| 1-6 dias | 9,0 | 6,6 |
| 7-27 dias | 6,1 | 3,1 |
| 0-27 dias | 23,0 | 16,9 |

Tabela 2 - Taxas de mortalidade neonatal (/1.000 NV) segundo grupos etários.

Fontes: Censo demográfico Rio de Janeiro: IBGE, 1979-1981 e 1990-1992.

O fato é que a queda da mortalidade neonatal aqui observada, não se explica pela melhoria das condições materiais de vida da população como um todo em termos de renda, alimentação e moradia, visto que este período é caracterizado pela recessão econômica e social no país. Estes índices então são, por excelência, o elenco de indicadores das ações de intervenção de políticas públicas voltadas à efetiva cobertura dos serviços de saúde, de suas ações internas e externas ao setor, que convergiu no fortalecimento da assistência neonatal.

É determinante o fato de que o desenvolvimento da neonatologia teve por base atores como: a integração mundial gerada pela globalização²⁶, a

²⁶ A globalização está diretamente relacionada às tecnologias, instrumentos e mensagens presentes em todas as partes, não são de nenhuma parte, não estão unidos a nenhuma sociedade ou a nenhuma cultura

ampliação de leitos e serviços neonatais nas maternidades públicas, a reestruturação dos berçários patológicos em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e a expansão tecnológica que gerou mudanças no modelo assistencial e no modelo de formação dos profissionais inseridos na área.

Bruno Latour (2004) chama a atenção para o fato de que os recursos em uma rede estão concentrados nos nós, que estão ligados uns aos outros pelas malhas que permitem disponibilizar os recursos espalhados em uma rede a todo o momento, mesmo que, os nós pareçam se estenderem por toda à parte.

Com base nestes argumentos percebemos a necessidade de se rever a criação do Departamento de neonatologia do IFF será um ponto de partida que nos remeterá a origem da formação do conhecimento específico da enfermagem neonatal da instituição, visto que, sua história representa o reflexo de interferências de um conjunto de atividades de atores, de ordem institucional, governamental e profissional que simetricamente somados e interligados compõem a teia do estudo.

Nesta perspectiva, é fundamental esclarecer que a instituição já contava com uma unidade para atendimento a recém nascidos desde 1940²⁷, porem, sua estrutura física e organizacional a caracterizava como um berçário patológico de baixa complexidade²⁸ onde o uso de tecnologia é restrito, os profissionais da enfermagem executam procedimentos de baixa complexidade.

Segundo a informante Marismary H. de Seta, em meados dos anos 1980 o perfil da unidade não era muito diferente das suas características iniciais, o cuidado ainda era realizado por auxiliares de enfermagem que não tinham experiência em intensivismo neonatal. A única enfermeira do setor

particular (TOURAINÉ, 1997:9-19); dá-se através de um processo multi-facetado de integração global guiado, ainda que nem sempre a sua imagem, pelas mais poderosas empresas transnacionais, instituições, atores e hegemonias culturais da economia mundial capitalista' (BAUMAM, 1999). A ampla visão permitida pela globalização exigiu mudanças que se refletiram na forma de relacionamento entre as pessoas, a maneira como elas pensam, se comunicam e trabalham.

²⁷ Em 1940 o médico Dr Luíz Torres Barbosa inaugurou o Centro de prematuros no IFF, sendo este um dos primeiros do gênero no país.

²⁸ A classificação das UTI por complexidade encontra-se especificada na lei na Portaria MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.

desempenhava o papel burocrático de chefe no turno da manhã, a equipe ainda contava com apenas três médicos diaristas.

Neste ponto, é importante esclarecer que a especialidade era recente em nosso país e que poucos profissionais médicos tinham alguma experiência em neonatologia e no caso da enfermagem o número era ainda mais reduzido. A exigência de médicos e enfermeiros cobrindo às 24 horas na Unidade²⁹ ainda não era regulamentada.

Os estudos na área neonatal começavam a despontar, era o início dos primeiros ensaios clínicos onde as terapias estavam sendo avaliadas, as equipes começavam a institucionalizar normas de conduta nas unidades e a introduzir equipamentos avançados para atender as exigências clínicas do paciente neonatal.

Somado a todo esse burburinho de novidades na especialidade, estava o forte interesse político na redução das taxas de mortalidade infantil e o interesse do governo em ampliar o número de leito do Estado para atender a nova política de saúde do país, foram estes atores que interligados deram subsídios para a multiplicação de Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal públicas e privadas por todo o Estado do Rio de Janeiro³⁰.

No Instituto Fernandes Figueira a unidade de tratamento de prematuros já contava com um corpo clínico composto por médicos de relevante importância na neonatologia³¹, porém, faltavam-lhe condições básicas para a

²⁹ Apenas após a regulamentação da Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O nº 237, de 15 de dezembro de 1994, passou a ser necessário a presença de médicos e enfermeiros 24 integralmente dentro da UTIN. Mesmo assim algumas unidades levaram alguns anos para se adequar a esta regulamentação.

³⁰ O sistema de saúde no Brasil tem como formas de acesso o sistema público e os serviços complementares de saúde (saúde privada), este sistema misto de saúde começou a se desenvolver nas décadas de 1940 e 1950, quando empresas do setor público reverteram recursos próprios de seus empregados para financiar ações de assistência à saúde. A década de 1980 foi marcada pela proliferação dos denominados convênios médicos que estimularam, decisivamente, o processo empresarial da medicina, o crescimento das UTIN privadas neste período foi um reflexo deste momento. Todo este setor foi regularizado em 1998, com a Lei 9.656/98 e com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).(ver ALMEIDA, 1998)

³¹ A equipe médica no período também contava com a presença do Dr. Nicola Albano, um dos neonatologistas precursores da especialidade no Brasil, professor empenhava-se em transmitir seus conhecimentos, foi presidente da sociedade brasileira de pediatria e fundador de um dos primeiros centros de prematuros em nosso Estado, em 1980 era um dos médicos que fazia parte da equipe de neonatologia do IFF.

prestação do cuidado intensivo neonatal. Eram poucos os recursos tecnológicos, sua área física era inadequada e não havia recursos humanos suficientes³² para a prestação do cuidado.

Segundo depoimentos sabe-se que a unidade apresentava problemas com relação à qualidade do cuidado e também quanto à questão interdisciplinar, eram constantes os conflitos assistenciais entre equipe médica e de enfermagem, o relacionamento de trabalho era muito difícil.

(...) eu realmente constatei que a situação do berçário era calamitosa, eu posso dizer que era calamitosa (...) você quase não enxergava os bebês nas incubadoras por que a questão de conservação e asseio, de higienização de infecção enfim (depoimento oral de Marismary H. de Seta, 2009).

(...) eu sabia que tinha um conflito muito grande e que era de fato bilateral, porque também existiam auxiliares de enfermagem que faziam gestos para os residentes, enfim existia uma situação de conflito ali (depoimento oral de Marismary H. de Seta, 2009).

Neste momento, buscando uma solução para tais problemas, a instituição contrata a enfermeira Marismary H. de Seta, que inicia o seu trabalho tendo como desafio modernizar o cuidado da enfermagem e melhorar a interação da equipe interdisciplinar, entretanto, o perfil do trabalho desta enfermeira foi além das questões administrativas que seu cargo lhe impunha, ela conseguiu estabelecer um elo entre as duas equipes, possibilitando assim a articulação de interesses que dariam suporte para o crescimento do conhecimento específico da enfermagem.

Eu sabia que tinha que fazer alguma coisa para colocar uma cunha, porque o conflito no setor era grande demais, era necessário colocar uma cunha... fizemos um tratado de não interferência (depoimento oral de Marismary H. de Seta,, 2009).

(...) eu comecei a participar dos rounds³³...E eu passei a estar presente, a participar. Foi uma experiência riquíssima... fui ganhando a confiança da equipe,... nós fomos identificando o

³² Entende-se como recursos humanos suficiente a relação entre a disponibilidade ou provisão de recursos humanos e o volume de trabalho, representado pelo número e complexidade de pacientes internados (ver LAMY, 2001)

³³ Rounds, na área de saúde, corresponde ao momento em que a equipe multiprofissional se reúne e discute caso à caso dos pacientes internados na unidade. É um momento de troca de informações e discussões de condutas.

problema de cada auxiliar de enfermagem, instituindo rotinas, de desinfecção, lavagem das mãos..(depoimento oral de Marismary H. de Seta, 2009).

Analisando os depoimentos, percebemos que a contratação desta nova enfermeira, neste momento crítico, foi uma peça importante no desenvolvimento da enfermagem neonatal do IFF. Tendo como estratégia à obtenção do conhecimento para adquirir confiança e poder, tornou-se um ator determinante na melhoria do cuidado e na troca do saber interdisciplinar. Seu posicionamento como chefe da unidade conquistou respeito e credibilidade das duas equipes, ampliando a possibilidade de crescimento do conhecimento específico da enfermagem.

A Marismary H. de Seta, era sozinha, mas era uma pessoa muito envolvida, muito líder, tinha uma liderança muito grande, uma formação muito boa, e fomos aprendendo juntos (depoimento oral do Drº Manoel de Carvalho, 2009).

Segundo Bruno Latour (1989) o domínio do conhecimento não representa elemento nem suficiente nem determinante para a definição de uma profissão. Sem o recrutamento de numerosos aliados, sem tática sutil que permite ajustar simetricamente os recursos humanos e não humanos, a retórica da ciência torna-se impotente.

É neste momento que o cenário político e de saúde do país, impôs ao governo a ampliação dos empreendimentos na área neonatal, iniciativas nacionais de programas voltados para a área materno infantil³⁴ foram surgindo, ocorreu o aumento de investimento para modernização e ampliação de leitos neonatais.

Neste contexto, o Instituto Fernandes Figueira possuía uma posição estratégica no processo de desenvolvimento nacional no campo da saúde da mulher e da criança, pois, sendo este um hospital público federal materno infantil, com um perfil voltado para pesquisa, ensino e assistência, e ligado a FIOCRUZ, que representa para o governo um órgão disseminador de

³⁴ Os programas eram voltados aos problemas mais prevalentes e de alta morbidade e mortalidade, com ênfase em ações de tecnologia de baixo custo e fácil acesso. Dentre eles voltamos a destacar o PAISM, o PAISC, e mais tarde o Programa Historia Clinica Perinatal em 1988 (MS,1994).

conhecimento e formador de novos profissionais, era clara a importância de sua participação em todo esse processo de investimento na área.

Este fato torna a instituição um ator elo desta rede que, mediante os novos anseios políticos e a necessidade social, começa a buscar alternativas que viessem a modernizar o seu centro de cuidados de Prematuros. Era preciso investir e transformar a unidade em um Centro de Tratamento Intensivo Neonatal, essa iniciativa correspondia à intenção de ampliar o número de leitos dos serviços neonatais no Estado do Rio de Janeiro que era uma meta da política de saúde do período.

Desta forma, segundo o informante Dr^o. Manoel de Carvalho, em 1982 o diretor do IFF Dr^o. Newton Potsh Magalhães convidou-o para organizar uma unidade de atendimento a RN graves, junto com a equipe já existente no berçário da instituição.

Em 1982, eu trabalhava nos Estados Unidos e fui chamado pelo Dr^o. Newton Potsh, diretor do hospital na época, para assumir uma vaga para instalar um serviço de atendimento a RN graves... Eu lembro que era um dinheiro que o INAMPS ia repassar para o Fernandes Figueira, existia uma idéia política de se investir na área neonatal. (depoimento oral do Dr^o Manoel de Carvalho, 2009).

A verba seria recebida do INAMPS³⁵ e através dela seria possível transformar o Berçário de Prematuros em um Berçário de Alto risco - BAR e um Berçário intermediário – BI, mudando assim o perfil de cuidado prestado na unidade.

Diante deste fato, o Dr^o. Manoel de Carvalho junto com o Dr^o. José Maria Lopes, que então já fazia parte da equipe do berçário da instituição, iniciou seu trabalho aguardando a liberação da verba que seria utilizada para adequação da unidade. O trabalho era restrito visto que a unidade ainda não oferecia

³⁵ O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) foi criado em 1977, seu papel era prestar assistência médica aos servidores civis da União, aos trabalhadores urbanos e aos trabalhadores rurais. O órgão foi extinto pelo art. 198 da Constituição Federal e nas Leis n^os 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, como consequência da reforma sanitária.

recursos tecnológicos nem humanos adequados para o perfil de assistência intensiva neonatal.

Naquela ocasião não tinha UTIN, e as crianças que nasciam graves morriam, na realidade nem nascia muita criança grave por que este aqui não era um serviço de referência, então as poucas que nasciam faleciam, porque não tinha como ventilar a criança, nos só tínhamos no início um respirador volumétrico LSO4... (depoimento oral do Drº. Manoel de Carvalho, 2009).

Ao passar do tempo a proposta do INAMPS não foi concretizada. Frustrados, Drº. Manoel de Carvalho e Drº. José Maria Lopes iniciaram uma busca pessoal pela modernização e transformação do Berçário em uma Unidade Neonatal, iniciando um processo de tradução de idéias que culminou na elaboração do projeto denominado “Morbi – mortalidade Neonatal no Rio de Janeiro, sua prevenção e tratamento”.

Então como o serviço prometido pelo INAMPS não aconteceu, nós começamos a ficar inquietos... Então eu senti que a coisa era muito política, tivemos então a idéia do projeto e começamos a ir atrás, e vi que dependia muito mais da gente. Se eu quisesse um patrocinador eu não poderia olhar só para o umbigo do IFF.

Eu teria que propor um serviço regional de referência de gestação de risco, isso tinha muito mais apelo político do que se eu falasse que queria resolver problemas dos bebês que nascem no IFF. (depoimento oral do Drº. Manoel de Carvalho, 2009).

Segundo análise de documentos³⁶, o objetivo do projeto estava focado na ampliação de leitos neonatais no Estado do Rio de Janeiro, sua realização seria necessária a modernização da estrutura física da unidade, o investimento em tecnologia com a compra de aparelhos de suporte a vida e laboratoriais para a unidade e o treinamento e capacitação de recursos humanos como condição fundamental para o desenvolvimento de uma assistência qualificada.

Percebemos no relato, que a intenção era de produzir o melhor atendimento possível, embasado cientificamente, de forma a oferecer um

³⁶ Estes dados foram coletados dos relatórios de compras de material e das obras, cartas trocadas entre direção e chefia do Serviço de neonatologia localizados no arquivo do Departamento de Neonatologia.

atendimento neonatal diferenciado. Para tanto, foi necessário articular os interesses, expandir a questão da reforma da unidade para um espaço mais amplo, convencer os pares, de que a abertura da unidade representava o aumento do número de leitos, a estruturação de um serviço que serviria de referência em neonatologia para todo o Estado e a ampliação do campo de estágio, pesquisa e de formação de especialistas na área. O projeto ganhou assim fortes aliados para a sua execução e se transformou em um objeto único de concentração de força.

(...) depois que o projeto ficou muito bonito, nos ficamos pensando quem é que poderia financiar este projeto. E saímos procurando alguém até que a gente conseguiu envolver, seduzir um gerente do Banco do Brasil Agência Ramos, ele gostou do projeto, levou o projeto para uma instância superior lá em Brasília, e o Banco do Brasil aprovou este projeto. (depoimento oral do Drº.Manoel de Carvalho, 2009).

Latour (1994:242) ressalta que não basta definir e dominar certa área do saber. Há que implementar simultaneamente movimentos persuasivos em duas direções: por um lado cabe conquistar a aceitação e o reconhecimento junto à comunidade científica e o Estado. Por outro lado, deve - se convencer a sociedade sobre a necessidade da existência desta atividade.

Segundo documentação³⁷ a aprovação do projeto ocorreu no início do ano de 1984 com a aprovação da verba que viabilizou a reforma e a transformação da unidade pelo convênio FIOCRUZ/FIPEC/BB. A reforma foi iniciada após a abertura da conta em 05 de Abril de 1984 no Banco do Brasil com o depósito inicial de Cr\$ 103.898.000,00 totalizando o valor de Cr\$ 200.000.000,00 no final das obras.

Durante os seis meses seguintes a unidade foi toda reformada, sua planta física foi ampliada e totalmente modificada e também equipada com tecnologia própria para a assistência neonatal, entre os itens de compra foram identificados nos documentos: respiradores, monitores, centrífugas, bombas infusoras, instrumentais para montagem de bandejas de procedimentos (equisanguineo transfusão, dissecação venosa, cateterismo umbilical,...),

³⁷ Memorando do Banco do Brasil comunicando a aprovação da verba, comprovante de depósito bancário com os valores e cartas da direção parabenizando os médicos pela conquista, localizados no arquivo do Departamento de Neonatologia.

centrífugas, incubadoras, aparelhos e móveis de escritório, aparelhos de refrigeração, material de insumo e etc. O serviço passou a contar com trinta leitos, dezoito incubadoras, oito berços de calor radiante, monitores e respiradores.

(...) com esse dinheiro a gente quebrou o berçário todo, fizemos o que ainda é hoje, para você ter uma idéia já devia até ser modificado, nos pegamos todo o conceito que estava no papel e colocamos na prática e fizemos uma estrutura para a época avançada, um conceito diferente, compramos equipamentos, faltava treinar pessoas. (depoimento oral do Drº. Manoel de Carvalho, 2009).

A inauguração ocorreu de forma prematura em 19 de Outubro de 1984, para atender ao nascimento de gemelares, uma hora antes da solenidade de inauguração, o evento foi publicado no Jornal do Brasil em 20/10/1984, com o título “Nascimento Prematuro de Gêmeos Antecipa a Abertura de Hospital”, o texto detalha o nascimento esclarecendo ter nascido um menino de 860 gramas e uma menina de 520 gramas, filhos de Maria de Fátima, nascidos com 29 semanas de gestação (JB, 1984).

A unidade que outrora se caracterizava como um berçário patológico de poucos recursos passou assim ser um dos primeiros serviços públicos do Estado do Rio de Janeiro³⁸ a contar com uma estrutura moderna e adequada ao atendimento de recém nascidos de alto risco.

Com as questões das instalações e da estrutura física resolvida, a equipe se reforçou buscando traduzir, como unidade de pensamento do grupo, a meta de transformar o serviço em referência nacional de neonatologia.

Para alcançar a solução para problemas como: a falta de profissionais treinados, o número insuficiente de enfermeiras e médicos no quadro funcional e a inserção de novas técnicas e novas práticas em uma equipe inexperiente e reduzida, a equipe se empenhou sobremaneira, acreditando ser este objetivo a representação das suas próprias idéias, traduzindo-os de forma não

³⁸ O Estado do Rio de Janeiro, já contava com UTIN em alguns dos seus hospitais como o Hospital Pedro Ernesto e a Maternidade Fernando Magalhães, porém, estas unidades não tinham neste momento, os recursos tecnológicos que o IFF conseguiu através da verba do projeto morbi mortalidade.

diferenciada da classe a que pertenciam, assumindo-os em parceria como vontade única para garantir o crescimento e a estabilidade da unidade.

Percebemos no decorrer da formação desta rede que a translação representou o diferencial deste grupo, tornando possível canalizar os seus vários e contrários interesses em uma só direção.

Para Bruno Latour (2000), um objeto construído é parte de um processo, tem uma história, não existiu sempre “por aí”, sua origem frequentemente é humilde, heterogenia. Desde que esteja na rede de relações, nunca esteve ou estará sob domínio de seu criador. O objeto fabricado poderia ter falhado em vir a existir, mas agora que existe, proporciona ocasiões não previstas, devendo ser mantido e protegido para continuar a existir.

(...) fizemos uma estrutura para a época avançada, conceito diferente, compramos equipamentos e etc.. mas, faltava treinar pessoas. Bom o serviço sozinho não funcionava (depoimento oral do Drº. Manoel de Carvalho, 2009).

Como a unidade possuía apenas duas enfermeiras e uma equipe de auxiliares de enfermagem com pouca experiência em intensivismo neonatal, os depoimentos deixam claro que ocorria uma preocupação dos membros da equipe em treinar e aumentar o número de enfermeiras na unidade. Isso se justificava porque estava sendo implantado um serviço inovador para o período, com recursos tecnológicos de ponta. Além disso, é importante lembrar que a meta da equipe era transformar a unidade em referência nacional em neonatologia, o que exigia um atendimento qualificado e diferenciado.

O primeiro curso de enfermeiros veio com o objetivo de aumentar o número de enfermeiros dentro da unidade, ... (depoimento oral de Mary S. B. Callazans, 2009).

O treinamento das enfermeiras veio da visão de que não há serviço que possa se sustentar sem a participação de uma enfermagem boa....Eu queria uma enfermeira, como vimos lá fora, nos moldes da assistência americana. Como treinar estas pessoas se elas nunca tinham sido expostas a nenéns de alto risco? (depoimento oral de Manoel de Carvalho, 2009).

As falas demonstram que a equipe buscava aumentar o número de enfermeiros como uma forma de atender as exigências do cuidado prestado na unidade, a nova responsabilização pelos cuidados ofertados exigia a presença da figura do enfermeiro dentro da unidade.

De acordo com Montenegro (2007, opcit Figueiredo, 1964) a alteração no modelo de assistência dos hospitais especializados trouxe como consequência a preocupação com uma assistência de enfermagem mais diretamente voltada ao doente, de modo a exigir uma equipe de enfermagem compatível com as novas atribuições da área.

Para desenvolver este novo modelo de assistência, era necessário investir na construção do conhecimento da enfermagem como peça fundamental para prestação de uma assistência qualificada. É importante reforçar que esta era uma área de atuação que se iniciava no Brasil, assim havia poucos enfermeiros com experiência neonatal, além disso, como o hospital não contava com um número suficiente de enfermeiras para treinar o novo grupo, mais uma vez a translação de interesses foi fundamental para a construção do conhecimento especializado neonatal para a enfermagem.

Segundo análise do documento³⁹ redigido pelo Dr^o. José Maria Lopes, para melhor instrumentalizar a enfermagem, o grupo buscou nos recursos disponíveis da FIOCRUZ uma forma de ampliar o número de enfermeiras na UTIN. A liberação de quatro bolsas do Programa de Aperfeiçoamento Profissional – PAP⁴⁰, com duração de doze meses para a capacitação profissional caracterizou o primeiro curso para enfermeiras dentro da unidade voltado especificamente para a área neonatal.

No mesmo documento é estabelecido que o curso teria como coordenadora a médica Dr^a. Helena Maria Rocha Conceição, porém segundo

³⁹ Memorando do Dr José Maria Lopes à Direção do Hospital solicitando verba e bolsas localizado nos arquivos do Departamento de Neonatologia.

⁴⁰ O programa de aperfeiçoamento profissional, que já existia em 1984, passou a ser disciplinado pela portaria da presidência nº129.94-PR em 26 de Abril de 1994. O programa destinava-se a proporcionar conhecimento teórico e prático e possuía diferenciações de carga horária, no caso da instituição foi utilizada a carga horária de 160 horas mensais.

depoimentos, a supervisão do curso ficou para a chefe de enfermagem da unidade e o treinamento prático foi realizado pela única enfermeira diarista da unidade e a parte teórica era realizada pela equipe médica que inseriu as enfermeiras bolsistas nas aulas administradas ao grupo de residentes médicos que iniciavam na unidade.

A intenção era garantir que o aprendizado da prática, tendo como suporte fundamental o conhecimento específico neonatal, a troca de conhecimento interdisciplinar foi uma oportunidade fundamental para a equipe de enfermagem neonatal do IFF, na medida em que possibilitou agregar novos conhecimentos ao cuidado de enfermagem que se estruturava.

Os responsáveis médicos e de enfermagem da unidade solicitaram a professora Florigne Glória, que dava aula na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e utilizava a Instituição como campo de estágio da disciplina, a selecionar 4 ou 5 alunos que se destacassem no ensino clínico e que pudessem assim receber treinamento prático no serviço de neonatologia,(...) A carga horária total era de 40 horas semanais com trabalho diário de 07 as 17 horas. O canal teórico era comum com os residentes médicos. O conteúdo teórico era ministrado pelos médicos do Departamento; a enfermeira unidade ensinava a pratica neonatal (depoimento oral de Ednéia Oliveira, 2009).

(...) chegaram todas as pupilas, aí entra a Ednéia, a Angela, estas foram as primeiras desta formação de treinamento (depoimento oral de Manoel de Carvalho, 2009).

Embora a iniciativa de abrir um curso de formação de profissionais para a enfermagem na área neonatal tivesse neste momento prioritariamente a intenção de agregar mão de obra ao serviço, já se percebia no grupo, mas destacadamente no grupo médico, a consciência de que para alcançar a meta de transformar a unidade em referência nacional em neonatologia, era fundamental investir na formação de enfermeiros especialistas na área.

Tal fato pode ser visto como consequência do conceito sociológico clássico que define a profissão médica o monopólio de uma área específica de atividade, a partir de uma larga formação intelectual, adesão de todos os membros da profissão a um sistema de valores (MACHADO, 1991, p. 32), vemos na equipe médica a visão do disseminador do saber enquanto para a enfermagem, neste momento histórico-social, cabia a visão de aprendiz.

Porém, neste momento, a enfermagem já lutava pela ampliação e reconhecimento de sua representatividade dentro da unidade, investir no domínio do conhecimento foi a estratégia utilizada para convencer seus pares, a sociedade e o Estado de sua existência e utilidade.

Latour (2004, p. 34-35) avança com a idéia de que a noção de risco marca na sociedade uma mudança muito importante entre o momento em que confiamos nos sábios, nos peritos, uma vez que eles conhecem o que para nós permanece invisível, e o momento em que começamos a duvidar deles.

Este processo é definido pelo autor como *experiência coletiva*, e acreditamos ser bem representado pelos *rounds* realizados diariamente nas UTIN, em que a troca do conhecimento multiprofissional ampliou a compreensão da enfermagem sobre os aspectos da sua prática, aumentando o seu conhecimento específico e estimulando o senso crítico que lhe permitiu valorizar a aquisição de autonomia para poder discernir sobre sua própria trajetória. A importância da interdisciplinaridade⁴¹ para o desenvolvimento da profissão rompeu o paradigma dos *rounds* como uma ostentação do poder e do saber médico sobre as demais áreas da saúde, transformando-o em um momento de construção do saber.

Desta capacidade evolutiva do conhecimento nasce uma nova visão de profissionalização para a enfermagem voltada para a estruturação da prática e a composição de recursos necessários para capacitar a sua equipe e formar os seus especialistas.

⁴¹ A interdisciplinaridade é desenvolvida a partir da verdadeira cooperação entre os saberes, e isso só é possível quando as pessoas que detêm diferentes conhecimentos trabalham integradas (ver MENOSSI ET AL 2005, p.255).

O fato é que nenhum crescimento ou surgimento pode ser dissociado do contexto social em que este se insere, nada surge do vazio, a que se agregar motivos e forças para o surgimento de qualquer idéia e de qualquer ator, sem isto nada se constrói tudo fica no imaginário, no abstrato.

Segundo Bruno Latour (2000), vivemos em comunidades cujos vínculos sociais são fabricados em laboratório, o agente desta dupla construção provem de um conjunto de práticas cujos componentes se amalgamam e já não são configurações isoladas.

Neste momento histórico, a carência de enfermeiros capacitados no mercado de trabalho era um fato que despertava o interesse de enfermeiros recém formados pela área. Para a classe médica a especialização de enfermeiros era importante, pois atendia as necessidades da especialidade e garantia o mercado neonatal em crescimento.

Com relação aos atores estruturais da enfermagem, percebe-se que os congressos de enfermagem se agitavam com a discussão de conseguir melhores condições de trabalho para a Enfermagem e com a adequação dos currículos às novas políticas de saúde.

A luta da enfermagem para garantir o seu espaço nas instituições de saúde se manifesta em todas as falas, com vistas a impulsionar a reflexão crítica dos problemas da profissão e investir na produção de conhecimentos, direcionados para a crescente complexidade e qualidade da prática profissional.

Vale ressaltar que na maioria dos congressos a convergência de temas como a Educação Superior, Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde, Política de Saúde e a Imagem do Enfermeiro, foram bastante positivas, já que trouxeram das reflexões a implantação de mudanças que adequaram o ensino e a prática da enfermagem ao sistema de saúde, educacional e de política brasileira, implementando a idéia de integração teoria-prática e a inclusão da pesquisa como parte da construção curricular.

O fluxo destes atores na composição desta rede impulsionou a enfermagem a atualizar-se com todas as mudanças nos diferentes aspectos de

sua prática, priorizando a busca pelo conhecimento como forma de adequação as exigências do mercado de trabalho.

O processo da construção do conhecimento representou uma das principais metas para situar a enfermagem no contexto da ciência, tornando-se um ator essencial para o desenvolvimento e progresso da profissão no país.

2.2 – O conhecimento especializado da enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira.

Em 1985, a chefe de enfermagem da neonatologia, enfermeira Marismary H. de Seta, ganhou a eleição para a chefia geral de enfermagem; fato este muito importante nesta trama, visto que devido a sua ampla visão política da profissionalização da enfermagem e uma forte inserção profissional na instituição, a enfermeira trouxe ganhos visíveis para o crescimento da enfermagem na instituição.

Ocupando uma posição de poder a enfermeira pode transladar interesses institucionais, multiprofissionais e governamentais para a inserção de um número maior de enfermeiros na unidade. Sua vivência no ambiente e o conhecimento do grau de complexidade da assistência neonatal, serviu-lhe como base para convencer seus pares da necessidade de mais recursos humanos naquele serviço.

(...) a primeira coisa que fiz foi um estudo da força de trabalho da enfermagem... eu sabia que aquele trabalho ali não ia melhorar se só dependesse dos esforços pessoais,...nós conseguimos aproveitar um movimento que vinha acontecendo na FIOCRUZ, por que já era o Arouca na presidência em 85, e nós conseguimos corrigir alguns desvios de função e aumentar o número de enfermeiras na UTIN. (depoimento oral de Marismary H. de Seta, 2009)

Analisando o depoimento da enfermeira Marismary H. de Seta,, pode-se constatar que ela mantinha uma forte ligação política com membros da FIOCRUZ. Militante de partido político e frequentadora assídua dos fóruns de debates da FIOCRUZ - instituídos por Sergio Arouca com o objetivo de descentralizar as decisões e ouvir os setores mais amplos da instituição -

realizou um importante trabalho de apoio estratégico com o novo diretor do Instituto Fernandes Figueiras, o que lhe garantiu força e representatividade na luta pelo aumento da equipe de enfermagem.

Neste momento Sergio Arouca⁴² assumia a presidência da FIOCRUZ, sua indicação surgiu como reflexo de um movimento da comunidade de Manguinhos e uma frente suprapartidária e representou crescimento e avanços na área de pesquisa e de assistência para a instituição.

Sua administração tinha moldes democráticos e a valorização dos serviços públicos de saúde era tema constante em seus discursos. Os debates em fóruns democráticos instituídos pelo mesmo na FIOCRUZ deram visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas unidades ligadas à instituição, tornando-se palco de discussões sobre política de saúde e a reestruturação dos serviços.

Em sua gestão como presidente da FIOCRUZ conseguiu a aprovação da emenda constitucional que daria a autonomia administrativa e financeira para a gestão dos institutos de pesquisa, permitindo que dispusessem de suas vagas sem depender de autorização do governo, este ato representou um salto de desenvolvimento científico e tecnológico da instituição.

Como forte representante e defensor da Reforma Sanitária⁴³, Sergio Arouca valorizava a ampliação de leitos e serviços públicos de saúde, neste sentido, o Departamento de Neonatologia se encontrava em um momento privilegiado, pois já abraçava estas questões, o que veio a favorecer as suas negociações por um aumento efetivo de funcionários como meio único para alcançar tais metas.

⁴² Antonio Sérgio da Silva Arouca é paulista de Ribeirão Preto, comunista histórico, médico sanitário e doutor em Saúde Pública. Foi presidente da Fiocruz entre 1985 e 1989, presidente da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, eleito deputado federal e exerceu ainda as funções de secretário municipal e estadual de saúde do Rio de Janeiro.

⁴³ O conceito de Reforma Sanitária partiu de um movimento social, assumido inicialmente por intelectuais e correspondeu a "Um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos. Este processo correspondeu a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de saúde.

Segundo consta em documentos datados de 1986⁴⁴, com o intuito de viabilizar a proposta de um novo perfil de assistência de enfermagem, com presença do enfermeiro no atendimento com a cobertura de 24 horas, a equipe neonatal começou a contratar enfermeiras através do regime de celetista - CLT⁴⁵. A Administração Pública adotava este tipo de contratação para regular as relações trabalhistas e atender as necessidades de interesse público.

As primeiras contratadas foram as três enfermeiras bolsistas do Programa de Aperfeiçoamento Profissional, que estavam há um ano trabalhando na Unidade; em seguida ocorreu a contratação de mais três enfermeiras que já tinham experiência em assistência neonatal adquirida em outras unidades hospitalares.

A escolha destas enfermeiras ocorreu de forma não aleatória, todas foram indicadas por profissionais que conheciam a qualidade da assistência prestada por elas. Apesar disso, o grupo foi submetido a uma prova interna de seleção.

Chegando aqui, para mim a neonatologia não era grande novidade por que eu já trabalhava no CEPERJ (Centro de Prematuros do Estado do Rio de Janeiro), então aqui era tranquilo diante do CEPERJ. Então quando viram que eu já tinha experiência, me convidaram para participar de uma seleção, eu fiz uma prova escrita teórica e depois uma entrevista. Fiquei depois aguardando eles me chamarem. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

A escolha dos profissionais utilizando como critério a experiência e a competência profissional marca uma nova dimensão de trabalho profundamente ligada a questões de valores, atitudes e competências.

Este momento corresponde ao que Latour (1989) descreve como a **Primeira Etapa** do processo de profissionalização, na qual o profissional deve

⁴⁴ Documentos localizados do Departamento Recursos Humanos da Fundação Oswaldo Cruz.

⁴⁵ O regime celetista é regido pelo Direito do Trabalho e disciplinado pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Até a publicação da Constituição Federal de 1988, os então chamados empregados públicos, não possuíam qualquer tipo legal de relação coletiva de trabalho com a Administração Pública, após a publicação, estes funcionários passaram a ser encarados não mais como meros sujeitos, mas como atores coletivos, da Administração Pública (ver CARVALHO FILHO, 2000)

eliminar os amadores exigindo dos seus pares exclusividade, dedicação e competência no exercício da atividade.

Zarifian (2001, P. 68) propõe um conjunto de definições à Competência:

A competência profissional é uma combinação de conhecimentos, de saber-fazer, de experiências e comportamentos que se exerce em um contexto, preciso. Ela é constatada quando de sua utilização em situação profissional, a partir da qual é passível de validação...

A competência é 'o tomar iniciativa' e o 'assumir responsabilidade' do indivíduo diante de situações profissionais com as quais se depara.

A competência é um entendimento prático de situações que se apóia em conhecimentos adquiridos e os transforma na medida em que aumenta a diversidade das situações.

A competência é a faculdade de mobilizar redes de atores em torno das mesmas situações, é a faculdade de fazer com que esses atores compartilhem as implicações de suas ações, é fazê-los assumir áreas de co-responsabilidade.

Vemos então que a noção de competência é indissociável da situação de trabalho, envolvendo tanto conhecimentos técnicos da área de aplicação como habilidades de relacionamento interpessoal, iniciativa e capacidade de avaliação e resolução de situações.

Ressaltamos que a globalização neste momento representava mudanças substanciais na dinâmica da formação profissional. Começava a surgir na sociedade uma crescente preocupação com a elevação da capacidade competitiva. Estar competentemente habilitado e tecnicamente capacitado passou a representar ponto vital para qualquer atividade humana que expressasse vontade de ofertar serviços como relevantes e socialmente importantes (PIERANTON ET AL, 1993).

A percepção destas mudanças no processo de trabalho trouxe para a enfermagem a necessidade de cumprir as novas marcas de exigências do mercado capitalista. Era necessário alcançar o fortalecimento e ampliar a prática profissional, demarcando assim seu espaço, sua identidade e garantindo o reconhecimento da sua atuação tanto na assistência como nas áreas de ensino e pesquisa.

Segundo Latour (1989), toda construção social é influenciada tanto por aspectos internos da própria comunidade científica, como por aspectos externos da sociedade a qual pertence; sendo assim, a construção dos fatos e artefatos científicos se torna uma construção social sujeita a conflitos de interesses.

Acreditamos que este conjunto tão amplo de faculdades levou a enfermagem a perceber que o desenvolvimento de sua profissionalização dependia fortemente do aprofundamento do conhecimento específico, sua especialização, pois esta era a forma social de garantir o reconhecimento do diferencial de sua presença no cuidado.

Apoiada no estatuto de sua profissão, a enfermagem passou a construir condutas, aplicando suas teorias à prática e o somatório destes conhecimentos estabeleceu a base da assistência de enfermagem especializada neonatal, imprescindível ao funcionamento da unidade.

Não bastava mais para o grupo apenas aumentar o número de enfermeiros, era importante também que estes dominassem o conhecimento, pois só assim poderiam reivindicar a exclusividade para a realização de determinados procedimentos, configurando o exercício de uma atividade especializada, garantindo assim o reconhecimento social da importância do enfermeiro na UTIN.

Nesse momento chegaram às enfermeiras novas, nos colocamos enfermeiro 24 horas dentro da CTI, aí foi um upgrate você não tem noção. Um upgrate Maravilhoso, elas trouxeram uma bagagem de conhecimento, de experiência delas em outras unidades, passaram para gente, nos absorvíamos o que interessava e íamos crescendo. (depoimento oral de Lucia Caldas, 2009).

A nossa introdução foi muito rica, gerou uma transformação de impacto muito grande na neonatologia, inclusive para os médicos que, aliás, não tinham médicos plantonistas, era só o Manoel e o Zé Maria o resto era tudo residente. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

Na visão da equipe a meta era tornar a unidade uma referência nacional no tratamento de recém-nascidos graves. Para tanto, a equipe fazia questão de dar vagas e buscar os recém-nascidos em todo o Estado do Rio de Janeiro. Os depoimentos de todos os entrevistados lembram que a busca por pacientes muitas vezes partia da própria unidade.

Durante muito tempo, quem fazia o transporte era eu e o JM, eu ligava para os hospitais perguntando, tem neném doente aí? Tem neném grave aí? E a gente ia buscar. Era Praça XV, Fernando Magalhães, Carmela Dutra, Souza Aguiar, a gente saía, nós dois e iam buscar. Depois as enfermeiras passaram a ir junto, os residentes mais tarde, a nossa preocupação era tornar este serviço para fora, tanto é que a gente oferecia o serviço. (depoimento oral de Manoel de Carvalho, 2009)

O Dr. Manoel de Carvalho ligava, pedia criança e eu fui buscar uma vez numa UTI neomóvel improvisada, era uma coisa o transporte de criança naquela época, tinha que ir buscar a criança porque ou vinha na barriga da mãe ou se deixasse vir ela chegava em péssimas condições. Essa busca de criança era adrenalina pura, não existiam essas ambulâncias de hoje não, era outro tempo. (depoimento oral de Marismary H. de Seta, 2009).

Com o aprimoramento da assistência recebíamos cada vez mais bebês externos, alguns vindos inclusive de outros estados (...). (depoimento oral de Ednéia Oliveira, 2009).

Em 1988, o serviço neonatal do Instituto Fernandes Figueira havia conseguido atingir a sua meta. A divulgação da assistência neonatal realizada no IFF gerou convites à equipe para realização de palestras e cursos não só no Estado do Rio de Janeiro como também em outros Estados do país. Profissionais de saúde, tanto de hospitais públicos como também dos privados, começaram a procurar a unidade, mais intensamente, buscando treinamento profissional na área.

E eu tinha um relacionamento com o Dr Manoel de Carvalho, muito bom, (...).Ele me chamou uma vez para participar de um programa na TV Educativa que ficou um mês com a gente na televisão, depois fomos a rede globo falar também, aí passamos a viajar por todo o Brasil dar aula. Eu dava aula para médicos, eu os ensinava a entubar, eu fazia parte do comitê de neonatologia do Rio de Janeiro. (depoimento oral de Lucia Caldas, 2009).

Seguindo os pensamentos de Latour (1989) este momento representa a **Segunda Etapa** do processo de profissionalização em que são estabelecidas as estratégias para atrair o público e satisfazer a sociedade, constituindo um mercado de consumo para seus serviços. Desta forma, ao atingir um público mais amplo, a enfermagem aumenta o número de pessoas interessadas em absorver seus princípios e utilizar seus serviços.

A neonatologia era um espaço novo, suas atividades e seu perfil tecnológico eram desafiadores, os constantes avanços no conhecimento e na prática despertavam curiosidade não só dos profissionais da área, mas inclusive da sociedade.

Não diferente do seu passado, a curiosidade, a novidade e os interesses públicos sociais favoreceram, mais uma vez, o crescimento da área, impulsionando a construção do conhecimento profissional, a pesquisa e a prática da enfermagem neonatal.

2.3 – O surgimento dos cursos de especialização da enfermagem neonatal do IFF.

É no contexto deste emaranhado de situações, interesses e construções que o fio desta teia se entrelaça com a organização do primeiro curso de residência em enfermagem do Instituto Fernandes Figueira em 1988.

Consideramos este momento a representação da **Terceira** e da **Quarta Etapa** do processo de profissionalização descritas por Latour (1989), em que a profissão deve ser hábil e capaz de convencer e provar ao Estado que sua atividade é imprescindível para a sociedade, ao mesmo tempo, deve submeter-se a um ritual estabelecido pelo ensino universitário, que padroniza e impõe normas rígidas para a formação de jovens colegas.

O curso representava a preocupação da enfermagem em investir na construção do conhecimento formal, sistematizado e padronizado como ponto crucial para o reconhecimento do profissional de enfermagem como especialista.

Sua organização e coordenação foram realizadas pela enfermeira chefe do IFF, Professora Dr^a. Célia Antunes Chrisóstomo de Sousa ⁴⁶que convidou o enfermeiro Márcio Tadeu Ribeiro Francisco⁴⁷ para implantar o modelo de residência de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, com o qual ele já tinha experiência.

A Residência foi aberta com 25 vagas, divididas na área pediátrica – onde o residente teria que passar pela Enfermaria, Ambulatório, Cirurgia, Neurologia e Unidade de Terapia Intensiva - e na área obstétrica - que incluía ambulatório pré-natal, ginecologia, alojamento conjunto, enfermaria de gestante, centro obstétrico e neonatologia.⁴⁸

Chamamos a atenção para o fato de que as vagas da neonatologia estavam incluídas na residência obstétrica, pois fica claro que a visão da enfermagem sobre a especialidade neonatal ainda era um desdobramento da área obstétrica, apesar da mesma já ser reconhecida como especialidade médica da pediatria desde a década de 1960.

Além disso, nos relatos das depoentes que fizeram parte da primeira turma de residência, percebemos que a coordenação do curso, de um modo geral, ainda não identificava o papel que a neonatologia desempenhava no campo de trabalho para a enfermagem e as exigências que o setor impunha aos seus profissionais. Justificando assim, a inclusão do treinamento neonatal no grupo da residência obstétrica.

Inicialmente eram duas: obstetrícia junto com a neonatologia e pediatria. A minha turminha optou por obstetrícia, mas nós na verdade não queríamos fazer obstetrícia, queríamos

⁴⁶ Chefe de enfermagem do IFF no ano de 1988 e também foi a primeira enfermeira da instituição a se graduar no Tecendo a rede

curso stricti Sensu (ver documentação arquivos chefia de enfermagem).

⁴⁷ O enfermeiro Marcio Tadeu Ribeiro Francisco recebeu a colaboração do enfermeiro da mesma instituição *Elie* de Oliveira Larrubia.

⁴⁸ Esta documentação foi colhida dos arquivos e livros de registro do Departamento de Ensino e do Centro de Estudos do IFF e dos arquivos pessoais de algumas enfermeiras da Instituição.

neonatologia, só que eles achavam que neonatal, vê se pode? A neonatal era muito pouco conteúdo para muito tempo de residência, então achavam que tinha que dividir com obstetrícia. (depoimento oral de Mary S. B. Callazans,, 2009).

Na época eram mais de 20 residentes, e muitos permaneceram na casa e permanecem até hoje. Eu lembro que quem fazia neo, tinha que ficar na obstetrícia também, tinha que passar um tempo na obstetrícia e um tempo na neo, e eu odiava obstetrícia, eu não queria ficar. Não me lembro quanto tempo passava em cada uma mais eu queria ficar só na neo. (depoimento oral de Grace Araújo, 2009).

O curso era ministrado em 2800 horas de estágio, os residentes recebiam a determinação dos setores e dos períodos de sua permanência em cada um deles. A preceptoria era feita pela enfermeira do setor que determinava a escala do residente, não havendo restrições na escala de plantões, inclusive nos fins de semana e durante o serviço noturno.

(...) a carga horária era à noite, feriados, enfim, não era essa moleza que é hoje. Faltou enfermeiro em tal setor você vai ficar lá e ninguém discutia. (depoimento oral de Grace Araújo, 2009).

O primeiro dia foi muito conturbado, eles estavam dividindo os horários, nós realmente éramos “residentes”, pois praticamente passamos a morar no hospital, entrávamos as sete, tinha dias que a gente fazia 24 horas e ficava até as 16 horas do dia seguinte, ou seja, na verdade fazíamos 30 horas direto. Hoje em dia a residência não é mais assim. (depoimento oral de Mary S. B. Callazans,, 2009).

O conteúdo inespecífico era ensinado para todo o grupo de alunos, enquanto que o específico era ensinado de forma descentralizada, cabendo a enfermeira da unidade definir o conteúdo científico, o método e a estratégia necessários para fornecer conhecimento ao seu residente.

(...) tínhamos estudos juntos, cursos que eram todo mundo junto. Isso era muito legal, gerava união. (...) A parte teórica era dada pelas enfermeiras Lucia e Angela, elas eram maravilhosas, davam um suporte para a gente, tinham um conhecimento muito grande, e nós ficávamos ali na prática (depoimento oral de Grace Araújo, 2009).

O residente não tinha canal teórico e as palestras eram sobre tudo, lógico que procurávamos ir às que tivessem assuntos ligados a nossa área. Tinham casos clínicos, aulas de

reanimação, controle de infecção, agora especificamente para os residentes como hoje não tinha não. (depoimento oral de Mary S. B. Callazans,, 2009).

Neste momento, a neonatologia já possuía uma realidade diferente: enfermeiras experientes em quase todos os plantões, uma enfermeira responsável pela rotina, reconhecida pela equipe em geral por sua competência e uma enfermeira chefe que possuía conhecimento profundo da assistência neonatal e abraçava a idéia de que este era o mais forte instrumento para a enfermagem ser reconhecida profissionalmente.

Eu estudei muito neonatologia, mais muito, eu tinha um conhecimento, modéstia à parte, muito profundo, isso impressionava a equipe médica ... Eu queria passar isso para a equipe de enfermagem, sabe que o conhecimento era fundamental! Chegar para o grupo novo e passar esta idéia, pois foi com muito custo que nós conseguimos fazer com que a enfermagem saísse daquele, "limpar coco" e passasse a ter um papel mais importante dentro da neonatologia (depoimento oral de Lucia Caldas, 2009).

Nós assim tivemos uma oportunidade enorme, muito mais do que se tem hoje, a nossa responsabilidade era muito grande, a ponto de que uma vez teve uma greve de residentes médicos e eles não se importaram porque agente fazia até prescrição, eles passavam o round faziam as orientações, à nível de antibiótico não, mas hidratação venosa sim. Orientavam que deveria continuar, isso era comum, eu a Tânia Brasil a Beth Crivaro..., a gente discutia a taxa calórica e a taxa hídrica, tudo do recém nascido. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

Buscando contribuir para a formação do residente, as enfermeiras do serviço de neonatologia do IFF orientavam o grupo durante a assistência e promoviam estudos clínicos coordenados pelas próprias enfermeiras. Outra estratégia foi a inserção das residentes nas aulas e cursos organizados para a residência médica e em algumas discussões de casos promovidos no Instituto abertas para todos os profissionais.

O treinamento com os residentes novos teve muita participação do Dr. MC e do Dr. JM nos fizemos uma vez uma coisa muito interessante, nos sedávamos os gatos e ficávamos entubando eles, treinando residentes médicos e de enfermagem, nós participávamos do treinamento com eles (depoimento oral de Lucia Caldas, 2009).

Elas ficavam comigo no plantão e era muito legal, a experiência que elas adquiriram a gente dava para elas, ajudava muito na colocação do mercado, o posicionamento frente ao mercado externo. Elas desenvolveram uma

autonomia maior no trabalho, acho que como nós tínhamos essa autonomia acabamos passando para elas. (depoimento oral de Elisa Fraga 2009).

As enfermeiras que estavam no setor faziam a nossa supervisão, nos orientavam, observavam a qualidade do nosso serviço, mas nós tínhamos experiência e elas sabiam que podiam contar com a gente, éramos 3 eu Grace e Tereza, as outras meninas nunca tinham trabalhado, mas fomos colocadas num saco só.(...) Tinha uma aula para os residentes médicos, acho que quinta a noite, lembro de uma coisa assim, vagamente, nós podíamos ir mas não dava tempo e não era específico para nós.(depoimento oral de Mary S. B. Callazans,, 2009).

A enfermeira chefe da neonatologia também relatou que possuía uma autonomia para recusar qualquer residente que por ventura não apresentasse habilidade para o cuidado neonatal.

As pessoas que eu sentia que não tinha perfil para neonatologia eu tinha a maior liberdade de mandar para outro setor, o perfil do enfermeiro para trabalhar na neonatologia, tem ser aquele com olhar para o paciente como um todo, tem que ter habilidade, raciocínio e rapidez (depoimento oral de Mary S. B. Callazans,, 2009).

De acordo com o relato da enfermeira que fez parte da primeira turma de residência, o grupo visivelmente se dividia por afinidade e interesse entre a especialidade neonatal e obstétrica e as próprias residentes tinham autonomia para, entre si, trocar as suas áreas de rodízio de treinamento, permanecendo mais tempo nas suas áreas de preferência.

E aí teve um colega que queria ficar só na obstetrícia, então agente trocou, na época podia trocar, então a minha residência inteira foi só na neo (depoimento oral de Grace Araújo, 2009).

A clareza dos depoimentos deixa transparecer que apesar da enfermagem já ter em seu discurso a construção do conhecimento como meio de validação de um novo padrão de profissionalização do enfermeiro na esfera assistencial, notadamente a residência ainda era vista como um recurso para suprir a carência de mão-de-obra da instituição.

Essa desarmonia de idéias não significou uma desvalorização do profissional, mas uma situação circunstancial de transição de um mundo social conhecido, para aquele que precisará ser desvendado. Caracteriza-se por uma

fase de busca em que seus próprios sentimentos e interesses permearam a interpretação da situação.

Esta relação de acordos de interesses se traduz na colocação de Bruno Latour (1989) de que não há uma criação que se estabeleça apenas de um sujeito construtor, deve-se considerar as relações e interações que vão surgir dos atores humanos e não humanos e que vão interferir no processo de construção.

No bojo de uma necessidade política de atender a demanda do mercado de trabalho e facilitar o acesso à educação superior nos centros urbanos mais populosos, o Programa de Pós-Graduação⁴⁹ vinha exatamente atender à exigência de formação acadêmica para aqueles que já estavam vinculados com o ensino superior e para aqueles que buscavam uma melhor qualificação profissional, visando uma assistência mais racional, eficaz e satisfatória à clientela.

Para o Instituto Fernandes Figueira era importante manter-se como pólo de pesquisa, ensino e assistência, pois este perfil lhe possibilitava o vínculo com a FIOCRUZ⁵⁰, evitando assim o risco do hospital ser estatizado pela Reforma Sanitária.

Para a enfermagem o curso representava a sua inserção na missão institucional, o que exigia mudanças estruturais no seu modelo de ensino e em sua maneira de atuar. Portanto, a criação de um curso de pós-graduação representava uma maneira de atender a demanda dos profissionais de nível superior que buscavam capacitação na área neonatal de forma organizada e regulamentada.

⁴⁹ Importante lembrar que a questão da residência de enfermagem era foco de discussões pela categoria, não existia uma regulamentação específica para o curso, apesar do assunto ser amplamente discutido pelos órgãos dirigentes da Enfermagem no Brasil. Somente a partir de 1996 o curso passou a ser reconhecido como uma modalidade de especialização, passando a ser regulamentado pela Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional (LDB) Lei N° 9.394/1996,art.6.

⁵⁰ Fiocruz representa aos poderes da União, organismos nacionais e internacionais, um órgão destinado a contribuir para a consolidação do SUS, por meio da formação de quadros estratégicos, do desenvolvimento e difusão de conhecimentos e tecnologias inovadoras, em cooperação interna e externa, que respondam às necessidades da gestão da saúde, nos âmbitos federal e regional. Desta forma as unidades ligadas a instituição devem possuir o mesmo perfil e missão.

Em 1994, as enfermeiras da UERJ iniciaram um curso de especialização em enfermagem neonatal e a primeira turma foi formada, em sua maioria, de enfermeiras já com ampla experiência na área neonatal dos Hospitais Públicos Estaduais e Federais.

Então eu e Ednéia começamos a escrever sobre a necessidade do curso, detalhe, não surgimos só por aí, nós fomos fazer o curso de especialização da UERJ, em nível de título, e os professores de lá já tinham pedido para fazer estágio com a gente. Eles tinham os títulos e o conhecimento teórico, mas não dominavam a prática da neonatal. E nós fomos fazer este curso lá de especialização e foi muito interessante, muito rico, por tinha esta troca e foi bom por que nós pudemos perceber o quanto que nós sabíamos de neo e é quando a gente vai para fora que a gente consegue entender o quanto a gente conhece, o quanto o nosso conhecimento era grande. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

As enfermeiras Ednéia Oliveira, Elisa Fraga e Tereza Gazola do IFF foram as primeiras a realizar o curso na UERJ para a adquirir a titulação de especialistas. A UTIN do IFF era campo de estágio para o citado curso e as enfermeiras supracitadas eram supervisoras das especializadas devido a sua tão reconhecida experiência. Conseqüentemente, foi articulado um acordo para substituir a carga horária da prática daquelas enfermeiras do IFF pela elaboração de uma rotina de procedimentos para a unidade neonatal da UERJ.

Nós fomos as primeiras a fazer o curso de especialização da UERJ, fizemos uma barganha, eles vinham aqui perguntavam um monte de coisas e nós fazíamos o curso. Não fizemos nem estágio, como eles iam dar aulas para a gente? Não tinha como! A turma era pequena e era composta por enfermeiras que já trabalhavam em neonatal, éramos nós aqui, a Odália que também era outra que não tinha como treinar, como é que eles iam treinar a gente? Nós tivemos que elaborar só a monografia era isso que tínhamos que fazer. (depoimento oral de EF, 2009).

A UERJ já tinha o curso de especialização, nós inclusive fizemos o curso em 1994, e fomos solicitadas pela UERJ a acompanhar seus alunos por que nós dominávamos a prática. Como nós detínhamos o conhecimento prático, inclusive realizávamos o treinamento das especializadas da UERJ, as enfermeiras solicitaram a elaboração de uma rotina neonatal para a unidade delas em troca da dispensa das horas de prática do curso. (depoimento oral de Ednéia Oliveira, 2009).

Neste momento se estabelece a **Quinta Etapa** de profissionalização descrita por Latour (1989) em que a profissão deve ser capaz de definir normas de conduta entre os pares que visem promover meios de resolver controvérsias internas, deixando os amadores de lado.

Ao elaborar uma rotina de procedimentos o grupo sustenta o seu status como disseminador do conhecimento neonatal. Ao padronizar um conjunto de condutas de enfermagem e torná-las práticas ao cotidiano entre seus pares, o grupo sedimenta o princípio básico do especialista e impõe um padrão de conduta social. Nesta etapa de translação a punição de um colega é prevista, sobretudo como uma forma de preservar a imagem e o prestígio do corpo profissional junto aos clientes, ao Estado e à sociedade em geral.

Foi aí que pensamos: Bem, se agente domina o mercado da prática, por que não realizarmos a especialização? (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

A participação das enfermeiras em um curso de pós-graduação lacto-sensu permitiu que elas percebessem a riqueza de conhecimento prático e teórico de sua equipe que junto com os recursos disponíveis pela instituição permitiriam a abertura de um curso de especialização no IFF. Ressaltamos que a unidade era muito procurada por enfermeiros que buscavam se especializar na área, o que garantia que apesar da unidade não estar vinculada a nenhuma instituição de formação universitária, haveriam alunos interessados para manter o curso.

Segundo Latour (1989) a difusão, a divulgação, o convencimento da utilidade, a negociação, a gestão, a regulamentação, a inspeção, o ensino, a venda e a manutenção do produto gerado são partes integrantes da profissionalização.

Assim fomos buscar informações do que seria necessário. Aí escrevemos em conjunto com a Bebeth, por que na época não era como agora, a gente tinha que passar por uma consultoria tanto interna do IFF como na FIOCRUZ, era a câmera técnica. Primeiro, passamos pela daqui e depois pelo do campus, de lá é que ia para a CAPES. Não era para receber financiamento e sim para o curso ser liberado ou não. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

Assumindo esta perspectiva, iniciaram o caminho de coordenadoras da formação acadêmica de especialistas em enfermagem neonatal no IFF. Porém, o grupo teve que enfrentar alguns problemas efetivos:

- Primeiro: não havia enfermeira com titulação de mestrado para coordenar o curso;
- Segundo: o número de enfermeiros ainda era insuficiente para ministrar a carga horária de 915 horas/aula do curso.

Houve necessidade de transladar interesses para garantir a concretização do curso. Para tanto, as enfermeiras Ednéia Oliveira e Elisa Fraga entraram em contato com a enfermeira Marizete Pereira da Silva da FIOCRUZ, que já possuía título de Mestrado, para que ela fosse de forma documental a responsável pelo curso. Para garantir a aprovação da CAPES, foram convidados os médicos da própria unidade reconhecidos na comunidade científica como especialistas nesta área. Porém, toda a organização do curso foi desenvolvida pelas duas enfermeiras supracitadas com a ajuda da médica chefe do Departamento de Neonatologia da época - Dr^a. Maria Elizabeth Lopes Moreira.

Eu não tinha mestrado, eu era especialista, nós tivemos que pedir para uma enfermeira doutora de outra unidade da FIOCRUZ, a enfermeira Marizete, para ser a responsável do curso, ela só assinava, mas nem vinha aqui, só que tinha que ter oficialmente, pelo menos até eu conseguir a minha titulação e assumi-se a responsabilidade do curso. (depoimento oral de Grace Araújo, 2009).

Segundo documentação o curso foi realizado de Março à Dezembro de 2008, com proposta inicialmente eram de 10 vagas, mas devido ao grande número de interessados a coordenação do curso aumentou o número de vagas para 15.

O processo seletivo fora composto de uma prova dissertativa, seguida de entrevista e análise de currículo dos classificados.

O curso de especialização inicialmente teve uma carga horária de 900 horas, hoje o curso de especialização tem uma duração menor. A procura maior, no início, era de profissionais que possuíam alguma experiência e que nos procuravam na especialização aperfeiçoar a sua prática e aumentar o conhecimento, a residência era para aqueles recém saídos da universidade e sem qualquer experiência, pois tinha um maior

tempo para aprendizagem. (depoimento oral de Ednéia Oliveira, 2009).

Então os primeiros alunos foram alunos de instituições públicas exército, aeronáutica, servidores do estados, muitos do Municípios e a gente começou a dar a titulação, e nós tínhamos muita preocupação com a melhoria da qualidade da assistência neonatal. Por que realmente a taxa de mortalidade neonatal era muito elevada e como a gente sempre participou de treinamento externo agente via o quanto era importante treinar esses profissionais, por que eles não sabiam as técnicas básicas, o enfermeiro contaminava e assim diminuía a chance de sobrevivência do recém nascido. Nestes lugares crianças com menos de um quilo eram inviáveis, respirador só existia um. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

O corpo docente era formado por uma equipe de 10 profissionais: três médicos, cinco enfermeiras, uma socióloga e uma assistente social. Todos os docentes possuíam algum tipo de titulação entre especialização, mestrado e doutorado, exigência da CAPES para a aprovação do curso.

Para a conclusão do curso, era exigido dos alunos uma monografia com a temática neonatal à livre escolha do aluno e as orientações dos trabalhos eram feitas pelas enfermeiras Ednéia Oliveira e Elisa Fraga.

Com o tempo o perfil dos profissionais que buscavam a especialização mudou, percebemos um aumento da procura de recém formados e acreditamos ser este o reflexo da necessidade crescente por mão de obra qualificada do mercado de trabalho. (depoimento oral de Ednéia Oliveira, 2009).

... buscamos fazer com que o aluno reflita sobre o posicionamento dele como profissional no mercado, não um posicionamento de executor, mas de gerenciador do cuidado. ... um enfermeiro que elabora o cuidado de forma diferenciada com uma visão ampliada, esta é a nossa meta, é isso que eu mais almejo, mas isso é meu desejo, meu pedacinho. (depoimento oral de Elisa Fraga, 2009).

Consideramos que, na perspectiva da trajetória da construção do conhecimento específico da enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira, a abertura dos cursos de residência e de especialização em enfermagem neonatal compõe a rede da profissionalização da enfermagem.

Ressaltamos que estes cursos contribuíram para o crescimento profissional do enfermeiro, dinamizando o conhecimento específico,

desencadeando mudanças na sua forma de ver e atuar no cuidado e dando vistas à necessidade do especialista na área.

Transformando seu ambiente de trabalho em um espaço de formação profissional, esta equipe de enfermagem iniciou um mecanismo capaz de gerar conhecimento, assumindo uma postura de formadores e multiplicadores do conhecimento neonatal no setor saúde. Na síntese dos fatos ocorridos percebemos que o fenômeno da especialização representou para este grupo de enfermeiras a afirmação de seu status profissional, sua inserção política na instituição e o seu reconhecimento social.



CAPÍTULO 3
Em Pauta a Translação

Em Pauta a Translação

“Numa frase, e num só movimento, podem-se marcar relações de tempo, de consequência, de posse, de localização, que entram realmente na série sujeito-verbo-atributo, mas não podem ser demarcadas por uma distinção tão vasta” (FOUCAULT, 1999, p. 136).

Embora outros autores tenham ajudado na compreensão do significado de translação, manteremos neste capítulo a conexão com o pensamento de Bruno Latour, que a entende não como uma propriedade da fala humana, mas como uma propriedade ontológica do universo que se vasculariza pela rede de relações sem que haja um indivíduo, ou coisa, detentor do processo. Segundo o autor, ao se discutir uma rede, devemos considerar que a questão não é saber se as ações foram assertivas, mas apenas se as proposições foram ou não bem-articuladas (LATOUR, 2001).

O conceito teórico empregado nesse "exercício" de entendimento é o da análise dos eventos por meio das linguagens que figuraram articuladas por intensas negociações. Desta forma, o autor sugere que seja multiplicada as proposições do conceito de translação que dentro dos Estudos de Ciências tem sua ênfase na prática dos atuantes a termos intermediários que existem nas transformações típicas das ciências como inscrição e articulação (LATOUR, 1995).

A translação, assim, equivale ao desdobramento dos fatos por entre atores cuja mediação é indispensável à ocorrência de qualquer ação. Em lugar de uma oposição rígida entre contexto e conteúdo, as cadeias de translação referem-se ao trabalho de articulação no qual os atores modificam, deslocam e transladam seus vários e contraditórios interesses (LATOUR, 2001).

Com base neste conceito, construímos a rede deste estudo tecendo diretamente a relação dos atores com os eventos do campo. Assim, fizemos emergir uma "versão" específica da articulação inserida em uma trama

enunciativa, procurando ao invés de escavar alguma realidade presente em determinado ator, seguir o fluxo do movimento de todos os atuantes, usando de qualquer recurso disponível para tal.

As articulações ocorridas na trajetória da construção do conhecimento específico da enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira foi explicitada nos capítulos anteriores. Neste capítulo, discutiremos as formas de translação que identificamos e os momentos a que se aplicam, reproduzindo os cinco tipos de translação de interesse descritas por Bruno Latour (2000):

“Translação um: “eu quero o que você quer (...)”, o primeiro modo, o mais fácil, de encontrar pessoas que acreditem imediatamente na afirmação, que invistam no projeto; **Tradução dois:** “Eu quero; por que você não quer? (...)” Esse deslocamento do interesse explícito não é muito exequível, é raro; **Translação três:** “se você desviasse um pouquinho (...)”. Nessa nova translação do interesse dos outros, os contentores não tentam afastá-los de seus objetivos. Simplesmente se oferecem para guiá-los por um atalho. **Translação quatro:** Remanejando interesses e objetivos. “(...) Para realizar aquilo que pareceria tarefa impossível, há um obstáculo que de início se apresenta como intransponível: os interesses explícitos das pessoas”; e **Translação cinco:** Tornar-se indispensável. “(...) todas (as translações) levam à quinta, que literalmente, as sumaria. (...) os contentores mudaram da mais extrema força – que obrigam todos os outros a segui-los” (LATOUR, 2000.p.179 – 198).

Identificamos a primeira forma que está ligada ao processo de alistar o maior número possível de aliados em todas as negociações realizadas pelos mais diferentes atores desta trajetória. O processo de convencimento ajudou a transformar as afirmações em fatos.

No decorrer desta pesquisa, percebemos que vários interesses emaranharam-se nesta trama, mas o processo de convencer os pares e convergir os interesses, possivelmente foi a mais importante etapa da translação, pois permitiu que a força das atitudes estivesse voltada para o objetivo que se pretendeu alcançar.

No caso deste estudo, constatamos que esta forma de translação foi imprescindível e presente em todas as relações que se estabeleceram. As estratégias de convencimento e de persuasão ficaram claras no dinamismo das ações desenvolvidas pelos atores do estudo. Percebemos assim que ao alistar

novos aliados, os atores na verdade unem seus interesses tornando-os elementos incontestáveis e indiscutíveis para o alcance do objetivo em comum.

A segunda forma de translação advém da necessidade de se criar condições para que os alistados persigam seu objetivo, eliminando os bloqueios que os impedem de empreender a tarefa. Ao criar condições apropriadas para apoiar, orientar e nos permitir, assim dizer, recompensar os bons resultados, os atores deste estudo criaram oportunidades para o sucesso da organização e a promoção do crescimento pessoal e profissional da equipe de enfermagem neonatal do IFF, levando a ampliação plena de seus conhecimentos e habilidades.

A translação três traz a questão do convencimento dos aliados de que trilhar determinado caminho lhe permitirá alcançar mais rapidamente os seus objetivos. Constatamos que o partilhar de decisões e a troca de conhecimento interdisciplinar foi parte fundamental nesta forma de articulação, pois conferiu ao grupo um interesse genuíno nos resultados e a total dedicação à causa.

Ao se inserir na mesma trilha de interesses dos demais atores da rede, a enfermagem passou a assumir a propriedade do seu trabalho e a responsabilidade pelo sucesso de sua atividade.

A quarta forma de translação refere-se ao ato de transformar os interesses explícitos dos alistados nos implícitos do aliado. Neste sentido, percebemos que se estabeleceram negociações e táticas sutis onde foram redirecionadas metas, inventados novos objetivos e manobrados os contendentes, de forma que os mesmos não percebessem a diferença entre o que queriam e o que alcançavam, levando-os a crer que caminhavam sempre em linha reta aos seus próprios interesses.

Por fim, a quinta forma de translação significa o tornar-se indispensável. Esta articulação representa o momento em que a enfermagem assumiu a sua existência não como dada, mas sim como algo que foi construído por meio de concessões, negociações, práticas e relações, em que o status, o poder e o

sucesso profissional foram o resultado de uma rede de relações formadas por diferenças e não por similaridades.

Desta forma, concordamos com Latour (1986) quando este afirma que o problema que cerca a questão do poder pode ser descrito como um paradoxo. Quando alguém ou alguma coisa apenas possui um poder potencial ou latente, nada acontece e a entidade está desprovida de poder, pois o poder de fato refere-se a ter outros desempenhando a ação e não somente aquele que o exerce. A diferença entre o poder potencial e o poder de fato está nos “outros”, uma vez que ele só pode ser explicado pela ação destes. Assim, o poder é sempre o efeito e não a causa; é consequência de uma atividade intensa de envolvimento, persuasão e alistamento. O poder não é possuído, mas produzido continuamente por meio de movimentos simples dentro das redes de atores, isto é, um efeito do processo de translação (LATOURE, 2000).

Observamos que a translação incorporou-se à construção social do conhecimento especializado das enfermeiras neonatologistas do IFF, como um conjunto complexo de relações, acontecimentos e princípios de natureza ideológica, cultural, técnica e econômica que definiu o espaço social do grupo.

Entendemos que historicamente a translação representa um processo coletivo que incorpora pensamento e ação e que sustenta as oportunidades de transformação de determinado produto ou resultado, capaz de satisfazer uma necessidade socialmente determinada.



Considerações Finais

Considerações Finais

“Em tudo, construção, criação e trabalho, significam aprender como tornar-se sensível às exigências e aos requerimentos chaves, às pressões de agências conflitantes, em que nenhuma está realmente no comando.”

(BRUNO LATOUR, 2000)

Sucesso profissional, reconhecimento do trabalho de qualidade, status social e profissional, estas expressões foram constantes nesta pesquisa e representaram a motivação das ações que culminaram na profissionalização da enfermagem. Muitas profissões lutam pelos mesmos motivos, mas a perseverança e a capacidade de lutar pelo alcance dos objetivos, ainda que possamos identificar alguns tropeços e quedas, registram a construção da profissionalização desta categoria que traz como marco de sua história a superação de obstáculos.

A capacidade de criar novas estratégias fundamentadas na experiência, o talento para transladar recursos promovendo alianças positivas, espírito de liderança e capacidade de renovação de hábitos fazem parte da trajetória de construção do conhecimento específico da enfermagem neonatal do Instituto Fernandes Figueira, em uma combinação de energia e inteligência que foram fundamentais para o sucesso da trajetória de construção da especialidade.

Compondo a rede deste estudo, observamos que as condições históricas das décadas de 1980 e 1990 impuseram à enfermagem mudanças significativas. Conforme a acirrada competição intercapitalista do processo de globalização foi se intensificando, o termo competência ganhou uma nova dimensão. Neste contexto, o conhecimento ganhou lugar de destaque, pois o mercado de trabalho passou a valorizar o profissional especializado.

Constatamos assim, que a configuração desta rede levou a categoria a valorizar a formação de seus recursos humanos, buscando cada vez mais capacitá-los com um sólido conhecimento técnico, habilidade para absorver e adaptar-se às novas tecnologias e às mudanças organizacionais,

estabelecendo-se como um grupo de profissionais dotados de espírito crítico e analítico, atendendo assim, não apenas a demanda do mundo do trabalho, mas também às exigências da própria sociedade em desenvolvimento.

O processo de especialização representou para a enfermagem neonatal do IFF a reformulação do seu processo produtivo e, conseqüentemente, em termos de trabalho e qualificação profissional. A proposta de construção do saber próprio, alicerçado nas teorias de enfermagem, foi incorporada por estas enfermeiras como uma forma de alcançar o status da competência profissional.

A vinculação entre educação e trabalho, na perspectiva da laborabilidade, foi fundamental para este grupo que articulando os saberes desenvolveu eficazmente sua prática, superando a experiência acumulada transformada em hábito e liberando o profissional para a criatividade e a atuação transformadora.

Sofrendo forte influência de uma rede de atores como: interesse político e social para redução das taxas de morbimortalidade infantil, modelo de saúde, movimento capitalista, globalização, transformações sociais e mudanças nas concepções políticas e econômicas, a enfermagem buscou firmar-se como uma profissão com considerável perspectiva de crescimento e valorização no mercado de trabalho.

Os resultados da pesquisa apontam para a simultaneidade das influências externalistas e internalistas para o processo de especialização rumo à profissionalização, determinando que não apenas o domínio do conhecimento leva ao sucesso profissional, visto que há de se considerar a soberania do social nas análises históricas das profissões.

Historicamente, a ciência vem se configurando de maneira disciplinar até culminar no alto nível de especialização do conhecimento que encontramos atualmente em nossa sociedade. Vivemos em um mundo tecnocrático onde impera a especialização e a fragmentação do saber.

Concluimos que o curso de especialização representou a transferência da responsabilidade do gerenciamento da carreira para o profissional, mas este é apenas o início a uma jornada que certamente ainda está distante de levar um profissional até o topo da sua carreira.

Os tempos mudam e a cada dia temos que encarar novos desafios e definir novos objetivos. Neste estudo percebemos que os atores se

comportaram como guerreiros que olharam nos olhos do futuro sem medo e sem arrogância e com a confiança de quem está pronto para o combate.



Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) – Resolução RDC 307 de 2002. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/atos...sanitaria/...de-saude/.../RES_307.pdf Acesso em: 20/07/2009.

ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989.

ALMEIDA, C.M. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasília, 1998.

ALMEIDA, MCP; ROCHA, JSY. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES DB. **Produção/reprodução do conhecimento no trabalho na enfermagem: o conhecimento como forma de estar no mundo**. Coletânea de trabalhos. Fortaleza: Rene; 1998.

ANDERSON, P. **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático**. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1995.

AQUINO, M. M. A., 1997. **Causas e Fatores Associados ao Óbito Fetal**. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

AVERY, G. B. **Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Medsi, 1984.

AVERY, G. B. **Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BANTA, H. D. & LUCE, B. R., 1993. **Health Care Technology and its Assessment. An International Perspective**. Oxford: Oxford University

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, I. C. S.O **Advento das incubadoras no exterior e no Brasil: um ensaio histórico. Pediatría Atual**, Rio de Janeiro, 2002.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BAUER, M.W.; **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático** (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes, 2002.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as conseqüências humanas**. Trad. de Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

BRASIL. **Programa de Assistência a Saude da Mulher e da Criança**. Ministério da Saúde, 1984.

_____.Diário Oficial da União, portaria 745 de 22 de Dezembro. Ministério da Saúde, 2005.

_____.Portaria nº 3432/ 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei nº 9.394/1996, art.6. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Ministério da Cultura. Lei nº 9610/98 dos Direitos Autorais.

CAPES, **Campanha Nacional de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Decreto nº 29.741/1951. Regulamentação Cursos de Especialização. Disponível em: www2.capes.gov.br/rbpg/images/stories/...3..._/Debates_Artigo1_n5.pdf. Acesso em: 15/ 08/2009.

CAPONI, S. **Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico**. Ciência e Saúde Coletiva. Santa Catarina 2009.

CARPER, B. A. **Fundamental patterns of knowing in nursing**. Advanced Nursing Science 1978.

CARVALHO R.A. **Cuidado presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco**. Passo Fundo (RS): Editora da Universidade de Passo Fundo; 2001.

CASTRO, H. **Domínios da História Ensaios de teorias e Metodologia**. Rio de Janeiro. Ed. Campos, 1997.

CASTRO, Antonio Barros de; SOUZA, Francisco Eduardo Pires de. **A economia**

brasileira em marcha forçada. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

CLOHERTY, J.P e STARK, A.R: **Manual of neonatal care**. 1993

COFEN, **Conselho Federal de Enfermagem** Lei nº 2.264/1996.

Regulamentação dos cursos de pós-graduação, 1996.

COFEN, **Conselho Federal de Enfermagem**. Lei nº 7.498/86 - Dispõe sobre o exercício profissional da Enfermagem, 1986.

COSTA M.C.N; Mota E.L.A; Paim J.S; Silva L.M.V; Teixeira M.G.; Mendes C.M.C; **Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica**. Rev Saúde Pública. 2003

CREMERJ, **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro**, Resolução nº. 109 de 1996.

DE SETA, M. H. **Instituto Fernandes Figueira: delineamento de 50 anos da historia institucional**. Rio de Janeiro, 1997. Dissertação de mestrado. Disponível na biblioteca do Intituto Fernandes Figueira.

DELEUZE, G.;GUATTARI, F. **Rizoma**. Editora Assíro & Alvim. Coleção Alfinete. 2006.

DOIMO, A. M. **A vez e a voz do popular: Movimentos Sociais e participação política no Brasil pós-70**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ANPOCS, 1995.

FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**. Florianópolis, **2004**.

.FIORI, J.L. **Ajuste, transição e governabilidade: o enigma brasileiro**. Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1993.

FONTES, J.A.S. **Perinatologia social**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1984.

FOCAULT, Michel. **Surveiller et punir**. Naissance de la prison, Paris, Éditions Gallimard, 1975.

FREIRE, L. L. **Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica**. Comum, 2006.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: Um estudo da reforma sanitária**

brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. – São Paulo: Atlas, 1999.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais. Paradigmas clássicos e contemporâneos**. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2000.

GOLDIM, José Roberto. **O consentimento informado numa perspectiva além da autonomia**. Revista AMRIGS, Porto Alegre, 46 (3,4): 109-116, jul. - dez. 2002.

GUTIERREZ, Maria Claudia Sarmiento. **Análise do processo de conversão da dívida externa: O caso Brasileiro**. 1986

HOCHMAN, G., **A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina**. Filosofia, História e Sociologia das Ciências. Abordagens Contemporâneas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.

IANNI, O. **A era do globalismo**. Civilização Brasileira, 3ª ed. Rio de Janeiro 1997.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago.

KAST, R, Rozenweig, F. **Organização e administração; um enfoque sistêmico**. São

Paulo: SPAN, V.2, 1982.

LAMI FILHO, F. **Carga de trabalho e falhas inespecíficas de processo nos cuidados intensivos neonatais.** Tese de doutorado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

LATOURE, B. **Jamais Fomos Modernos.** Rio de Janeiro, Ed. 34, 1994.

_____. **Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora.** São Paulo, Editora UNESP, 2000.

_____. **A esperança de pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos.** Bauru: EDUSC, 2001.

_____. **A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas.** São Paulo, Editora UNESP, 2004.

LIMA, D.M.; PORTO, M.E.A. **Residência em Enfermagem - subsídios para possíveis estudos.** Enf.Novas Dimensões, 1977.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

LUSSKY, R. C. **A century of neonatal medicine. Minnesota Medical Association,** Mineápolis, 1999. Disponível em:

<http://www.nmed.org/publications/MnMed1999/December> Acesso em: 08/06/2008

MACHADO, L.R.S. **A educação e os desafios das novas tecnologias em tecnologias, trabalho e educação.** Ed. Vozes. Petrópolis, 1991.

MARANHÃO, A.G.K. **Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil.** Radis, 1999.

MARQUES, P.A. **Processo de trabalho em uma unidade de terapia intensiva neonatal: conhecendo as redes e desatando os nós.** Dissertação mestrado UNIRIO, 2009.

MENOSSI, J.; OLIVEIRA, M.M.; COIMBRA, V.C.C.; PALHA, P.F.; ALMEIDA, M.C.P. **Interdisciplinaridade: Um instrumento para a**

construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. Rev Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, nº2, Maio/Agosto 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: Ed. HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MORAIS, J.L.B. **O direito da saúde. Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, 1996.

MOREIRA, ALMERINDA. **Desmistificando a Origem da Enfermagem Brasileira.** Dissertação de Mestrado. RIO DE JANEIRO, 1990, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO.

MORIN, E. **A cabeça bem feita.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

MODIANO, E. **A Opera dos Três Cruzados: 1985-1989.** Rio de Janeiro: Editora Campus 1990.

OGUISSO, T. **História da Legislação do Ensino Médio Profissional de Enfermagem.** Revista Paulista de Enfermagem. São Paulo, v.21, n.1, p71-83, Jan/Abr. 2002.

OLIVEIRA, I. C. dos S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada.** Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

PEREIRA, A. **A História da Profissão Médica: O Ponto de Vista de Paul Starr.** Série Estudos em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social/UERJ. Rio de Janeiro 1994.

PIERANTONNI, C. H. ; MACHADO. M.H. **Profissões de saúde: a formação em questão.** Cadernos RH de Saúde 1993.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3ª ed.

Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

QUEIRÓZ, M.I.P. **Relatos orais: Do “indivisível” ao “divisível”. Experiências com histórias de vida:** Itália – Brasil. São Paulo, Vértic, 1988.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. 4ª ed. Medsi, Rio de Janeiro, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. **Epidemiologia, História Natural e prevenção de doenças**. Epidemiologia & saúde. 5ª ed. São Paulo: MEDSI, 1999.

SILVA, B. **Dicionário de ciências sociais**. Especialização 2edª. Rio de Janeiro: FGV, 1987.

SINGER, P. “**Um histórico da globalização**”, Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política, 1998.

STENGERS, I. **L'invention des sciences modernes**. Paris, La Découverte 1993.

SUCUPIRA, Newton. **Antecedentes e primórdios da pós-graduação**. Fórum Educacional, Rio de Janeiro, 1980.

SZWARCWALD, C. L. et al. **Tendências da mortalidade infantil no Brasil nos anos 80**. Inf. Epidemiol. SUS, 1992.

OGUISSO, Taka. TSUMECHIRO, Maria Alice. **História da Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**. Rev Esc Enferm USP 2005; 39(Esp.): 522-34.

TOURAINÉ, Alain (1999). **Crítica de la modernidad**. México, FCE, 5ª reimpressão

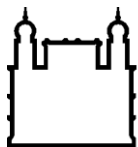
VIEGAS, J. M. S. & DOLABELA, R. F. **Estudo qualitativo das estatísticas de nascimentos e óbitos; O sub-registro em Minas Gerais e Região Metropolitana de Belo Horizonte ~ Resultados definitivos do Censo Demográfico de 1980**. Indicadores de Conjuntura, 1986.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

ZARIFIAN, Philippe: “**Objetivo Competência – por uma nova lógica**” (“Objectif compétence”), 1999, Editions Liaisons, Rueil-Malmaison, França, tradução Editora Atlas S.A., São Paulo, 2001.



Apêndices



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

Instituto Fernandes Figueira

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

PROJETO DE PESQUISA: O DESPERTAR DE UMA ESPECIALIDADE: A ENFERMEIRA NA HISTÓRIA DA NEONATOLOGIA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA

Prezada enfermeira, você está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa. Que traz como objetivo: 1) Descrever a rede que compôs o contexto histórico da trajetória da construção do saber especializado das enfermeiras neonatologistas do IFF. 2) Discutir o significado que a construção do saber especializado da enfermagem neonatal teve para a profissionalização do grupo.

Através de uma entrevista temática, esperamos coletar dados importantes que venham a corroborar com a análise documental e com a construção histórica dos fatos que permearam a construção do saber da enfermagem neonatal do IFF. As entrevistas serão realizadas com o auxílio de um gravador e após a transcrição serão submetidas à leitura do entrevistado, para consentimento e aprovação. As mesmas serão arquivadas por um período de cinco anos e ficarão sob a guarda do pesquisador que se compromete ao final deste prazo destruí-las.

Sua participação é voluntária, podendo desistir de participar da pesquisa ou se recusar a responder qualquer pergunta a qualquer momento sem explicações de motivos. Suas respostas serão respeitadas e caso seja de seu desejo tratadas de forma anônima. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. Aos participantes não haverá ressarcimento ou qualquer tipo de ganho ou prêmio. O benefício está na sua contribuição para o aumento do conhecimento científico para a área de enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Pesquisadora Claudia Maria Alexandre do Carmo

Mestranda da LAPHE/UNIRIO

Cel: 21-82692359 – 21- 25541820 E-mail: claudialex@iff.fiocruz.br

Esta pesquisa está registrada no CEP/IFF à disposição para eventuais esclarecimentos e outras providências que se façam necessárias: E-mail CEPIFF@IFF.FIOCRUZ.BR Tel: 21-25541730

Eu, _____, abaixo assinado concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes à esse estudo e que todas as minhas perguntas foram esclarecidas pela pesquisadora. Autorizo a minha identificação e o uso de minhas imagens fotográficas neste trabalho científico. Entendo que poderei ser reconhecido(a) por leitores e que minhas fotografias poderão ser publicado na internet e serem acessadas pelo público em geral.

Assinatura: _____

Apêndice 2

Tópicos da Entrevista:

- A implantação do serviço de neonatologia;
- Elaborado o projeto;
- Realização dos primeiros treinamentos;
- Que profissionais participavam;
- Estrutura do funcionamento da unidade;
- A equipe (interdisciplinaridade);
- A escolha dos profissionais;
- Responsabilidades de um serviço de referência;
- Trajetória de construção do conhecimento de enfermagem (visão e pespequitiva);
- Diferenças na formação dos profissionais dos cursos de residência e de especialização de enfermagem neonatal no IFF;
- Futuro da neonatologia;