

O cotidiano da assistência ao recém-nascido: propostas governamentais e bases operacionais¹

Maria Antonieta Rubio Tyrrell
Cristiane Rodrigues da Rocha
Patrícia Regina Affonso de Siqueira

Resumo

O presente estudo apresenta-se como uma pesquisa integrada multidisciplinar que conta com a participação de professores e alunos de enfermagem, medicina e nutrição da Universidade Federal do Rio de Janeiro, numa perspectiva de análise do cotidiano da assistência ao recém-nascido, em quatro instituições públicas, no município do Rio de Janeiro, à luz das propostas governamentais e da sua articulação com as bases operacionais. Assim, foi entrevistada a equipe que assiste o recém-nascido na e UTIN e mães.

Numa abordagem qualitativa, com enfoque dialético, as entrevistas, na modalidade de grupo focal, permitiram identificar: os aspectos que refletem a prática assistencial ao recém-nascido, como características e elementos organizacionais dos serviços; as competências profissionais na equipe de saúde; e modelos de assistir e/ou cuidar do recém-nascido, pautados na perspectiva humanizada ou intervencionista. As bases operacionais, normas, rotinas são, majoritariamente, fundamentadas pelas diretrizes das entidades de classe.

Palavras-chave: *Enfermagem, Recém-nascido, Assistência, Políticas*

Introdução

O presente artigo trata dos resultados da pesquisa integrada (registrado no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher – NUPESM/DEMI/EEAN), realizada por um grupo de pesquisadoras (enfermagem, medicina e nutrição). Ela estava sob a coordenação de uma doutora em enfermagem e contou com a colaboração das outras áreas de conhecimento, o que lhe conferiu a multidisciplinariedade.

O enfoque deste estudo é o cotidiano da assistência ao recém nascido (RN) nos hospitais-maternidade governamentais, do município do Rio de Janeiro, com ênfase nos modelos de assistir e estilos de cuidar as crianças – recém-nascidas – pela equipe de saúde e de enfermagem. Realizou-se um confronto entre as propostas governamentais e as bases

operacionais, considerando essas bases como os elementos identificados pelos sujeitos como estratégias de suporte para a assistência .

A problemática do RN abrange aspectos fundamentais desde a gestação, quando o bebê tem assegurado no ventre materno todos os elementos necessários para a sua sobrevivência: nutrição, oxigênio, calor e proteção contra as infecções. No mesmo momento do nascimento, uma série de mecanismos de adaptação permitem que o recém-nascido alcance sua autonomia em forma progressiva.

O nascimento constitui o momento, mais crítico, de culminação do processo gestatório, sendo relevante o papel da equipe de saúde, cujo desempenho transcende a esse momento, repercutindo por toda a vida do ser humano. Assim, Burroughs (1990) enfatiza

as várias adaptações pelas quais o recém-nascido passa de forma a tornar-se independente da mãe. Entre elas, está a ventilação pulmonar e as modificações circulatórias. Para que esse período transcorra sem anormalidades, é fundamental detecção e intervenção precoce por parte dos profissionais.

Normalmente, em nove de cada dez nascimentos a adaptação imediata à vida extra-uterina ocorre durante os primeiros minutos sem nenhuma intercorrência. Segundo Gomella (1994), em alguns casos o recém-nascido não pode iniciar a respiração espontânea, por causa da asfixia prévia ou da ação de drogas depressoras.

Numa investigação realizada pelo Centro Latino - Americano de Perinatologia CLAP/OPAS/OMS (Uruguay) nas maternidades da América Latina, verificou-se que dois de cada três recém-nascidos de baixo peso que faleciam na primeira semana de vida apresentaram asfixia no momento do nascimento.

Assim, para abordar a temática proposta, esta pesquisa definiu como objetivos os seguintes:

- Identificar os elementos organizacionais da atenção ao recém-nascido na instituição hospitalar, comparando-os com as propostas governamentais, considerado seu contexto político, social e econômico.

- Caracterizar a assistência hospitalar ao RN, descrevendo os cuidados ou estilos de cuidar, por área de competência dos profissionais que compõem a equipe de saúde (Enfermeira, Pediatra e Nutricionista), tomando como base os definidos no Manual de Assistência ao RN pela COMIN/MS (1994).

Discutir a prática da assistência hospitalar ao RN, evidenciando as facilidades, dificuldades e a repercussão do seu trabalho nos planos profissional e social.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa com um enfoque dialético. Para tanto, foi utilizada a técnica de entrevista em grupo focal,

complementada por um formulário de caracterização dos sujeitos, com a garantia, às instituições e aos sujeitos, do anonimato e de sua retirada em qualquer momento da pesquisa, como propõe a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

O grupo focal trata-se de uma técnica de entrevista em grupo, gravadas em fitas cassetes, onde um coordenador da discussão conduz o debate a partir de um roteiro no qual constam perguntas previamente elaboradas e conta com o auxílio de dois observadores e um facilitador. A cada participante é dado o direito de expressar sua opinião, contudo as respostas permitem um debate dirigido pelo moderador, denominação do coordenador da discussão.

Assim, a partir dessa técnica, foram realizados quatro grupos focais com as mães e cinco grupos focais com os profissionais no primeiro semestre de 1999. Em cada uma das quatro instituições para cenário, foi realizado apenas um grupo focal de mães e profissionais em momentos distintos, respectivamente. Contudo, cabe esclarecer que o primeiro grupo focal com profissionais foi realizado na qualidade de teste-piloto.

Associado ao grupo focal foi realizada a caracterização somente dos profissionais através de um formulário no qual constavam as seguintes informações como: função (enfermeiro, nutricionista, obstetra, fonoaudiólogo, pediatra, terapeuta ocupacional), setor (BI e UTIN), tempo de serviço (2 a 27 anos), sexo (01 masculino e 18 feminino), idade (30 a 55 anos), e conhecimento do Manual de Assistência ao RN publicado pelo Ministério da Saúde em 1994 (03 conheciam e 16 desconheciam).

Os sujeitos deste estudo foram 17 mães com filhos recém-nascidos internados e 19 profissionais que integravam a equipe multiprofissional (enfermeiro, obstetra, pediatra, nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional) que prestava assistência ao recém-nascido nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN). Como cenário, foram selecionadas quatro instituições governamentais localizadas no

município do Rio de Janeiro e que ofereciam esse tipo de assistência à população.

O quantitativo de mães que participaram refere-se às mães que estavam na instituição em virtude da internação de seus bebês. E o quantitativo de profissionais refere-se àqueles que integram a equipe multiprofissional de um determinado plantão em suas respectivas instituições de origem.

A análise foi desenvolvida pela categorização dos dados obtidos, através da análise de conteúdo, segundo o referencial de Bardin(1977).

Resultados e discussões

Elementos organizacionais dos serviços de assistência ao recém-nascido

A pesquisa permitiu identificar os elementos organizacionais dos berçários intermediários (BI) e das unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) de quatro instituições de saúde governamentais do Município do Rio de Janeiro, tendo como base a visão dos profissionais de saúde e das mães. Assim, esses elementos, de acordo com as diretrizes governamentais, traduziram propostas "ideais" não compatíveis com as "realidades" constatadas, com sérios prejuízos para a qualidade da assistência e a melhoria da gestão dos serviços.

Aspectos críticos da assistência ao recém-nascido

A assistência hospitalar dirigida aos recém-nascidos, com base nos dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde (através de relatórios técnicos e de registro dos indicadores de mortalidade materna e neonatal) e do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, apresenta-se prejudicada por determinantes históricos e conjunturais, que se relacionam especificamente a grandes contingentes populacionais por áreas de planejamento, número reduzido de instituições de assistência ao recém-nascido de risco e conseqüente relação de insuficiência na disponibilidade de leitos (BI e UTIN). Em duas

áreas, inclusive, havia inexistência desses leitos, são elas: APs 5.1 (Bangu, Deodoro, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo, Padre Miguel e Senador Camará) e 5.3 (Santa Cruz, Paciência e Sepetiba), totalizando 897.566 habitantes sem cobertura assistencial para o recém-nascido de risco.

Na visão dos profissionais de saúde e das mães, a assistência ao recém-nascido e a elas próprias foi limitada por diversas razões, tendo sido diferenciada em cada instituição dadas as características específicas.

Assim, apresentaram-se destacados de forma independente mas complementar, o ponto de vista dos profissionais e das mães. Os profissionais consideraram que o maior problema estava relacionado com a deficiência de recursos financeiros, humanos e materiais; e para as mães, se referiu à inadequação do horário de visita, a presença do acompanhante para as mães, o acompanhamento da criança por elas (quando permanecia internada na instituição) e referiram que a estrutura física era deficiente e inadequada.

Nesse particular, alguns profissionais afirmaram (em duas instituições) que, mesmo que existissem recursos adequados para os programas e projetos planejados, a sobrecarga das atividades por "superlotação" criava um problema de deficiência dos mesmos para sua melhor utilização, o que prejudicava a qualidade da assistência às mães e aos recém-nascidos.

Assim, pode-se perceber enfoques diferentes na visão desses dois elementos na assistência ao recém-nascido. Enquanto as mães reivindicam uma assistência de valorização do desenvolvimento da relação mãe e filho, os profissionais consideram os aspectos técnico-administrativos, pessoal e material mais relevantes. Na verdade, eles não devem ser vistos como enfoques polarizantes, mas que se complementam para qualidade da assistência ao recém-nascido.

Esse fenômeno constatado no Município do Rio de Janeiro diz respeito, freqüentemente, aos serviços da rede pública - das unidades de terapia intensiva neonatal - por diversos fatores, e entre eles o mais importante foi a insuficiente oferta de leitos em berçários intermediários (BI) e em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN).

Nessa perspectiva, emergiu um aspecto desse fenômeno que preocupou muitos profissionais, que o atribuíram principalmente ao fato de as instituições de atenção secundária e terciária (como foi o caso de todas as instituições em estudo) constituírem-se em um "pólo de atração" para a clientela que residia em municípios vizinhos. Isso significou que as instituições onde foram atendidos os pacientes de municípios vizinhos, dos quais a maioria não possuía hospital em nível terciário, não apresentavam condições de atender aos clientes que exigiam maior complexidade assistencial, pois não dispunham de leitos para recém-nascidos e mães de alto risco.

Os relatos maternos também expressaram esse fato (duas instituições), quando referiram-se às dificuldades de atendimento nos serviços localizados nas suas áreas de origem. Desta forma, elas encontraram-se obrigadas a sair da periferia para os centros urbanos onde localizavam-se as instituições de referência. Esse exôdo nem sempre acontecia por iniciativa das próprias mães, muitas vezes ocorria através de encaminhamentos pelos profissionais que as assistiram nos seus municípios, para aquelas instituições de maior complexidade.

As mães ainda identificaram uma outra vertente da superlotação, no que se referiu aos alojamentos maternos para aquelas que haviam recebido alta e que seus filhos ainda haviam permanecido internados. Se para a clientela internada, a sobrecarga dos serviços prejudicava a qualidade dos serviços, muito mais sensível a essa consequência se encontravam essas mulheres. Isso se deve ao fato de elas se virem obrigadas a permanecerem nas instituições ainda que em condições desconfortáveis,

para acompanhar seus filhos internados, mesmo quando elas já haviam recebido a alta hospitalar.

Quanto à migração de nascimentos e óbitos, elas não se deu de forma homogênea entre as maternidades do município. Obviamente, o maior número de óbitos ocorreu naquelas com perfil de atendimentos de crianças com risco. A invasão de nascimentos e óbitos de crianças, nessas condições, foi um fato facilmente demonstrado, sobrecarregando unidades programadas para atenderem a uma demanda regionalizada. Em uma instituição (I-04), os profissionais destacaram a relação direta do atendimento além da capacidade assistencial em virtude da expressiva demanda, ao aumento dos casos de infecções como consequência desse fenômeno.

Consta em relatórios oficiais da Secretaria Municipal de Saúde essa problemática: nascem cerca de 10.000 crianças por ano que são residentes em municípios vizinhos, correspondendo a 10% dos nascimentos ocorridos na cidade (Rio de Janeiro).

Desse modo, a Secretaria Municipal de Saúde chamou a atenção, em repetidos relatórios oficiais, para o fato de que, embora essa "invasão" de nascimentos tinha se mantido numericamente estável entre 1996 e 1999, notou-se um aumento do número de crianças com baixo peso ao nascer. A freqüência de baixo peso entre os não residentes foi de 1,8 vezes maior que entre os residentes. Portanto, se numericamente não houve aumento de nascimentos de crianças residentes em outros municípios, houve uma mudança qualitativa, com nascimentos de criança de maior risco de desenvolver eventos mais graves, necessitando de assistência especializada (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN) que só foi encontrada em maternidades de maior complexidade, como foi o caso das instituições que fizeram parte deste estudo.

Nesse sentido, se destacou que quanto aos óbitos neonatais ocorridos no município notou-se uma tendência de queda, principalmente entre os filhos de mães que residiam nesse mesmo município, ao

contrário do aumento de nascimentos de crianças não residentes com baixo peso que se refletiu no aumento da mortalidade neonatal nesse grupo. Verificou-se um incremento de 34,7% entre 1995 e 1997.

Essas situações demonstraram claramente alguns relevantes motivos que promoveram a sobrecarga nos serviços localizados no Município do Rio de Janeiro, com prejuízo para a qualidade da assistência às mães e aos recém-nascidos.

Modelos de assistir e/ou cuidar do recém-nascido

Os modelos de assistir e/ou estilos de cuidar do recém-nascido pelos profissionais atenderam a realidade de possibilidades e limitações de cada instituição de saúde e a dinâmica do processo de trabalho instituído. Assim, foram identificados duas vertentes assistenciais: uma como demanda das atividades dos próprios profissionais que concentraram suas preocupações em aspectos tecnicistas e operacionais da assistência, destacando os recursos materiais e humanos deficientes; sobrecarga dos serviços com aumento do risco de infecção; o trabalho em equipe e; a institucionalização de rotinas, normas e procedimentos.

Em termos gerais, de acordo com a descrição dos profissionais de saúde, três práticas, como atividades realizadas, caracterizaram o modelo de assistir ao recém-nascido:

a) atividades dirigidas ao diagnóstico, tratamento e evolução. Aqui, todos os profissionais realizaram atividades com esse propósito, respeitados os limites ético-legais de sua competência e proficiência profissional;

b) atividades específicas de cada área de atuação; elas caracterizaram a real contribuição dos profissionais por área de competência. Ficou muito claro que a responsabilidade de tratar pacientes de risco era do médico, bem como a prescrição de medicamentos, diagnósticos e exames especiais. As atividades de treinamento e educação continuada foram realizadas por áreas de competência, sendo essa

confirmada pela maioria das enfermeiras que destacaram, ainda, a amplitude das suas atividades assistenciais diretas ao cliente, tais como: exame físico, prescrição, técnicas e procedimentos do cuidado propriamente dito;

c) atividades comuns foram realizadas na área de educação em saúde, na administração da unidade e na pesquisa.

Ao tentar fazer uma relação entre a determinação de normas, rotinas e/ou atividades para assistir ao recém-nascido e entre as que foram utilizadas nas instituições de saúde da rede pública e as que foram determinadas pelo Ministério da Saúde (1994), através do Manual de Assistência ao Recém-Nascido, evidenciaram-se três posições profissionais:

a) a primeira, foi a de que o serviço era quem deveria estabelecer suas próprias rotinas e normas (de acordo com seus recursos - possibilidades e limites);

b) a segunda, foi a de que nos serviços deveriam ser seguidas as normas e rotinas estabelecidas (nesse caso) pela Secretaria Municipal de Saúde e as determinadas pelos Conselhos de Classe;

c) a terceira foi a de que os serviços deveriam adequar suas normas e rotinas tendo como base as normas do Ministério da Saúde (Manual de Assistência ao Recém-Nascido), das Sociedades de Classe, dos Conselhos Regionais das Categorias.

Cabe destacar que, nesse momento, não há preocupação em determinar quais normas devem ser incluídas ou excluídas das rotinas assistenciais, sobretudo por considerar que na grande maioria não se contradizem, mas se complementam.

De todos os profissionais, somente três (dois médicos e uma enfermeira) afirmaram conhecer o Manual de Assistência ao Recém-Nascido e esse conhecimento deveu-se a interesse próprio (iniciativa própria). Alguns profissionais explicitaram que o Manual do MS sobre a assistência do recém-nascido "nem sempre pode ser seguido a risca", "há necessidade de fugir da regra por necessidade do setor", "há que aplicar o que a gente aprendeu", "ou

pesquisou”, “o que foi estudado e tratado nos congressos das categorias”, “ou determinado pelos Conselhos ou Sociedades de especialistas”.

Dessa forma, o primeiro modelo centrou-se numa concepção operacional da assistência, baseada na concepção dos profissionais como prestadores do serviço. O segundo modelo de assistir e/ou cuidar do recém-nascido derivou das concepções maternas que enfocaram necessidades relacionadas a aspectos mais sensíveis e menos técnicos, com destaque para a presença do acompanhante, as orientações em saúde que contemplassem suas preocupações maternas, sem no entanto obscurecer a sua figura feminina e o alojamento para mães de bebês ainda internados. Portanto, esse segundo modelo concentrou-se numa perspectiva mais humanizada, nas necessidades percebidas como mulheres e mães consumidoras dos serviços.

Nesse sentido, constatou-se nas instituições estudadas, uma atividade em comum: a educação em saúde dirigida às mães com a finalidade de orientá-las quanto aos cuidados com seu filho. No entanto, as orientações precisam ser ampliadas, em caráter de urgência, incluindo os cuidados com as próprias mães. Entre essas, as puérperas ressaltaram a necessidade de serem orientadas quanto aos curativos no local da episiorrafia e as orientações para o aleitamento materno que não deveriam ser direcionadas exclusivamente aos benefícios da criança, por não terem em consideração, algumas vezes, as condições fisiológicas e sobretudo psicológicas dessa mulher.

A inserção profissional na assistência ao recém-nascido

Ao investigar como se deu a opção pelo setor de trabalho, os profissionais caracterizaram quatro formas, foram elas: escolha por oportunidade profissional; grande afinidade com o trabalho com recém-nascidos; vontade de conhecer melhor o trabalho em neonatologia; e um destacou que tinha optado para seguir os passos de seu mestre e ídolo.

Sabíamos também que algumas iniciativas de estudos e (re) alocação dos recursos pela competência e qualificação haviam sido tentativas isoladas e frágeis. Talvez, uma determinação governamental sobre essa alocação tivesse maior força política em prol da melhoria da qualidade assistencial e da gestão dos serviços.

A atuação dos profissionais nos serviços de neonatologia (BI e UTIN) foi variada nas instituições de saúde estudadas. A maioria acreditava que sua experiência (maternidade ou paternidade) pessoal e profissional influenciavam em muito na qualidade da assistência às mães e aos recém-nascidos, através de alguns comportamentos como: aumento de sensibilidade para compreender as situações das mães; facilidade na interrelação entre profissionais e clientes; e a dedicação às atividades.

Quase todos os profissionais afirmaram que o acompanhante era muito importante na assistência ao recém-nascido, sobretudo por considerarem que, quando a criança permanecia internada, era necessária a presença da mãe. Assim, segundo eles, esta foi uma oportunidade para que os mesmos assegurassem a integração familiar através do incentivo e do esclarecimento sobre o aleitamento materno (que foi fundamental); estímulo à relação, amor, carinho e atenção pela mãe; incentivo ao vínculo e apego materno bem como conquista da confiança da mãe na assistência, o que, em suma, veio reduzir o tempo de recuperação do recém-nato. Somente um profissional registrou que alguns acompanhantes, pelas ansiedades vividas naquele momento, dificultavam a assistência. Isso, na opinião da equipe das pesquisadoras, foi questionável e deveria ser pesquisado de forma aprofundada.

O trabalho em equipe e sua relação com as competências profissionais

O trabalho configurado como da “equipe de saúde” foi reconhecido por todos os profissionais como: indispensável e fundamental para beneficiar a

qualidade da assistência às mães e aos recém-nascidos; também, pelas suas implicações na melhoria da comunicação e na troca das informações úteis para a assistência integral mãe-filho-família, promovendo harmonia no ambiente de trabalho.

Segundo esses profissionais, o trabalho em equipe não poderia ser baseado em vínculo de amizade, devendo ser de forma profissional e instituído; e foi prejudicado em algumas instituições, entre outros, pela falta dos seguintes fatores: cooperação entre os profissionais, integração das atividades, determinação de rotinas institucionalizadas (discutidas, atualizadas e decididas em grupo de profissionais). Neste sentido, muitos profissionais registraram que a metodologia desta pesquisa foi adequada e relevante no sentido de reconhecer a deficiência na realização de reuniões que objetivassem discutir e adequar a assistência (para estabelecimento de critérios, ações básicas, normas e rotinas), reconhecendo dessa forma a validade do grupo focal.

Com base na descrição das atividades por competência dos profissionais, constataram-se atribuições de cada profissional asseguradas pelas determinações legais e pelo processo ético que regia o exercício de cada profissão, ao contrário do que se determinou no Manual de Assistência ao Recém-Nascido (MS, 1991). Nesse, as atribuições definidas limitavam-se a duas categorias profissionais: médica e de enfermagem. Na primeira, foi assegurado ao pediatra a assistência ao recém-nascido de forma plena; já no caso da enfermagem esse manual não definiu o papel do enfermeiro como responsável pela equipe de enfermagem, desconsiderando os níveis de complexidade que abrangiam as atividades destinadas à equipe de enfermagem. Assim, descaracterizou o papel do enfermeiro, seu conhecimento científico teórico-prático e sua contribuição assistencial para a qualidade dos cuidados oferecidos ao recém-nascido e às mães.

Nesse particular, há que se considerar que na realidade brasileira a enfermagem, de acordo com a Lei nº 7.498/86 e o Decreto que a regulamenta nº 94.406/

87, é exercida por vários elementos que integram a equipe de enfermagem: enfermeiro, obstetrix (nível superior), técnico de enfermagem (nível profissionalizante-médio), auxiliar de enfermagem (nível profissionalizante-médio) e os auxiliares técnico-operacionais (antigos atendentes, de formação elementar e/ou treinamento específico). Também, é por demais reconhecido (ético e legalmente) que o enfermeiro é o responsável pela coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem nas instituições de saúde. Portanto, cabe ao enfermeiro a coordenação e a administração da assistência ora questionada, subtilizada e mal definida.

Outros profissionais foram identificados, na assistência ao recém-nascido nas instituições em nível secundário e terciário, que contribuíram com a melhoria da assistência; foram eles: nutricionista, fonoaudióloga, e terapeuta ocupacional, com atribuições bem definidas pelos seus respectivos Conselhos Regionais, responsáveis pela fiscalização de suas atividades. Esses profissionais afirmaram desconhecer normas do MS para suas áreas de atuação, o que de fato foi uma realidade constatada, não foram contemplados nas normas e procedimentos de assistência ao recém-nascido do MS (1991).

Necessidades maternas

Na visão da maioria das mães, houve dificuldade na diferenciação de quem prestou o cuidado por categoria profissional, isso durante a execução do cuidado e nas orientações. Porém foi ressaltado que, em uma das instituições (I-04), três mães destacaram reuniões de orientação em grupo que abordavam os cuidados relativos ao seu corpo; essas foram desenvolvidas pela equipe multiprofissional durante o pré-natal e pelos enfermeiros durante a internação.

Quanto ao grupo de profissionais que participou da assistência, as mães apontaram a necessidade de maior número de profissionais, com destaque para os

médicos e enfermeiros e para a presença do psicólogo na assistência materna.

Essa necessidade justificou-se no período perinatal pelas condições psicológicas das mães, a fim de promover um relacionamento sadio entre mãe e filho. Assim, merecem destaque os cuidados relativos à mulher que vivenciou a experiência da maternidade, que se caracterizou por ser um momento único, independente do número de filhos. Momento esse permeado por sentimentos diversos, tais como: angústias, ansiedades e medos que precisam ser identificados e atendidos por profissionais competentes. O que foi intensificado nos casos de mães e crianças de alto risco ou com complicações decorrentes do parto e do nascimento.

À guisa de considerações finais

Essa situação é por demais crítica, uma vez que nesta investigação foi constatado que não havia uma unidade de normatização da assistência ao recém-nascido nas instituições em estudo no Município do Rio de Janeiro. As diretrizes e normas oficiais (MS) não eram conhecidas, não foram contempladas e inexistiam para a maioria dos profissionais, justificando-se dessa forma a procura de diretrizes e normas que oferecessem base legal e oficial, quando determinadas pelos Conselhos e Associações de especialistas das diferentes categorias profissionais; de outro lado, traduziu ainda a problemática do ensino na área da saúde quanto às determinações governamentais. De fato, essa situação precisa ser investigada nas universidades de forma mais aprofundada.

Sobre esse assunto, registraram-se algumas afirmações relatadas tanto pelos prestadores quanto pelos consumidores desses serviços de saúde, nas instituições pesquisadas, as quais foram pertinentes à guisa de considerações finais por terem sido consideradas importantes para a melhoria da assistência à clientela e da gestão dos serviços:

- em três das instituições, houve problemas relacionados com a área física, pois não era adequada (improvisada) ao atendimento nas áreas em estudo, prejudicando inclusive o conforto necessário aos profissionais como também às mães e aos recém-nascidos;
- em três instituições (exceto a estadual de caráter universitário), os profissionais manifestaram seu descontentamento em relação aos deficientes salários;

- em duas instituições, as situações-problemas destacadas referem-se ao cumprimento e à disponibilidade dos profissionais nas atividades assistenciais; e a adequação das normas institucionais à realidade da clientela assistida, considerando o horário de visita e a presença do acompanhante;

- em duas instituições, foi enfatizada a necessidade pelos profissionais de que exista uma determinação política (pelas autoridades competentes) no sentido de assegurar verbas necessárias aos gastos relacionados com a área de saúde (e de educação). Foi enfatizado, ainda, a necessidade de recursos financeiros para garantir o bom funcionamento dos materiais e equipamentos, facilitando assim o gerenciamento dos recursos e as intervenções em casos de gravidade, complicações, acidentes e em situações terminais (agônicas e aquelas que morrem).

É bem conhecido que essas situações da forma como foram constatadas e descritas, de fato e de direito, foram identificadas em instituições de saúde da rede pública de referência e contra-referência para os cuidados de atenção secundária e terciária materna e perinatal, no Município do Rio de Janeiro. No entanto, cabe ressaltar a necessidade de investigar, a rigor, se as demais instituições, na realidade (urbana) dos diferentes municípios do Estado, dispõem dos profissionais e recursos quantitativa e qualitativamente requeridos para oferecer modelos de assistência à população alvo. E levar às instituições estes resultados para discussão e tomada de providências.

The everyday assistance to the newborn: governmental proposals and operational bases

This is a multidisciplinary research, involving nursing, medicine and nutrition professors and students of Federal University of Rio de Janeiro. It aims at analyzing the everyday assistance to the newborn in four public institutions in the city of Rio de Janeiro, considering the governmental proposals and its articulation with the operational bases.

The team who assist the newborn in the ICU and the mothers were interviewed. The qualitative and dialectical approaches were used during the interviews, allowing to identify the aspects that reflect the practice of assistance to the newborn, as organizational characteristics and elements of the services; the professional roles in health staff; and the patterns of newborn assistance or care from a humanized or interventionist perspective.

The operational bases, rules and routines are mostly built upon the guidelines of the classes entities.

Keywords: *Nursing, Newborn, Assistance; Policies*

Resumen

El cotidiano de la asistencia al recién nacido: propuestas gubernamentales y bases operacionales

El presente estudio es una investigación integrada multidisciplinaria, con la participación de profesores y alumnos de enfermería, medicina y nutrición de la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Es un análisis del cotidiano de la asistencia al recién nacido, de acuerdo con las propuestas gubernamentales y de su articulación con las bases operacionales, en cuatro instituciones públicas, en el municipio de Rio de Janeiro. El equipo, que asiste al recién nacido en la UTIN y a las madres, fue entrevistado en un abordaje cualitativo, con enfoque dialéctico y a través de grupo focal. La entrevista ha permitido identificar los aspectos que reflejan la práctica asistencial al recién nacido, en cuanto características y elementos organizacionales de los servicios, competencias profesionales del equipo de salud y modelos de asistir y/o cuidar con el recién nacido, en la perspectiva humanizada o intervencionista. Las bases operacionales, normas y rutinas son, en su mayor parte, fundamentadas en las directrices de las entidades de clase.

Palabras Clave: *Enfermería, Recién nacido, Asistencia, Políticas*

Referências bibliográficas

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOLDSTEIN, Regina Cele. Políticas de saúde e cidadania: uma contribuição para a discussão sobre os serviços de saúde. In: **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília, 1994.

_____. **Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno**. Brasília, 1991.

_____ **Programa de Assistência Perinatal.** Brasília, 1991.

BURROUGHS, Arlene. **Uma introdução à enfermagem materna.** 6ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

Centro Latinoamericano de Perinatologia-CLAP. **Organización de la asistencia perinatal.** Uruguai, Centro Latinoamericano de perinatologia e desenvolvimento humano, 1988.

GOMELLA, Tricia Lacy. **Neonatologia:** manejo básico, procedimentos, plantão, doenças e drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA. **Rotinas de pediatria I.** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.

KING, F. Savage. **Como ajudar as mães a amamentar.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

KLAUS & FANAROFF. **Alto risco em neonatologia.** 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1990.

NAGANUMA, Masuco et al. **Procedimentos e técnicas de enfermagem em UTI neonatal.** São Paulo: Atheneu, 1995.

NELSON, Waldo E. **Tratado de pediatria.** 15ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Follow-up do RN de baixo peso.** SOPERJ, 93/94. p.23-27.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **Programas nacionais de saúde materno-infantil:** impacto político-social e inserção de enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

Sobre os autores

Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Professora Doutora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil(DEMI) da Escola de Enfermagem Anna Nery(EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ) e Pesquisadora CNPq

Cristiane Rodrigues da Rocha

Enfermeira, Mestranda e Professora Substituta do DEMI/EEAN/UFRJ

Patrícia Regina Affonso de Siqueira

Mestre em Enfermagem e Professora Substituta do DEMI/EEAN/UFRJ

Notas

¹Pesquisa Integrada Multidisciplinar aprovada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia/CNPq e financiada pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro