



**ATENÇÃO INTEGRAL À SAUDE
MATERNO-INFANTIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
2006 - 2007**



MONOGRAFIA

Mow
SSM
2007



SANDRA DA SILVA MONTEIRO

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS DUAS UNIDADES DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL SOBRE A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NESTAS EQUIPES

**A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE DUAS UNIDADES DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL SOBRE A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NESTAS EQUIPES**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação em
Educação Especial, curso de Especialização em Educação Especial, da
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Especial,
Educação Especial, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Profa. Dra. Maria da Glória de Souza
Araújo, UFRJ, Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro

2007

SANDRA DA SILVA MONTEIRO

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE DUAS UNIDADES DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL SOBRE A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NESTAS EQUIPES

U.F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 712083
N. SISTEMA 712083
CÓD. BARRA



Resumo (ok)

Monografia submetida ao curso de Pós-graduação em
Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da
Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do título de especialista em Atenção
Integral à Saúde Materno-Infantil.

Monteiro, Sandra da Silva

**A visão dos profissionais de saúde de duas unidades de tratamento
intensivo neonatal sobre a atuação do fisioterapeuta nestas equipes./Sandra da
Silva Monteiro. – Rio de Janeiro: UFRJ/ Maternidade Escola, 2007**

72f.: il.; 31 cm

Orientador: Isabel Cristina da Silva Lopes

**Monografia (Pós-Graduação Lato-Sensu) – UFRJ/ Maternidade-Escola/Curso
de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil 2007.**

Referências Bibliográficas: f. 60- 65

1. Fisioterapia. 2. UTI Neonatal. 3. Equipe multiprofissional.

**I. Lopes, Isabel Cristina da Silva. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade-Escola. III. Título**

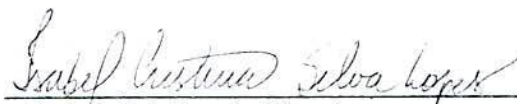
A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE DUAS UNIDADES DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL SOBRE A ATUAÇÃO DO
FISIOTERAPEUTA NESTAS EQUIPES

SANDRA DA SILVA MONTEIRO

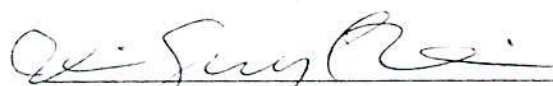
Orientadora: Isabel Cristina da Silva Lopes

Monografia submetida ao curso de Pós-Graduação
em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da
Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de
Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de especialista em Atenção Integral à
Saúde Materno-Infantil.

Aprovado por:


Isabel Cristina da Silva Lopes


Fernanda Ramos Ferreira Vilela


Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2007.

Dedicatória

**Aos fisioterapeutas que atuam nas Unidades de Tratamento
Intensivo Neonatal empenhados na construção de um
caminho profissional mais digno e justo.**

Agradeço

- ♥ Aos coordenadores pela busca constante em aperfeiçoar o curso, oferecendo sempre o melhor;
- ♥ As meninas da biblioteca pela paciência e disponibilidade;
- ♥ As amigas fisioterapeutas da turma: Daniele, Juliana e Sabrina pelos momentos felizes e principalmente por aqueles de força e incentivo;
- ♥ Ao meu irmão Sérgio Monteiro, a minha filha Marcela e minha sobrinha Gabi, com as traduções, as correções da língua portuguesa e o aporte de informática.

RESUMO

A neonatologia é uma subespecialidade recente da pediatria. Do abandono total no passado a foco de interesse multiprofissional hoje em dia, os neonatos que necessitam do aporte tecnológico de uma unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN), encontram-se frente a um grande desafio, sobreviver sem seqüelas. As primeiras UTINs estavam agregadas a grandes universidades. No Brasil, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mantêm esta tradição, que além de pólos formadores de profissionais e de núcleos assistenciais, investem nas suas unidades recursos físicos, humanos e tecnológicos. Os fisioterapeutas que trabalham em terapia intensiva neonatal consolidam este caminho profissional pela eficácia dos resultados obtidos nas práticas fisioterapêuticas com os neonatos internados. O objetivo desta pesquisa foi saber qual o conhecimento dos profissionais de saúde de duas unidades de tratamento intensivo neonatal sobre a atuação do fisioterapeuta na equipe. Cinco profissionais da UTIN do Núcleo Perinatal/UERJ, que tem o fisioterapeuta na equipe e cinco da UTIN da Maternidade-Escola/UFRJ, que não tem o profissional, foram entrevistados e suas falas transcritas literalmente para o corpo do trabalho. Como conclusão, a pesquisa revelou que os dez profissionais entrevistados conhecem o trabalho realizado pelo fisioterapeuta dentro das UTINs. Os entrevistados foram unânimes quanto à necessidade deste profissional na equipe. Sendo a fisioterapia uma profissão conhecida, reconhecida e seus profissionais necessários na UTINs, entende-se assim a decisão do Ministério da Saúde em estabelecer a obrigatoriedade do fisioterapeuta dentro das UTINs.

Palavras-chave: Fisioterapia, UTI Neonatal, Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

The neonatology is a recent subspecialty of the pediatrics. Of the total abandonment in the past the focus of multiprofessional interest nowadays, the newborn that need it arrives in port technological of a neonatal intensive care unit (NICU), meets front to a great challenge, to survive without sequels. First NICUs was added the great university. In Brazil the Universidade Federal do Rio de Janeiro(UFRJ) and Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ), keep this tradition that beyond polar regions shapers of professionals and centers to assist, invest in its units physical resources, human and technological. The physiotherapists who work in neonatal intensive therapy consolidate this professional way for the effectiveness of the results gotten in the physiotherapic practicals with the interned newborn. The objective of this research was to know which the knowledge of the professionals of health of two NICU on the performance of the physiotherapist in the team. Five professionals of the NICU of the Núcleo Perinatal- UERJ, that has the physiotherapist in team and five of the NICU of Maternidade-Escola/UFRJ, that doesn't have the professional, had been interviewed and your speak had been literally transcribing for the body of the work.. As conclusion, the research disclosed the ten interviewed professionals inside know about the work carried through for the physiotherapist of the NICUs. The interviewed ones had been unanimous how much to the necessity of this professional in the team. Being the physiotherapy a known, recognized profession and its necessary professionals in the NICUs, the decision of the Health Department in inside establishing the obligatoriness of the physiotherapist of the NICUs is understood thus.

Keywords: Physiotherapy, NICU, Multiprofessional team.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 09 |
| 1 NEONATOLOGIA NO CONTEXTO HISTÓRICO | 12 |
| 1.1 PIONEIROS | 12 |
| 1.2. PRIMÓRDIOS DAS UTINs | 23 |
| 1.2.1 UTINs no Contexto Atual | 25 |
| 1.3 HUMANIZAÇÃO NAS UTINs | 27 |
| 2 UNIVERSIDADES, SEUS HOSPITAIS E SUAS UTINS | 30 |
| 2.1 UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | 31 |
| 2.1.1 Hospital Universitário Pedro Ernesto | 32 |
| 2.1.1.1 UTIN do Núcleo Perinatal | 33 |
| 2.2 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO | 36 |
| 2.2.1 Maternidade-Escola | 38 |
| 2.2.1.1 UTIN da Maternidade-Escola | 40 |
| 3 FISIOTERAPIA | 43 |
| 3.1 LEGISLAÇÃO | 45 |
| 3.2 ESPECIALIDADE | 45 |
| 3.3 INDICAÇÃO | 47 |
| 3.3.1 Avaliação Fisioterapêutica | 48 |
| 3.4 OBJETIVOS COM OS PACIENTES | 48 |
| 3.4.1 Objetivos da Fisioterapia Respiratória | 50 |
| 3.4.2 Objetivos da Fisioterapia Motora | 51 |
| 3.5 TÉCNICAS CLÁSSICAS | 53 |
| 3.6 OUTRAS TÉCNICAS | 55 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 59 |
| REFERÊNCIAS | 60 |
| APÊNDICES | |
| A - Termo de consentimento livre e esclarecido I | 66 |
| B - Termo de consentimento livre e esclarecido II | 67 |
| C - Termo de consentimento livre e esclarecido III | 68 |
| D - Lista das personalidades entrevistadas | 69 |
| E - Lista dos profissionais entrevistados da UTIN do Núcleo Perinatal | 70 |
| F - Lista dos profissionais entrevistados da UTIN da ME | 71 |
| ANEXO | |
| A - Portaria MS 3.432 de 12 de agosto de 1998 | 72 |

INTRODUÇÃO

A atuação do fisioterapeuta dentro da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é relativamente recente. O exercício da profissão de fisioterapeuta foi estabelecido pelo decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. A profissão é regida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO, 1978).

A Portaria nº. 3.432 de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998) em vigor no País, é quem determina a atuação do fisioterapeuta dentro da Unidade de Terapia Intensiva - UTI (adulta pediátrica e neonatal). Esta Portaria classifica as UTIs e normatiza a utilização de recursos físicos, materiais e humanos. Esta atualização deu-se pela necessidade de qualificar as UTIs, conforme a incorporação de tecnologia, a especialização de recursos humanos e a área física disponível. Atualmente, segundo a Portaria, um fisioterapeuta é responsável por até dez leitos.

O estudo busca conhecer o entendimento dos outros profissionais de saúde que atuam na equipe multidisciplinar da UTIN, sobre o trabalho do fisioterapeuta dentro da equipe. Qual a relevância do fisioterapeuta nesta equipe que justifique ser considerado staff para o Ministério da Saúde? Qual a interação entre os profissionais? Ouvir estes profissionais é solidificar uma identidade profissional.

O objetivo do estudo é divulgar a atuação do fisioterapeuta na UTIN. Quem é este profissional? Qual a sua formação? Como atuam? Quais os objetivos com os pacientes? Estas perguntas serão respondidas no decorrer do estudo, visando consolidar bases científicas da atuação do fisioterapeuta no campo da neonatologia.

O estudo parte do pressuposto que o desconhecimento da prática fisioterapêutica dentro de uma UTIN, seja ainda um aspecto negativo, para a efetivação deste profissional em todas as UTINs, conforme determina o Ministério da Saúde. A necessidade de

esclarecer estes procedimentos é fundamental para a implementação do serviço em todas UTINs que ainda não dispõem deste serviço.

O estudo destina-se a todos os profissionais da saúde em suas distintas especialidades e formações, gestores, estudantes de graduação e pós-graduação. Proporcionará aos estudantes de fisioterapia que desejarem esta especialidade, uma visão da implicação da profissão com a saúde pública, pois ao intervir no neonato internado, a fisioterapia contribui ativamente na redução da morbi-mortalidade neonatal.

Como resultado da pesquisa, citando Deslandes (2006):

A expectativa não é a de produzir consensos, mas a de abrir um debate rico e intenso, contribuindo para consolidar bases teóricas de um conjunto de ações que já mobiliza milhares de profissionais comprometidos com a necessária utopia de prover serviços capazes de produzir cuidados dignos, atentos a intersubjetividade de seus partícipes e comprometidos com a verdade.

Para se entender o universo deste profissional, faz-se necessário conhecer o espaço, a população e os atores sociais envolvidos neste contexto. Para isto, a pesquisa buscará dentro das instituições, isto é, da UTIN do Núcleo Perinatal-UERJ e a UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ, conhecer o entendimento dos profissionais de saúde (neonatologistas, psicólogas, enfermeiras, técnicas de enfermagem e fonoaudiólogas) que compõem estas equipes, sobre a atuação do fisioterapeuta no grupo. A pesquisa de campo se dará através de entrevistas semi-estruturadas, gravadas e transcritas literalmente para o corpo da monografia.

A etapa teórica da pesquisa divide-se em três capítulos. O primeiro faz uma retrospectiva da neonatologia, buscando conhecer as origens desta especialidade. Traz alguns personagens desta história e pontua cronologicamente alguns eventos importantes e curiosos. Nilton Petrone (2003) renomado fisioterapeuta, pontua a importância destes

conhecimentos: “Uma profissão cujos profissionais não conhecem sua história e aqueles que a construíram, não é capaz de definir seu futuro”. Este capítulo também faz um relato das primeiras UTINs, delineando sua trajetória histórica, contextualizando-a no cenário atual. Traz um olhar crítico sobre os atuais paradigmas da humanização com a família e os profissionais de saúde envolvidos na UTIN.

O segundo capítulo é destinado às UTINs e às suas equipes. E para entender a atual organização destas unidades, é importante conhecer a formação etnológica das Universidades que as abrigam. O objetivo é conhecer das origens até as estruturas atuais e, sobretudo, destacar a importância destas instituições como formadoras de novos profissionais, ressaltando o seu valor no campo assistencial. Busca conhecer os profissionais que fazem parte da rotina, a formação e a interatividade da equipe. E nesta etapa que serão alocadas a maior parte das entrevistas.

O último capítulo é destinado à fisioterapia. Um breve relato sobre a origem da profissão, a sua definição, as leis que a norteiam, as especialidades, enfoca também os objetivos das intervenções e as técnicas, sempre associando as questões do neonato internado.

Espera-se que a pesquisa ilumine mentes e corações e seja instrumento de mudanças possíveis, criando novas formas de organização e de procedimentos; um novo cenário, mais humano e ético para todos os envolvidos numa UTIN.

1. NEONATOLOGIA NO CONTEXTO HISTÓRICO

O termo “neonatologia” foi usado pela primeira vez em 1960 por Alexander Schaffer, no seu livro “Doenças do Recém-Nascido”. Cone (2001) lembra as palavras de Schaffer: “neonatologia é a arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento das desordens do recém-nascido”. Desde então a neonatologia passou de um campo com poucos interessados a maior subespecialidade da pediatria, sendo reconhecida oficialmente em 1975.

Ao pesquisarmos sobre os primórdios da busca humana pela cura do corpo e neste estudo em especial pelo corpo da criança, encontraremos ao longo da história da humanidade, mentes curiosas e inquietas, ávidas por respostas, que pudessem afetar a sobrevivência do feto e do recém-nascido. A Revista *Archives of Disease of Childhood: Fetal and Neonatal*, na figura do médico historiador Dr. Peter M. Dunn vem desde 1965, dedicando um espaço a estes personagens conhecidos ou não, reconhecidos ou não. O legado destes homens e mulheres responsáveis pelo desenvolvimento de idéias ou descobertas importantes, constituiu os primeiros passos na construção da neonatologia atual.

1.1 OS PIONEIROS

Uns dos principais personagens nesta linha do tempo foi Sorano de Efeso. Grego de nascimento (98-138 dC) foi médico e pesquisador. Sua grande contribuição foi o “Primeiro Tratado de Cuidados com o Recém-Nascido”. Além dos conselhos para as mães, também continha orientações para as parteiras. Efeso indicava pingar gotas de óleo de oliva

nos olhos dos neonatos, foi o primeiro a realizar teste com o leite materno e orientar sobre o desmame. Estas práticas estenderam-se até o século XV. (RAJU, 1980).

Dunn (1996) lembra que o método adotado no oriente médio instruiu as mães a esfregarem sal no corpo do neonato. Não cumprir esta prática, constituía-se em “ato de barbárie e falta de civilidade”, conforme esta passagem da Bíblia no Novo Testamento, datada de 600 d.C. O livro de Ezequiel 16:4 diz: “Quanto ao teu nascimento, no dia em que nasceste não te foi cortado o umbigo, nem foste lavada com água para te limpar, nem esfregada com sal, nem envolta em faixa”.

Galeno de Pergumun (129-200) foi um grande médico e a sua fama o levou a Roma para servir ao Imperador Marcus Aurélio. Foi consentido a Galeno que estudasse os corpos dos gladiadores (mortos ou quase mortos). Galeno foi pioneiro na fisiologia experimental, estabelecendo relação entre as estruturas e as funções do corpo humano. Estudou o sistema cardiovascular, descrevendo pela primeira vez, a circulação fetal, o forame oval e o ducto arterioso. Estimulava a amamentação materna até aparecerem os primeiros dentes. (DUNN, 2003).

Avicena (980-1037) foi brilhante em várias áreas do conhecimento. Como médico escreveu muitos livros, o mais importante foi o “Cânion de Medicina”, que nos seus capítulos estabelecia condutas de cuidados com o recém-nascido, para banho, alimentação, lugar de dormir e para a parteira como cortar o cordão umbilical, limpar o corpo com água ligeiramente salgada e pingar um pouco de óleo nos olhos. Avicena (apud Dunn, 1997), comenta ainda que o aleitamento deve durar até os dois anos e que a sua retirada não deve ser abrupta. Avicena orientava as mães para balançarem os bebês e cantarem músicas suaves, ele diz que o movimento gentil é bom para o corpo e a música para a mente.

Badinter (1985), em seu livro “Um amor conquistado, o mito do amor materno”, faz uma resenha cultural da França a partir do séc. XIII sobre o cuidado materno e a posição dos neonatos na sociedade nesta época e nos séculos seguintes. Os relatos são por vezes estarrecedores, face às doenças, a miséria, ou simplesmente pela cultura da época. Retrata o abandono, a negligência e a falta de amor a que estes bebês eram infligidos. Estes fatores resultaram em altíssimo índice de abandonos e de mortalidade infantil.

Diante deste cenário, Badinter (1985) explica que a Igreja posiciona-se condenando o aborto, o abandono dos filhos e o infanticídio. No ano de 1200, o Papa Inocêncio III abre o primeiro abrigo para criança abandonada, o *Hospital dos Enjeitados*. (CONE, 2001). Porém levaria mais 200 anos para a Igreja admitir que “o neonato tem alma”. (TIMELINE, 2006).

Em 1545, o médico inglês Thomas Phaire edita o primeiro livro na língua inglesa sobre cuidados infantis. Dr. Phaire utiliza as recomendações de cuidados prescritos por Sorano de Efeso no século II. (CONE, 2001).

Sir Hans Sloane (1660-1753) foi um grande incentivador do aleitamento materno. Escreveu que o leite humano é o primeiro e melhor remédio para o recém-nascido, e se por algum motivo, a criança não conseguir sugar no peito, a mãe deve dar o leite na colher. (DUNN, 2001) Em 1638, São Vicente de Paula, funda em Paris o *Abrigo das Crianças Achadas*. (BADINTER, 1985).

Cone (2001) em seu artigo “Perspectivas em Neonatologia” relembra que os cuidados com a criança se resumiam a mãe, a parteira, as vizinhas e as mulheres mais velhas e sábias. Eram raros os médicos que atendiam crianças. Fato relevante é que “os médicos evitavam os recém-nascidos, pois se sentiam despreparados para lidar com as

altas taxas de mortalidade infantil e incompetentes para diagnosticar e curar estas crianças”.

O século XVIII traz grandes eventos. Dr. George Armstrong (1719-1789) considerado o fundador da pediatria moderna, publica “Ensaio das doenças mais fatais dos Infantes”, onde escreveu a necessidade de manter a criança aquecida. (DUNN, 2002). Dr. Erasmus Darwin (1731-1802) fez excelentes relatos sobre a respiração placentária. (DUNN, 2003). O Dr. Alfred Velpeau (1795-1867) traz estudos sobre o cordão umbilical e a asfixia no parto. (DUNN, 2004).

Chaussier em 1780 usa pela primeira vez oxigênio em neonatos. (TIMELINE, 2006). Haddad e Windholz (2006) em um artigo sobre desenvolvimento do bebê comentam que uns dos pioneiros neste campo de pesquisa foi o Dr. Dietrich Tiedeman, médico alemão que em 1787 fez os primeiros estudos sistemáticos do desenvolvimento motor, sensorial, lingüístico e intelectual, utilizando para estudo seu próprio filho.

Avery (apud RODRIGUES; OLIVEIRA 2002) relata em seu artigo, que o consenso da época era que as crianças nascidas prematuramente fossem a óbito, assim como também aquelas crianças nascidas com malformações. Havia um sentimento de que a seleção natural se encarregaria das crianças menos adaptadas à sobrevivência.

Lussky (1999) comenta a situação das crianças antes do século XIX. Os médicos as ignoravam e não existia instituição dedicada aos cuidados, exceto as casas para os enjeitados. Nestes lugares a taxa de mortalidade situava-se entre 85% e 95%.

A partir do século XIX, surgem grandes descobertas nesta área. Em 1802, Heberden descreve a hidrocefalia. Em 1803, Hey relata o primeiro caso de sucesso em fechamento de onfocele. Em 1821, La Jumeau faz a 1ª. demonstração pública de ausculta do coração fetal. Blundell em 1834 faz a 1ª. descrição de intubamento endotraqueal para ressuscitar neonatos. Marchant em 1851 relata a 1ª. gavage em neonatos. Em 1861, Little

descreve a paralisia cerebral, em 1865, Dr. John Down descreve a síndrome congênita, que 100 anos mais tarde levaria seu nome. Dr. Carl Credé, em 1879 prescreve o uso de nitrato de prata (AgNO₃), para a prevenção de oftalmia neonatal. (CONE, 2001).

É neste século que surgem os hospitais infantis e as maternidades. Em 1802 o *Hôpital des Infants-Malades* em Paris, em 1814 a *Maternidade de Paris*, em 1852 o *Great Ormond Street Hospital* em Londres e em 1854 o *New York Nursing and Child Hospital* e o *Childrens Hospital of Philadelphia*. (CONE, 2001).

Silverman (1979) explica que o interesse pelo neonato como um ser que pode ser tratado, surge na segunda metade do século e na maior parte pelos obstetras. Complementando, Philip (2005) explica que a preocupação com os neonatos doentes ou prematuros se deu pelo aspecto político e social e não pelo humanitário.

Philip (2005), no artigo “A Evolução da Neonatologia”, lembra que devido às baixas sofridas nas guerras, as altas taxas de mortalidade e a queda na natalidade (abortos), países como França, Alemanha e Inglaterra começaram a temer pelo despovoamento e vulnerabilidade da defesa nacional. Cria-se então o Movimento de Bem-estar das Crianças (Infant Welfare Movement - IWM) em 1870, visando preservar a vida de todas as crianças. Silverman (1979) comenta que esta atenção era somente voltada para o peso ao nascer, a alimentação e o uso de incubadoras. Philip (2005) conclui seu artigo, escrevendo que o IWM foi o primeiro passo da inclusão do neonato nas políticas de Estado.

Silverman em 1979 escreveu um artigo intitulado “Incubator-Baby Side Shows”. Entre várias informações importantes e interessantes sobre os cuidados com o prematuro, traz a história e fotografias das incubadoras, o equipamento mais avançado nos cuidados com o prematuro. Relata que a primeira referência sobre estes equipamentos para manter o bebê aquecido surgiu em 1835 por Von Ruehl em São Petersburgo na Rússia. Cone (2001) lembra que em 1857, Denucé publicou no *Journal de Medicine de Bordeaux*, a descrição de

uma incubadora com duas paredes de vidro, um tubo de zinco e entre as duas paredes água quente escorrendo intermitentemente.

Em 1878, o obstetra Dr. Tarnier solicita ao Ms. Martin, funcionário do zoológico de Paris, que adapte uma chocadeira de aves raras para o uso com prematuros. Em 1880 esta incubadora chamada Tarnier-Martin é instalada na *Maternidade de Paris*, diminuindo o índice de mortalidade de 66% para 38% de prematuros com peso abaixo de 2.000 gramas, no período entre 1879 e 1882. (SILVERMAN, 1979).

No Brasil, em 28 de julho de 1882, na presença do Imperador D. Pedro II é inaugurada a Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Constava de consultórios para atendimento infantil e realizava cursos sobre doenças infantis. O responsável era o Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, que durante décadas formou os primeiros pediatras brasileiros. (SBP, 2007). Mobilizado pelo estudo sobre a mortalidade infantil na cidade, solicita ao governo a criação da cadeira de “clínica das moléstias de criança”, nas faculdades de medicina do país, isto é, no Rio de Janeiro e na Bahia. (RODRIGUES, OLIVEIRA, 2002). Pelos seus trabalhos como pediatra e professor, Dr. Moncorvo tornou-se o patrono da cadeira n.º 1 da Academia Brasileira de Pediatria. (SBP, 2007).

Nesta mesma época, o obstetra francês Dr. Budin, diretor do *Pavilion des Debiles* na *Maternidade de Paris*, começa a publicar artigos em revistas científicas, descrevendo as experiências de cuidado com os prematuros. Dr. Budin explica os três problemas básicos do prematuro: 1) a temperatura e a friagem; 2) as doenças que são propensas e 3) a alimentação. (SILVERMAN, 1979).

Silverman (1979) relata como Dr. Budin solucionava estes três problemas. Para o primeiro, Dr. Budin mantinha as crianças aquecidas nas incubadoras Tarnier-Martin. No segundo, como a infecção respiratória era alta, ele alterou a rotina, isolando as crianças doentes, impôs a lavagem das mãos, esterilizava o leite, e no verão mantinha o leite

resfriado. Com relação à alimentação, a criança era levada ao seio materno ou de umas das enfermeiras. Se o bebê não pudesse sugar era administrado leite por gavage diretamente no estômago, ou na colher pela boca ou pelo nariz (Figura 1).

Com relação à alimentação por colher nasal, Silverman (1979) esclarece que era um método eficiente e preferível à gavage. A preocupação com este método era a decomposição do leite no nariz que poderia vir a desenvolver rinite e faringite, e não por razões da aspiração broncopulmonar. A criança da foto “Ann” nasceu em 04 de outubro de 1939 com 28 semanas e pesando 880 gramas indo a óbito 17 dias depois pesando 945gramas.



Fig. 1 Prematura sendo alimentada com a colher nasal.
Foto: Pediatrics v.64, n°. 2 1979

O jornal londrino “The Strand Magazine”, traz um artigo escrito por J.W.Smith (1896) sobre o progresso no tratamento dos prematuros e relembra as primeiras experiências. Cita o Dr. Alexandre Lion, que em 1891 abre um estabelecimento chamado “*Instituição de Caridade Para o Bebê de Incubadora*”. Dr. Lion é um médico filantrópico e para manter estes cuidados, abre a instituição para o público, cobrando uma pequena

entrada (50 cents). Este dinheiro servia para pagar as enfermeiras contratadas (seis francos por mês) e para investir em mais incubadoras, que ele mesmo fabricava. Dr. Lion obteve excelentes resultados na redução da mortalidade neonatal, e a título de exemplo, comenta: “em três anos de trabalho, das 185 crianças que entraram, conseguimos salvar 137”.

Na *Maternidade de Paris*, Dr. Budin obtém resultados surpreendentes, assim, solicita ao seu assistente Dr. Martin Couney que leve incubadoras para a Exposição Mundial de Berlin em 1896. Dr. Couney solicita ao *Berlin's Charity Hospital* alguns prematuros para expor. A diretora não se opõe, “pois prematuros eram considerados com poucas chances de sobreviver”. As seis incubadoras foram alocadas em uma sala no setor do parque de diversão e foi um grande sucesso. Estas salas especiais eram chamadas de “estações”. (SILVERMAN, 1979, :129).

Silverman (1979) lembra que estas apresentações públicas aconteceram por mais de 50 anos em várias cidades do mundo, principalmente nos Estados Unidos, sempre tendo a frente o Dr. Couney. Os lucros destas apresentações serviram para financiar outras viagens e implementar a fabricação de incubadoras. Em 1910 aconteceu uma exposição aqui na cidade do Rio de Janeiro. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2002)

As exposições foram as responsáveis pela grande mudança nos cuidados com o prematuro. Primeiro porque fomentou o interesse dos médicos por aquela “tecnologia” e pela possibilidade de cuidar destas crianças. Segundo, a população, que a princípio corria as exposições pela curiosidade, aos pouco foram se sensibilizando, voltando outras vezes, para acompanhando o desenvolvimento do bebê. Terceiro, os pais, que acompanhavam o seu filho e crescia em esperança a sobrevivência destes. Por último o hospital da região, que geralmente aproveitava a “estação” construída para a exposição, mantendo para posterior adaptação em hospital. (SILVERMAN, 1979).

Em 1899, no Rio de Janeiro, o Dr. Arthur Moncorvo Filho, preocupado com as péssimas condições de vida das crianças nas instituições, com relação à higiene e alimentação, cria em sua residência o Instituto de Proteção e Assistência à Infância. (SBP, 2007). Em 1903, Dr. Moncorvo Filho encomenda duas incubadoras da marca Lion, instalando-as ali, onde em 1908 também passa a abrigar a primeira creche popular da cidade. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2002).

Em 1914, o Presidente da República Marechal Hermes da Fonseca doa um terreno para construção da sede própria do Instituto, hoje Hospital Moncorvo Filho, que fica na rua de mesmo nome no centro da cidade do Rio de Janeiro. Pelo seu empenho em prol das crianças, o Dr. Moncorvo Filho é considerado o precursor das políticas de proteção à criança, sendo agraciado como patrono da cadeira n.º. 2 na Academia Brasileira de Pediatria. (SBP, 2007)

A possibilidade de vida para os prematuros, apesar do alto índice de mortalidade, impulsionou os estudos e os tratamentos. O neonato antes rejeitado pelos médicos, torna-se alvo de disputa. Lussky (1999, :2) comenta: “Enquanto cuidavam dos prematuros, médicos debatiam os méritos, se da obstetrícia, pelo uso da incubadora e da prevenção da mortalidade, ou dos pediatras pela amamentação e prevenção de infecções.” Ele também cita John Ballantyne, que em 1916 comentou “os neonatos encontram-se numa terra de ninguém, entre a obstetrícia e a pediatria”.

A primeira metade do século XX é marcada pelas descobertas de vacinas, a realização de cirurgia de hérnia diafragmática, estudos sobre os erros inatos do metabolismo, as pesquisas na alimentação (natural e artificial), estudos sobre o fator Rh, do mecônio e aberturas de centros de estudos e pesquisas. A França, a Inglaterra e os Estados Unidos investem cada vez mais em incubadoras, modelos menores são criados. (SMITH, 1896).

Em 1922, Dr. Julius Hess inaugura a primeira “estação” para tratamento de prematuros nos Estados Unidos, no Hospital Sarah Morris em Chicago. Dunn (2001) lembra que as mais importantes contribuições nesta década como: transporte de prematuros, cama aquecida, orientações para manter a lactação nas mães e o primeiro artigo americano sobre cuidados com o recém-nascido e aleitamento são deste pediatra.

A segunda metade do século é marcada pelo avanço nos estudos das patologias e no implemento de tecnologias. Em 1951, no Rio de Janeiro é desenvolvido um ventilador mecânico por Cabral e Almeida. Em 1952, o paulista Ketaro Takaoka e Flávio K. Pires de Porto Alegre, ambos engenheiros, desenvolvem o modelo conhecido como Takaoka, utilizado até hoje. (SARMENTO ET AL. 2006).

Virginia Apgar em 1952 elabora sua escala, testes controlados são feitos para o uso da sulfa, da alimentação parenteral e da crioterapia para a retinopatia. Em 1957 são descobertas as propriedades das paredes internas dos alvéolos. Neste mesmo ano, na Cidade do Cabo um pediatra, Dr.Smythi e um anestesiolgista Dr. Bull utilizam aparelhos de ventilação de adulto em recém-nascido com tétano, obtendo sucesso. Mary Avery e Jere Mead em 1959 concluem que a deficiência de surfactante é a causa da síndrome respiratória, responsável pelos altos índices de morte neonatal. (LUSSKY, 1999).

Na década de 60 há um implemento no uso de monitores eletrônicos, a gasometria passou a ser medida e os antibióticos usados contra a sepse. (LUSSKY, 1999). Com a morte do filho prematuro do presidente Kennedy em 1963 por deficiência respiratória, há um impulso nos estudos nesta área, surgindo os equipamentos para ajuda respiratória. Os modelos (Puritan Bennett® e Baby Bird®) utilizados em adultos foram adaptados para o prematuro. Em 1967 é estudada a broncodisplasia pulmonar, é também realizada a primeira cirurgia de colocação da válvula para hidrocefalia. (CONE, 2001).

Em 1971 surge a ventilação não invasiva por pressão positiva contínua (CPAP), em 1972 é a vez da ventilação intermitente. (SILVERMAN, 1979). Em 1979, a Dra. Roberta Ballard elabora a escala para a idade gestacional. É apresentada a primeira geração de ventiladores (Baby Bird I ® e Bourmes BP 200®) específicos para neonatos. Uma grande conquista para a sobrevivência do prematuro foi o método Mãe Canguru, elaborado em 1979 por médicos colombianos. No final desta década, prematuros com peso ao nascer de 900 gramas e idade gestacional de 27 semanas tinham 50% de chances de sobreviver. (PHILIP, 2005).

Na década de 80 é autorizado o uso de surfactante nos prematuros, esta terapia reduziu drasticamente a morbi-mortalidade neonatal, permitindo vida aos prematuros com 23 a 25 semanas e peso de 500 a 750 gramas. O treinamento de pessoal qualificado em ressuscitação neonatal foi outro marco. Nesta época surge a tomografia computadorizada, o oxímetro de pulso e a oxigenação através da membrana extracorpórea, que fez uma grande diferença nos índices de mortalidade. (LUSSKY, 1999).

Lusky (1999) lembra que a década de 90 é marcada por estudos na área comportamental. Dra. Heidelise Als idealiza os “Cuidados no Desenvolvimento Individualizado dos Prematuros”. Há um incremento nas pesquisas e nos estudos adquirindo-se mais conhecimento das técnicas, de equipamentos e das novas drogas.

Os últimos anos do século XX vêm surgir às políticas públicas, primeiro em nível mundial com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A preocupação com os altos índices de morbi-mortalidade materno-infantil passam a fazer parte das pautas governamentais, nomeadas campanhas e programas. No âmbito nacional o Ministério da Saúde, adere a estes movimentos, promulgando Leis e Portarias, implantando programas e normas de cuidados humanizados na assistência materno-infantil. (BRASIL, 2006)

1.2 PRIMÓRDIOS DAS UTINs

A primeira UTIN americana foi idealizada e inaugurada pelo Dr. Louis Gluck em 15 de outubro de 1960 no *Yale-New Haven Hospital*. Gluck (1982) relata sua insatisfação com os cuidados adotados na época com os prematuros e os neonatos doentes, este sentimento foi o fio condutor para a idealização de UTIN. Na década de 50 um hospital infantil estabelecia a seguinte organização: as crianças e os neonatos doentes ficavam em um andar “pediátrico”, sem divisórias; os prematuros sadios eram alocados no berçário e os prematuros doentes poderiam ir para o andar pediátrico ou ser isolado em um quarto com uma enfermeira, geralmente obstreta, com pouco ou nenhum entendimento de prematuros.

Nesta década, infecção por estafilococos aureus era muito comum. Com o alto índice de morte por sepse neonatal, o Departamento de Saúde Pública Americana, estabelece uma lei proibindo a mistura de bebês nascidos a termo com prematuros, sadios com os doentes, bebês em cuidados médicos daqueles em cuidados cirúrgicos, e solicita a Universidade de Stanford um estudo sobre a epidemiologia da infecção. (GLUCK, 1982).

Os resultados do estudo confirmaram que a disseminação ocorria pelo ar, tudo no berçário era facilitador para a dispersão e a rápida resistência das bactérias aos antibióticos. Com estes resultados são estabelecidas medidas emergenciais como: eliminar os berçários, separar as crianças doentes em quartos individuais, impõe distância entre as camas, individualizam os objetos, diminuem o número de pessoas no setor, proíbem as visitas maternas, impõem rígido controle da poeira priorizando o uso de ar condicionado e se alguma criança fosse colonizada, o antibiótico deveria ser administrado a todas. (GLUCK, 1982).

O estudo conduziu a duas medidas profiláticas: a primeira era a prevenção da pele e do cordão umbilical das bactérias, devendo os neonatos serem lavados com solução anti-

séptica após o nascimento e a segunda, a obrigatoriedade do staff em lavar as mãos antes e depois de manusear a criança. (GLUCK, 1982)

Gluck (1982) lembra que as atitudes preventivas da sepse neonatal foi uns dos primeiros passos no distanciamento das famílias na UTIN e na criação do mito ao redor destas unidades. Ao se proibir a entrada das mães nos berçários, estabelecia a tardia construção dos vínculos afetivos e comprometimento para o aleitamento materno.

Contrariando as determinações de isolamento, a Dra. Edith Jackson em 1955, no *Yale-New Haven Hospital*, permitia que os pais entrassem no berçário de prematuros para verem e tocarem seus bebês. Dra. Edith em 1949 já praticava o método (skin to skin) de colocar o bebê junto à mãe logo após o nascimento por 60 a 90 minutos. (GLUCK, 1982).

A indicação da UTIN era para neonatos a termo doentes, bebês infectados, bebês com indicação cirúrgica e problemas médicos e os prematuros. Os especialistas da Universidade de Yale ajudaram a desenvolver técnicas e equipamentos originais para a UTIN, principalmente os equipamentos de ventilação mecânica. (DUNN, 2001). Gluck (1982) conclui seu artigo informando que o staff desta primeira unidade era composto por estes especialistas, por enfermeiras e médicos todos orientados por ele mesmo.

O progresso tecnológico viabilizava a vida para prematuros menores e mais doentes, a mortalidade havia sido reduzida, porém a morbidade apontava a necessidade de mais estudos e pesquisas. Sunshine (1992) relata a dificuldade de pesquisas nesta época. Por envolver seres humanos, as pesquisas passavam por um rígido controle, o que já desestimulava os pesquisadores. Outra barreira eram os pais, que ao lerem sobre os possíveis riscos, não aceitavam que seus filhos fossem objetos das pesquisas.

Com o campo de pesquisas reduzido, enfermeiros e terapeutas respiratórios que atuavam nestas unidades, foram convidados a participarem. Estes profissionais contribuíram com importantes informações a partir das suas observações, sendo

encorajados a criar uma metodologia que incorporasse estas observações em amostras significativas para que outros utilizassem em cuidados críticos. Muitos procedimentos obtiveram êxito e foram incorporados à rotina, mesmo não tendo avaliação científica ou controle apropriado. (SUNSHINE, 1992).

1.2.1 UTINs no contexto atual

Deste passado ao dias atuais, as pesquisas contribuíram para transformar as UTINs, em um complexo tecnológico depositário de diversos saberes. Procianoy e Guinsburg (2005 :1) comentam que “a pesquisa tem propiciado tanto conhecimento que é possível cuidar simultaneamente dos problemas respiratórios, cardiovasculares, infecciosos, metabólicos, nutricionais e neurológicos dos recém-nascidos doentes”.

A legislação em vigor sobre a implantação de uma UTIN é a Resolução n°. 50 de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002), que dispõem sobre o planejamento, programação, elaboração e avaliação dos projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais em saúde. As normas de funcionamento destas unidades são regidas pela Portaria do Ministério da Saúde n°. 3.432 de 12 de agosto de 1998, que dispõem sobre a equipe básica, sobre os recursos assistenciais necessários, os materiais, equipamentos, bem como itens sobre humanização ambiental, como iluminação natural e climatização.

Pela necessidade de diagnósticos e das terapêuticas aos neonatos internados, a UTIN abriga diversos profissionais, constituindo uma equipe multiprofissional. Gaíva e Scochi (2004) entendem que no trabalho em equipe multiprofissional há necessidade de articulação entre os profissionais e não apenas um agrupamento deste. As conexões entre saberes e intervenção deve configurar como possibilidade de construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais.

Dr. Paulo Garabini, neonatologista do Núcleo Perinatal da UERJ complementa que: *“todos os serviços que se prestam a dá um bom atendimento ao recém-nascido deve ter todos os profissionais, isto é, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, nutricionistas e psicólogas na equipe”*.

Atualmente a população característica das UTINs são os neonatos de alto risco, isto é, aqueles com maior chance de morrer após o parto, neonatos a termo com problemas congênitos ou perinatal com necessidade de intervenção imediata e todos prematuros, em suas várias classificações (BUARQUE ET AL. 2006). Em algumas UTINs nem todos os neonatos internados estão doentes, algumas unidades abrigam também aqueles que necessitam ganhar peso ou desenvolverem melhor o processo da sucção. (MOREIRA; BONFIM, 2006).

O desenvolvimento tecnológico dos equipamentos eletro médico e a utilização de novas drogas antes e após o parto, possibilitaram assegurar a vida destes neonatos. Vencidos os desafios da sobrevivência, a mortalidade, a neonatologia volta-se para os problemas residuais da saúde destes, a morbidade. Ventura (2006, :86) comenta que: *“A morbidade do prematuro tem, evidentemente, relação com a qualidade dos cuidados que lhe foram oferecidos durante a fase inicial de sua vida, seja na UTI neonatal, seja no berçário comum”*.

A Dra. Lula Lubchenco, em 1963 já questionava o impacto da UTIN nas vidas destas crianças. (RAJU, 1980). Num estudo realizado no Centro de Crianças Prematuras do Colorado, a Dra. Lubchenco concluiu que 68% das crianças que estiveram na UTIN, dez anos após apresentavam déficit de sistema nervoso central e de sistema visual. Também aponta as principais doenças iatrogênicas, como: a retinopatia da prematuridade, retardo no desenvolvimento, danos cerebrais e problemas emocionais e sociais. (LITTLE, 1980).

1.3 HUMANIZAÇÃO NAS UTINs

O Manual de Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso (BRASIL, 2000), elaborado pelo Governo Federal relata que “A iatrôgenia dos procedimentos, do ambiente, da medicalização tem profunda relação com as seqüelas físicas e neurológicas destas crianças. O estresse no neonato internado pode ser demonstrado através de alterações nos padrões fisiológico”.

A assistência humanizada na UTIN, além de envolver o neonato e a família, engloba também o ambiente físico e os profissionais. Vila e Rossi em seu artigo (2002, :137) lembram que as UTIs surgiram da necessidade de aperfeiçoamento tecnológico, concentração de profissionais especializados e recursos materiais, que de modo exclusivo atendessem pacientes críticos, mantendo-os em constante observação. Ainda que seja o ideal para atender ao paciente, a unidade oferece “um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital”. Fatores agressivos inerentes ao ambiente afetam os pacientes e a equipe multiprofissional.

Lamego e colaboradores (2005) finalizam o artigo “Desafios para a humanização do cuidado em uma UTIN cirúrgica” constatando que oferecer assistência com a melhor tecnologia aliada aos conhecimentos atuais permitindo um acolhimento centrado no ser humano, isto é, reconhecendo a sua totalidade física e cultural é uns dos maiores desafios a serem vencidos.

Os programas de humanização implantados pelo Governo, buscam amenizar o impacto deste ambiente sobre os neonatos, nos profissionais que ali trabalham e em especial sobre o distanciamento entre os bebês internados e suas famílias, evitando repercussões na promoção do aleitamento materno e na construção dos vínculos afetivos. A Lei n°. 8.069 de 13/07/1990 que permiti o acesso dos pais aos filhos internados; a Portaria

n°. 569 de 01/06/2000 com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; a Portaria n°. 693 de 05/07/2000 sobre Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Método Canguru), contam ainda com a “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” (IHAC), cujo objetivo maior é a promoção do aleitamento materno. (BRASIL, 2006).

Mathelin (1999:25) no seu livro “O sorriso da Gioconda” relata situações vividas por ela enquanto psicanalista em um serviço de reanimação neonatal de Paris. Expõe a realidade destas unidades, e de forma ímpar pontua o não-lugar de uma mãe nas UTINs, “o tempo está suspenso e os dias são contados apenas ao ritmo das pesagens do bebê que continua a gravidez sem elas, numa incubadora que incuba em lugar delas o filho que não souberam segurar”

Apesar do incentivo ao contato corporal mãe-bebê, este é visto com cautela, devido ao aparato tecnológico ou pela labilidade clínica. Onde esta oportunidade é restrita, Dolto (apud JUNQUEIRA ET AL. 2006, :274) comenta que a comunicação verbal é tão boa quanto a corporal para sustentar e acolher o bebê. Dolto explica que “O espaço de segurança auditivo do bebê é maior do que o visual e o tátil, de modo que lhe é possível constituir sua subjetividade e se organizar a partir da voz da mãe”. Assim sendo é capaz de acalmar o bebê e promover a segurança que ele espera.

Humanizar as UTINs, segundo o “Manual do Método Canguru”(BRASIL,2002) significa eliminar fatores de estresse (ruídos, luzes fortes, atividades frenéticas, odores desagradáveis e dor). O acentuado aumento em estímulos sensoriais pode contribuir para a instabilidade fisiológica dos prematuros, interrompendo o processo normal de crescimento e desenvolvimento.

A base deste manual (BRASIL, 2002) é a Teoria Síncrona Ativa do Desenvolvimento elaborada pela Dra. Heidelise Als na década de 90. Esta teoria estabelece que o funcionamento do corpo humano compreende vários subsistemas (autônomo, motor,

estados comportamentais e de atenção/interação). Estes subsistemas interagem entre si e com o meio ambiente. Alteração em um deles, promove desequilíbrio em outros, gerando estados desorganizados com gastos energéticos. Medidas humanizadas no ambiente e no manejo do prematuro, ajudam a manter os subsistemas em equilíbrio.

Segundo Nogueira-Martin (2002) em seu artigo “Humanização na Saúde”, as modificações dos paradigmas no cuidado são possíveis, porém por envolver mudanças de comportamento, geram inseguranças. Assim o processo de humanização amplo e complexo nos cuidados neonatais transcorre de forma lenta, quase imperceptível.

As necessidades de mudanças são notórias, haja vista o número expressivo de artigos sobre o stress nos profissionais de saúde. O efeito do stress no organismo pode provocar alguns sintomas físicos e emocionais, tais como: fadiga, dores de cabeça, insônia, resfriados constantes, alterações intestinais, náuseas, indecisão, perda do senso de humor, depressão, raiva, medo e outros. A resposta ao stress crônico é atualmente denominada Síndrome de Burnout, que segundo Tamayo e Trócoli (apud OLIVEIRA ET AL. 2006, :28) “pode ser de ordem afetiva, cognitiva, física, comportamental, social, atitudinal e organizacional”.

A alta complexidade e profissionais especializados fazem da UTIN uns dos setores mais oneroso de uma maternidade ou hospital. Mendel e colaboradores (2006) comentam sobre o alto custo da UTIN para um recém-nascido prematuro de muito baixo peso, situando a diária entre US 1.500,00 a US 1.700,00.

2. UNIVERSIDADES PÚBLICAS, SEUS HOSPITAIS E SUAS UTINS.

As universidades públicas brasileiras trazem como patrimônio histórico a própria história político-social do Brasil. Foram alvos de manipulação governamental, sobreviveram às reformas políticas, golpe militar, ditadura e movimentos culturais. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ (UERJ, 2007) e a Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ (UFRJ, 2007), objetos do estudo, tiveram suas personalidades forjadas em meio a tantas revoluções.

Se o governo foi o pai rigoroso e inflexível, com certeza a sociedade foi uma mãe extremosa, sempre atenta às necessidades de crescimento e socialização das suas crias. Como retribuir o zelo, se não abrindo as portas para a população no que ela mais necessita – a saúde.

As instituições públicas são organizações destinadas a atender à comunidade. Sendo que, a UERJ e a UFRJ, também estão comprometidas com a pesquisa e a capacitação de novos profissionais.

Hoje, em plena maturidade, estas universidades e seus hospitais constituem-se em centros de referência nacional. Do passado ousado e vanguardista, suas UTINs foram palcos das implantações das inovações tecnológicas internacionais. A metodologia de estudo, a prática acadêmica e a abrangência assistencial colocou estes complexos educacionais e assistenciais como supra-sumo dos estudantes brasileiros, internacionais e da população. Expor as suas constituições, suas rotinas e suas equipes é somente tornar público o que há de melhor na biotecnologia neonatal brasileira atualmente.

2.1 UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi criada em 04 de dezembro de 1950, pela lei municipal nº 547. A trajetória da universidade está ligada às transformações políticas ocorridas no País. A primeira denominação que teve foi Universidade do Distrito Federal. Em 1958 passou a ser Universidade do Rio de Janeiro e em 1961 como a transferência da capital federal para Brasília, a universidade adota o nome de Universidade do Estado da Guanabara. O nome atual, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, só viria no ano de 1975. (UERJ, 2007)

A criação da UERJ deve-se a fusão de quatro faculdades: a de Ciências Econômicas do Rio de Janeiro, a Faculdade de Direito do Rio de Janeiro, a Faculdade de Filosofia do Instituto Lafayette e da Faculdade de Ciências Médicas. Com o passar dos anos, outras instituições se uniram, como a Escola Superior de Desenho Industrial, o Hospital Pedro Ernesto, e a Escola de Enfermagem Raquel Haddock Lobo. Para atender às demandas da Universidade e da comunidade são criados a editora UERJ e o Colégio de Aplicação. (UERJ, 2007).

A estrutura organizacional (UERJ, 2007) além da administrativa, acadêmica e da reitoria, conta com a Assembléia Universitária, que é formada pelos poderes públicos do Estado do Rio de Janeiro, assim designados: chanceler e o vice-chanceler pelo Governador do Estado e pelo Vice-governador. As outras cadeiras pertencem aos: Presidente da Assembléia Legislativa, Presidente do Tribunal de Justiça, Presidente do Tribunal Regional Eleitoral, Presidente de Contas do Estado.

Nos seus 56 anos de fundação, a UERJ tornou-se referência em ensino superior, pesquisa e extensão na região sudeste, conta hoje com mais de 26 mil alunos, 31 cursos de graduação, 63 cursos de pós-graduação, além dos cursos de extensão, mestrado e

doutorado. Porém, apesar de congregar diversas faculdades, a UERJ não possui uma faculdade de fisioterapia em seu currículo. No entanto oferece programas de estágio e treinamento profissional para o fisioterapeuta em suas unidades de saúde. (UERJ, 2007).

2.1.1 Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE

O Hospital Pedro Ernesto foi inaugurado em 1950, fazendo parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Em 1962 é integrado à Universidade com o nome de Hospital-Escola da Faculdade de Ciências Médicas. Em 1965 tem seu nome mudado para Hospital das Clínicas, suas atividades constavam de questões acadêmicas de ensino, acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em final de evolução. (HUPE, 2007).

O atual Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE é um centro de excelência e referência em ensino na área da saúde. Cerca de 1500 alunos passam anualmente pelo hospital e mais de 350 docentes exercem suas atividades no complexo. O HUPE oferece os programas de internato, residência, estágio e treinamento profissional, atendendo a diversas especialidades da saúde. (HUPE, 2007).

O HUPE (2007) é um dos maiores complexos docentes assistenciais do Estado, oferecem 50 especialidades médicas, mais de 1000 cirurgias por mês e 3 mil atendimentos ambulatoriais. Possui 150 consultórios, 600 leitos e 16 salas cirúrgicas. O complexo hospitalar hoje agrega várias clínicas, núcleos e centros, como o pioneiro Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), a Clínica da Dor, Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), Hospital-dia psiquiátrico Ricardo Montalban, a Clínica de Hipertensão do Laboratório de Fisiopatologia Clínica e Experimental (CLINEX).

O Núcleo Perinatal do HUPE, prédio anexo ao hospital, abriga o banco de leite, a maternidade, o alojamento conjunto, a unidade intermediária (UI) e a UTIN, além da parte administrativa. O serviço de obstetria é especializado em gestação de alto risco. Com uma média de 150 atendimentos de emergência, 70 partos por mês. O Núcleo também realiza mais de 650 consultas de pós-natal por mês e atendimento na especialidade de medicina fetal. Em 1999, o HUPE foi o primeiro hospital geral e universitário do Estado do Rio de Janeiro a obter o título de Hospital Amigo da Criança. (HUPE, 2007)

2.1.1.1 UTIN do Núcleo Perinatal

Com a inauguração do Núcleo Perinatal, em 2 de junho de 2006, a UTIN do Hospital Pedro Ernesto é transferida para neste novo complexo. Hoje a UTIN e a UI fazem parte da mesma estrutura dividindo o 3º. andar com as enfermarias do alojamento conjunto. Com ampliação do número de leitos da UTIN de oito para quatorze e da UI de dez para quinze. (Informação verbal ¹).

A direção da UTIN desde 1996 está a cargo do Dr. José Luis Bandeira, neonatologista, que além da coordenação assistencial é também responsável pela parte acadêmica. (Informação verbal ²)

Como forma de uniformização dos procedimentos, Dr. Bandeira e sua equipe criaram o “Manual de Rotinas de Enfermagem da UTI Neonatal”. O manual também traça estratégias e intervenções quanto à ambientação mais humanizada, estratégias de cuidados menos traumáticos, equipamentos, materiais e medicamentos necessários, visando qualidade nos cuidados prestados e a assistência livre de riscos.

Informação ¹ e ²: Enfermeira Glória, chefe da equipe de enfermagem da UTIN da UERJ.

Explicamos o que seria, quais os objetivos, quais os benefícios para o recém-nascido. Dr. Bandeira só impões uma condição, que a indicação para a fisioterapia veria do médico. Após quatro meses e com as resposta fisiológicas positivas, que os demais profissionais observaram quando as crianças eram manipuladas, ganhamos mais espaço e hoje somos dez fisioterapeutas plantonistas, um rotina e um residente, em plantão diurno e noturno nos sete dias da semana”.

A Dra. Mariana Lucena de Carvalho, fonoaudióloga da UTIN do HUPE, em sua entrevista pontua sobre o trabalho em equipe: *“fisioterapeutas e fonoaudiólogas trabalham juntas, principalmente com uma boa relação entre as equipes, os trabalhos se complementam, visamos o bebê, e ele que ganha”.* Buscando saber a relevância da atuação da fisioterapia, a Dra. Mariana comenta: *“Fundamental, faz parte da equipe, não tem como não ter. É como escrever uma palavra sem uma letra, pode-se até lê-la, entender o que está escrito, mas vai fazer falta”.*

Luciana Moura, enfermeira da UTIN do HUPE sobre a atuação da fisioterapia na equipe, pontua: *“a fisioterapia faz parte da equipe multiprofissional, dá uma assistência que complementa as outras assistências. É fundamental”.*

Na visão da psicóloga Catarine do Núcleo Perinatal, *“a fisioterapia é um trabalho importante de suporte dentro das UTINs”.*

Uma das vertentes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006) é a atenção com os profissionais de saúde. Dentre os princípios básicos, destacam-se: o fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade e o compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde.

2.2 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

A história da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) começou em 7 de setembro de 1920 com o nome de Universidade do Rio de Janeiro. Em 1937 após uma reorganização passou a se chamar Universidade do Brasil. O nome atual, Universidade Federal do Rio de Janeiro data de 1965. (UFRJ, 2007).

O processo de criação da universidade se dá por ato político e protocolar. Ocorrendo a justaposição de três faculdades já existentes; a Faculdade de Medicina, a Escola Politécnica e a Faculdade de Direito, sendo esta última, um agrupamento de outras duas escolas. Os eventos sociais e políticos ocorridos em quase duas décadas, levaram a promulgação da Lei nº 452 de 1937, definindo a nova estrutura da universidade e criando novas escolas, faculdades, um hospital das clínicas, o colégio universitário, a incorporação da Escola de Enfermagem Anna Nery e a criação de uma cidade universitária. (UFRJ, 2007).

Em 1945, a Universidade passa por uma nova reforma e são incorporadas mais 18 entidades, distribuídas em faculdades, escolas e institutos. Um ano após, em 1946, um decreto presidencial dispõe sobre a administração da Universidade. A Assembléia Universitária e o Conselho de Curadores são definidos. A Lei prevê uma nova estruturação para as Faculdades e Escolas, porém isto não acontece, a organização didática e acadêmica continua com o regime de cátedra vitalícia e o mantém pelos próximos vinte anos. (UFRJ, 2007).

Mobilizada pelo desenvolvimento industrial dos anos 50, a Universidade em 1962, cria um estudo com o nome de "Diretrizes para a Reforma da Universidade do Brasil" que acaba servindo de base para os Decretos-Lei nº. 53 de 1966 e nº. 252 de 1967 que implementaram a reforma universitária no período da ditadura militar. (UFRJ, 2007).

Este momento é bastante contraditório, por um lado a repressão política e intelectual que professores e alunos sofreram, por outro uma expansão nas universidades federais, tais como: a criação de uma universidade federal em cada estado, a implantação dos cursos de pós-graduação, fim do sistema de cátedra vitalícia, docência em tempo integral entre outros. (UFRJ, 2007).

Tais ações conferiram à Universidade um ar mais moderno, porém planos de política nacional educacional sem consistência, cursos profissionalizantes despropositados, a fragilização do sistema de financiamento e baixos salários dos professores da rede pública, conduzem a elitização do processo de acesso às universidades federais. Este filtro de acesso contribuiu para manter a imagem da universidade desejada por muitos e realizada por poucos. (UFRJ, 2007)

Hoje aos 87 anos, a UFRJ constitui-se em um complexo exemplar de ensino e assistência. As suas faculdades, institutos, escolas cobrem a totalidade das ciências do saber. Na área da saúde conta com quatro unidades hospitalares, como: o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, o Hospital Escola São Francisco de Assis, a Maternidade-Escola e o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira. (UFRJ, 2007).

Com referência ao curso de Fisioterapia, a Professora Jaqueline Almeida da cadeira de Fisioterapia Pediátrica II da UFRJ lembra que: *“O curso de Fisioterapia começou na Universidade em 1994, sendo ainda a única universidade pública federal a oferecer o curso”*.

2.2.1 Maternidade-Escola

Galvão (2002) lembra que a origem da Maternidade-Escola remota ao ano de 1900, quando durante o 4º Congresso Médico realizado na Cidade do Rio de Janeiro, foi lançada à idéia da construção de uma maternidade na cidade. Foi delegada a dez médicos a tarefa de achar um lugar para instalá-la. O trabalho foi cumprido por: Rodrigues Lima, Werneck de Almeida, Gonçalves Penna, Azevedo Jr. e Vieira Souto. Em 1901, o Congresso Nacional libera fundos para aquisição do imóvel na Rua das Laranjeiras n°. 66, bairro de Laranjeiras, zona sul da cidade. Em 1902 o Poder Legislativo libera verbas para as adaptações estruturais do prédio antigo em maternidade e para despesas de instalação.

A Maternidade é fundada em 18 de janeiro de 1904 pelo Presidente Rodrigues Alves. Tendo como diretor o Dr. Rodrigues Lima, como vice-diretor Dr. Werneck de Almeida e para tesoureiro o Dr. Gonçalves Penna. Porém só começa atender em 1º de abril. Os objetivos iniciais da maternidade foram proteção à gestante e às crianças recém-nascidas das classes menos favorecidas. (GALVÃO, 2002).

Em 1918 a Maternidade é doada a então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No decorrer dos seus 103 anos, a Maternidade assumiu vários nomes, como: Maternidade-Escola do Rio de Janeiro, Maternidade de Laranjeiras, Maternidade-Escola da Universidade do Brasil e a atual Maternidade-Escola da UFRJ (ME - UFRJ). (GALVÃO, 2002).

Os seus auditórios, consultórios e centros cirúrgicos foram palcos dos melhores e mais renomados profissionais de saúde do País. Galvão (2002) também lembra que a Maternidade-Escola foi pioneira no uso de tecnologia de ponta, sendo a primeira a utilizar em 1973, o aparelho de ultra-sonografia e em 1986 o eco - doppler.

Da arquitetura original pouco ficou, a ME - UFRJ passou por diversas reformas, impulsionada pela crescente demanda de gestantes e pelo implemento das ofertas nos

serviços de pré-natal e pós-natal. Salas cirúrgicas foram modernizadas, consultórios criados, enfermarias ampliadas e adaptadas às normas de atenção humanizada, como a enfermaria do alojamento conjunto. (GALVÃO, 2002).

O núcleo acadêmico da ME - UFRJ é responsável pelos cursos de graduação de medicina, enfermagem, nutrição, assistente social, psicologia e fonoaudiologia. Também pelos cursos de pós-graduação, onde se destaca o inovador curso de especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, e os de mestrados e doutorados. A Biblioteca Jorge Rezende da ME, tem uns dos mais completos e atualizados acervo em obstetrícia. Projetos de abrangência nacional e internacional são desenvolvidos na área de perinatologia, genética pré-natal entre outros. (GALVÃO, 2002).

A ME – UFRJ é especializada em gestação de alto risco. Atende mais de 1100 consultas de pré-natal por mês, 118 partos naturais, 95 partos cesáreas, 485 consultas de pós-natal. Dispõem de 39 leitos nas enfermarias de alojamento conjunto, 6 leitos para mães em método canguru. (dados cedidos pelo arquivo médico da ME – ref: março de 2007).

Como orientação e padronização de procedimentos para os estudantes e profissionais de saúde, a equipe da ME - UFRJ elaborou os “Protocolos Assistenciais da Maternidade-Escola” (dois volumes) abrangendo as intervenções nas áreas da obstetrícia e neonatologia, com implicação de todas as profissões afins.

A ME - UFRJ destaca-se no cenário assistencial do ciclo gravídico-puerperal, pela gama de clínicas que oferece a suas pacientes. Além dos serviços normais de uma maternidade, a ME - UFRJ dispõem de atendimentos em nutrição, psicologia, psiquiatria, fisioterapia, assistência social e o MAME – Musicoterapia em Aleitamento Materno Exclusivo (terapêutica musical com as mães e os bebês da UI e os da unidade canguru). Ambulatórios especiais de diabetes, hipertensão, doença hemolítica perinatal, de

adolescente grávida e o de seguimento, movimentam diariamente um contingente excepcional de profissionais, docentes, alunos, voluntários e residentes. (GALVÃO, 2002).

Uma grande conquista da ME-UFRJ, foi o serviço de voluntárias. A Sra. Titose é umas das primeiras voluntárias, hoje acumula a gestão da associação, e comenta sobre a origem: *A Associação das Amigas da Maternidade-Escola (AME) começou a funcionar em julho de 2004. Éramos apenas 5 profissionais de saúde aposentadas e com muita vontade de ajudar as mães. No começo nossa ajuda era ficar com a criança enquanto a mãe tomava banho ou ajudar no banho do bebê. Com o tempo outras pessoas aderiram ao trabalho e assim também ampliamos a cooperação. Hoje somos em torno de 45 voluntárias, atendemos durante os sete dias da semana. Promovemos oficinas para as mães sobre os cuidados com o bebê e de aleitamento. Confeccionamos protetor ocular para os neonatos em fototerapia, distribuimos roupas para os mais carentes. Nosso suporte com as mães vai desde o corte de unhas até uma drenagem linfática nos pés edemaciados.* (informação verbal)

2.2.1.1 Utin da Maternidade-escola

A Dra. Miriam Perez, neonatologista e coordenadora da UTIN da ME conta que *“a unidade foi inaugurada em 06 de julho de 1994 por iniciativa de médicos obstetras e do departamento de pediatria, tendo somente médicos cooperativados. Hoje a unidade conta com dez leitos na UTIN, dez na UI e cinco unidades canguru sendo a equipe composta por médicos, médicos cooperativados, alunos de pós-graduação médica, residentes de medicina - R2, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, não temos fisioterapeutas infelizmente, tenho uma fonoaudióloga com horário restrito. E eu me ressinto muito disso”*.

Com relação à falta do fisioterapeuta na equipe da UTIN da Maternidade-Escola, Jaqueline Almeida Pereira, fisioterapeuta, professora do curso de fisioterapia pediátrica II da UFRJ, atuando no ambulatório e na enfermaria infantil do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG/UFRJ comenta; *“Tanto a Maternidade-Escola quanto o IPPMG, são pontos de referências da Universidade. Temos o curso de fisioterapia, temos os centros de referências, mas não temos o profissional atuando, o que é uma situação incabível, que precisa ser revertida o mais rápido possível”*. A professora. Jaqueline enfatiza que: *a grande questão é a contratação de pessoal. E que outro projeto como a UTI neonatal e pediátrica do IPPMG que já dispõe de espaço e de projeto, esbarra na questão burocrática da abertura do serviço pela contratação de pessoal.*

Com relação aos gastos em folha de pagamento com a contratação de fisioterapeutas, Vasconcellos (2006, : 1) explica que:

Estes gastos são recuperados e até superados, devido à menor permanência do paciente no hospital. O trabalho gerado pela equipe resolve o problema [...], evita complicações e assim diminui o tempo de internação. Dentre os componentes da equipe encontra-se o fisioterapeuta atuando tanto na parte respiratória quanto na motora.

A Legislação Brasileira na forma da Lei 3.432 de 12 de agosto de 1998, dispõem sobre a obrigatoriedade do fisioterapeuta dentro destas UTINs. Atualmente um fisioterapeuta é responsável por até dez leitos. A fiscalização da Lei está a cargo da Vigilância Sanitária e a sua não observância é passível de aplicação das sanções legais.

Fazendo parte da equipe da ME-UFRJ, a fonoaudióloga Roseane G. Torres, fala da sua atuação na unidade: *“Trabalhamos com bebês graves na UTIN, na U1 e na unidade canguru, ajudando na transição da alimentação enteral para a oral. O*

foco principal é alimentação, visando sempre o aleitamento materno". E com relação ao trabalho da fisioterapia pela sua experiência em outra unidade, explica: *"O RN precisa muito da fisioterapia. Quando o fisioterapeuta trabalha antes, melhorando a parte motora e respiratória, já é meio caminho andado para que se alimente bem no futuro. Então para o meu trabalho, a fisioterapia é fundamental"*.

Na entrevista com a pediatra Vanessa Torres, ela pontua a falta da fisioterapia da seguinte forma: *"Na verdade, tentamos fazer o papel de vocês (fisios), aspiramos o tubo, trabalhamos a criança"*. Algumas semanas atrás solicitamos a ajuda da fisioterapeuta que trabalha no follow up, para uma criança internada com sete meses. Ela veio duas vezes e só".

A técnica de enfermagem Sylvia Bruno, há um mês na equipe comenta: *"Eu não esperava que na ME-UFRJ não tivesse fisioterapeuta na unidade"*. Perguntada sobre a atuação da fisioterapeuta, ela responde: *"Ela ajuda na postura, na respiração, tem a fisioterapia motora e a respiratória. A fisioterapia ajuda quando o médico quer extubar o paciente, se vai para o CPAP, e ela quem ajuda na alta"*.

Eliane Cristina Vieira Adegas, enfermeira da UTIN da ME-UFRJ, relata que *"o trabalho que a fisioterapia faz é muito importante, aqui temos bebês prematuros, muitas vezes temos dificuldades. A ajuda da fisioterapia na questão da postura da criança é importante, de modo que mais tarde elas não tenham problemas motores. A fisioterapia faz muita falta para a gente"*.

Com relação a atuação do fisioterapeuta na equipe, a enfermeira Eliane Cristina complementa: *Hoje na UTIN procuramos não só salvar a vida da criança, mas também dá uma qualidade de vida boa para a criança no futuro. Quanto mais profissionais estiverem envolvidos nisso, melhor ainda para a gente"*.

3. FISIOTERAPIA

Silva (2006) aponta o início da Fisioterapia no Brasil em 1876 pela construção em Petrópolis de uma casa de hidroterapia. Com a implementação da energia elétrica em 1879 é criado o serviço de eletricidade médica e hidroterapia na Cidade do Rio de Janeiro. O médico Arhur Silva inaugura o primeiro serviço de fisioterapia da América do Sul no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Dois grandes acontecimentos impulsionaram a fisioterapia. Em primeiro, as Guerras Mundiais, que por demanda de tratamentos para os ex-combatentes fizeram surgir técnicas e protocolos, muitos deles usados atualmente, como a Técnica Pilates. Com o fim da 2ª. Guerra Mundial, médicos brasileiros vão para o exterior em busca de novos aprendizados, principalmente para os Estados Unidos. (SILVA, 2006).

O segundo momento importante foi o surto de poliomielite principalmente no ano de 1953. Aqui no Rio de Janeiro foi inaugurada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação-ABBR para tratar das crianças acometidas pela doença. Silva (2000) lembra que a primeira universidade a instituir o serviço de fisioterapia foi o Instituto de Neurologia da Universidade do Brasil em 1950, atualmente a UFRJ.

Os primeiros cursos de fisioterapia aconteceram na década de 50 no Rio de Janeiro e em São Paulo. Os alunos aprendiam a manipular os equipamentos elétricos, as técnicas de tratamento na água, estudavam anatomia e fisiologia e assistiam cirurgias. Da primeira turma, em 1957 originaram-se duas profissões, uma vez que alguns alunos decidiram por trabalhar só com a função, originando a terapia ocupacional. Os outros alunos optaram por um trabalho focando a reabilitação, a fisioterapia.

Durante as décadas de 50 e 60, o profissional fisioterapeuta era considerado um auxiliar médico, denominado técnico de fisioterapia. Ele não podia diagnosticar e a sua

função era realizar tarefas terapêuticas prescrita por um médico. Nesta época a fisioterapia era considerada modalidade integrante da medicina. SILVA (2006) também comenta que os movimentos para mudar este paradigma começaram em 1959 com a fundação em São Paulo da Associação Brasileira de Fisioterapia (ABF). Fato relevante é que o Brasil foi o primeiro país da América do Sul a empregar agentes fisioterápicos para tratamento de doenças.

A fisioterapia é conceituada pelo COFFITO (2007) como:

Uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais.

Sendo o fisioterapeuta um profissional de saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, isto é, diagnóstico cinesiológico funcional, prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço. (COFFITO, 2007)

Embora seja uma profissão recente, a fisioterapia consolida-se no mercado como uma das profissões do século XXI. Segundo a revista americana Money, a fisioterapia ocupa o sétimo lugar nas “10 profissões mais procuradas mundialmente e que terão maior reconhecimento e valorização profissional até o ano de 2014”. (COFFITO, 2006, :5)

3.1. LEGISLAÇÃO

A profissão de fisioterapeuta foi regulamentada pela Lei n°. 938 em 13 de outubro de 1969. Pela origem conjunta das duas profissões, a fisioterapia e a terapia ocupacional, houve por bem manter um único órgão gestor, criado assim o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO em 1975 pela Lei n°. 6.316, e os Conselhos Regionais (CREFITOS), que têm como função legislar, legalizar e fiscalizar o exercício profissional.

Outras Leis, como a Resolução COFFITO 8, que dispõe sobre as normas para habilitação do exercício da profissão, a Resolução COFFITO 10 com o código de ética profissional e a Resolução COFFITO 80, que esclarece sobre o trabalho do profissional tal como: elaborar diagnóstico, prescrever condutas e técnicas até solicitação de laudos técnicos especializados. Estas e outras resoluções constroem a identidade profissional do fisioterapeuta. (COFFITO, 1978).

3.2 ESPECIALIDADES

A Revista COFFITO (2005), em seu artigo “O ensino baseado em evidências e a aprendizagem baseada em problemas”, norteia os cursos de fisioterapia para novos conceitos de aprendizagem, que conforme as novas Diretrizes Curriculares “devem buscar a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando o profissional a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual”.

Hildenbrand (2003:1) comenta que “a fisioterapia se apropria da mais ampla gama de técnicas, procedimentos e manobras compatíveis ao trato e à prevenção de patologias e lesões, bem como das seqüelas decorrentes”.

Fundamentado nesta origem, entende-se a preocupação do COFFITO em reconhecer as especialidades da fisioterapia. Silva (2000) discorre sobre o desenvolvimento dos recursos utilizados pelo fisioterapeuta como fator determinante para a implementação da profissão em diversos campos, como hospitais, clínicas, clubes desportivos, empresas e outras instituições afins.

As especialidades da fisioterapia reconhecidas pelo COFFITO (2006) são: traumatologia funcional, pneumo-funcional, neuro-funcional, acupuntura, osteopatia e a quiropraxia. Várias entidades educacionais promovem a nível de pós-graduação Lato-Sensu cursos de especialização nas áreas de terapia intensiva adulto, pediatria e neonatal entre outros cursos. Estes cursos estão regulamentados pela Resolução CES/CNE de 1º. de abril de 2001(MEC, 2007).

Dr. Leonardo Carneiro de Souza, diretor da Sociedade Brasileira de Fisioterapia Respiratória-SOBRAFIR, explica: *“a especialização em terapia intensiva hoje é reconhecida pela SOBRAFIR com respaldo do COFFITO. A fisioterapia em terapia intensiva surgiu do espaço vago deixado por médicos intensivistas, com relação aos equipamentos eletrônicos que na visão médica eram considerados equipamentos de suporte para o paciente, não sendo a principal intervenção”*.

Na sua narrativa, Dr. Leonardo relembra que *“os fisioterapeutas que trabalhavam na UTIs, utilizando as técnicas manuais, aproximaram-se dos laboratórios e dos engenheiros, interagindo-se dos segredos da montagem e da funcionalidade dos equipamentos. Detendo conhecimentos dos aparelhos de ventilação mecânica, da fisiopatologia e das técnicas manuais, o fisioterapeuta passou a ser requisitado na UTIs adulta. Hoje a fisioterapia intensivista neonatal começa a dar seus primeiros passos, firmando seu espaço dentro do campo da neonatologia, como ocorreu na década de 70 com a fisioterapia na UTI adulta”*.

Falcão (2006, :211) enfatiza esta colocação explicando que: “Como em muitas outras práticas dentro da neonatologia, a fisioterapia respiratória foi introduzida nas UTINs baseada em experiência e resultados obtidos em pacientes pediátricos e adultos”.

Rocanti e Portioli (1998) lembram que os profissionais que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva devem ter bom conhecimento de fisiologia, de ventilação mecânica e técnicas fisioterapêuticas adequadas para a prevenção e o tratamento do paciente grave, tanto para a fisioterapia motora quanto para a respiratória.

3.3 INDICAÇÃO

A intervenção fisioterapêutica no neonato internado adapta-se ao diagnóstico médico e a avaliação técnica criteriosa. A atuação do fisioterapeuta se dá em nível curativo e preventivo. Sua indicação não estar restrita a criança em prótese ventilatória ou com necessidade da aspiração de secreções, mas também no tratamento de doenças tais como: broncopneumonia, desconforto respiratório pós-asfíxico, membrana hialina, taquipnéia transitória do RN, aspiração meconial, hipertensão pulmonar, entre outras (HADDAD et col.. 2005). Segundo Shepherd (1996), o fisioterapeuta na UTIN tem a responsabilidade de diagnosticar os problemas clínicos e reconhecer os agravos para o desenvolvimento neuromotor do neonato, intervindo para estagnar a situação ou para evitar futuras seqüelas.

Souza e Silveira (2005) lembram que as UTINs priorizam as funções cardiorespiratórias, hemodinâmicas e nutricionais dos neonatos. Ficando os sistemas motores e sensoriais, que são essenciais ao desenvolvimento, em segundo plano. Desta forma, a fisioterapia se encarrega também pelas seqüelas oriundas das patologias, do ambiente e própria condição da prematuridade.

3.3.1 Avaliação Fisioterapêutica

O primeiro procedimento do fisioterapeuta com o neonato é interar-se de sua história. Esta metodologia permiti ao fisioterapeuta conhecer a história clínica da mãe, as condições de nascimento e os primeiros momentos de vida. Conhecendo o diagnóstico médico e a patologia, o fisioterapeuta faz a sua avaliação e traça esta primeira etapa de procedimentos.

O neonato é avaliado a cada plantão e seus dados são anotados em prontuário multidisciplinar, de forma a toda equipe acompanhar sua evolução (conduta adotada na UTIN do Núcleo Perinatal). Os itens de uma avaliação são: observação do neonato, análise do padrão respiratório, verificação dos sinais vitais, avaliação da expansão torácica, ausculta pulmonar, condições da pele, postura e tônus muscular, parâmetros da ventilação mecânica (se o neonato estiver acoplado a uma prótese ventilatória), checar os exames complementares (gasometria arterial e radiografia de tórax) e as contra-indicações. (MACCARI ET AL, 2004).

3.4 OBJETIVOS COM OS PACIENTES

Fleisher et al.1995, Feldman, 1998 Glass, 1999 (apud MILTERSTEINER, 2003) comentam que as pesquisas nos últimos 30 anos na área de intervenção com prematuros têm mostrado efeito favorável no desenvolvimento subsequente. Estes estudos mostram que prematuros que receberam estimulação tátil, vestibular, cinestésica, auditiva, visual e proprioceptiva apresentaram melhor padrão para se alimentar, menor necessidade de oxigênio, menos tempo de suporte ventilatorio, menor incidência de apnéia, maior ganho

ponderal, menor tempo de uso de sonda nasogástrica, menor tempo de hospitalização e melhora do desenvolvimento social.

Vasconcellos (2006:1), responsável pela fisioterapia do Hospital Leoni no Rio de Janeiro e gerente de qualidade do grupo AMIL, em seu artigo “Qualidade em serviços de saúde” explica que:

A fisioterapia é uma profissão que está ligada a recuperação e promoção da saúde. [...], um serviço hospitalar com fisioterapia está intrinsecamente ligado ao sistema de qualidade. É verificado que a fisioterapia atua na redução dos custos de internação pela diminuição do tempo de estada hospitalar.

Sobre o trabalho do fisioterapeuta com o neonato, a Dra. Mariana fonoaudióloga do Núcleo Perinatal comenta: *“Acredito que seja auxiliar na postura, no alívio das secreções e na estimulação motora”*.

Dr. Paulo Garabini, neonatologista do Núcleo Perinatal, complementando a citação acima explicando que: *“além da fisioterapia respiratória, há cuidados com a parte músculo-esquelética e neurológica das crianças”*. A atuação fisioterapêutica nesta população abrange o sistema respiratório e motor, focados nas áreas da biomecânica, da fisiopatologia, no desenvolvimento neuropsicomotor e da cognição.

Dra. Jaqueline Almeida, fala da importância da fisioterapia para o desenvolvimento motor do neonato internado: *“A criança está com seus exteroceptores a mercê do que o meio ambiente oferece, se o meio é hostil, a resposta será mais agressiva e hostil ao meio. A forma dela responder a hostilidade é com movimentos grosseiros e desorganizados. É uma inquietação psicocognitiva, porque o bebê acaba absorvendo de uma forma pior tudo que o meio está lhe*

ensinando. Não é uma irritação gratuita é uma reação ao meio. A fisioterapia tenta amenizar a hostilidade do meio”.

3.4.1 Objetivos da Fisioterapia Respiratória

A maior demanda por fisioterapia nas UTINs é a priori pelas complicações do sistema respiratório. Stiller (2000) começa seu artigo falando que “a fisioterapia é uma parte integral na gerência dos pacientes respiratórios nas UTINs”.

Haddad e colaboradores (2005) comentam que “a fisioterapia respiratória é um recurso auxiliar efetivo na prevenção e tratamento de diversas doenças broncopulmonares, especialmente para a remoção de secreções brônquicas”. Como resposta fisiológica as técnicas fisioterapêuticas, o neonato apresenta melhora da ventilação, da hematose, melhor eficiência muscular gerando menor gasto energético e melhorando a mobilidade da caixa torácica.

Prematuros e neonatos criticamente doentes ao nascer, geralmente apresentam doenças pulmonares necessitando da intervenção do fisioterapeuta. As limitações estruturais e funcionais respiratórias destes neonatos favorecem estas dificuldades iniciais. Haddad e colaboradores (2005) lembram que a respiração é basicamente nasal, as vias aéreas são estreitas, os alvéolos são reduzidos, a ventilação alveolar colateral é deficiente pela falta dos poros de Koln, os canais de Lambert que fazem as conexões broncoalveolares ainda não existem e os canais de Martin responsáveis pela comunicação entre os bronquíolos não estão presentes, a reduzida quantidade de surfactante e o diafragma apresentando-se com poucas fibras musculares fadigo - resistentes. Tal imaturidade

favorece complicações respiratórias, levando muitas das vezes a utilização da ventilação pulmonar mecânica. (ANTUNES ET COL. 2006, POSTIAUX, 2004).

Na explicação da Enfermeira Luciana Xavier Moura do Núcleo Perinatal, “a fisioterapia trabalha com os parâmetros respiratórios, com o uso do respirador, do CPAP, mobilizar secreções e postura as crianças no leito”.

A enfermeira Eliane Cristina da Maternidade-Escola complementa: “a fisioterapia respiratória faz falta, pois algumas crianças tornam-se dependentes de oxigênio por muito tempo, dificultando o seu desmame”.

Os objetivos específicos da fisioterapia respiratória são: buscar melhorar a ventilação, perfusão e difusão pulmonar, garantindo melhor oxigenação e trocas gasosas; manter as vias aéreas prévias, mobilizando e eliminando as secreções, diminuindo o trabalho respiratório e o consumo de oxigênio; promover a reexpansão pulmonar, o aumento da mobilidade torácica, promover a independência respiratória funcional, prevenir complicações e acelerar a recuperação. (OLIVEIRA, 2004).

3.4.2 Objetivos da Fisioterapia Motora

Ainda vista com cautela em pacientes lábeis, onde um lembrete na incubadora diz “mínimo manuseio”, a fisioterapia motora desempenha importante papel na prevenção das seqüelas originadas das posturas desenvolvidas pelo neonato internado. Santa Roza (apud MORSCHE; ARAGÃO 2006, : 239) comenta que:

A hospitalização é, para qualquer indivíduo, potencialmente traumática, podendo provocar distúrbios na esfera mental pelas perdas que acarreta – o ambiente é desconhecido, a hiperestimulação, se dá de maneira negativa (dor, ruídos, desconforto físico) e a hipoestimulação, de forma positiva

(inadequação do ambiente à infância, interrupção dos processos de desenvolvimento).

Guimarães e Tudella (2003, :33), lembram que “os resultados da literatura estimam que cerca de 25 a 29% dos bebês que requerem assistência neonatal intensiva têm comprometimento neurológico ou retardo no desenvolvimento”. Estes autores explicam que crianças com sinais clínicos de atraso no neurodesenvolvimento apresentaram atividades reflexas impróprias e reações posturais inadequadas no período neonatal.

Fatores de risco para o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor destas crianças, segundo Halpern e colaboradores (2000), tem nos fatores sociais, econômicos e biológicos os determinantes no aumento das chances de atraso no desenvolvimento. Os autores utilizaram o Teste de Denver II, onde um dos marcadores foi à condição clínica ao nascimento, tais como: peso e comprimento ao nascer, perímetro cefálico morbidade e idade gestacional para os neonatos internados em UTINs.

O bebê prematuro apresenta imaturidade neurológica e menor conscientização corporal da posição flexora pelo tempo reduzido de permanência no útero. Que segundo Barradas e colaboradores (2006) são facilitadores para uma postura hipotônica e extensora.

Ferrari (2006, : 42) comenta que as estruturas cerebrais do neonato encontram-se imaturas ao nascimento pelas próprias características da espécie:

A postura ereta impôs o estreitamento da bacia da mulher e do canal por onde o feto passa ao nascer. Como consequência, a diminuição do tamanho da cabeça que passa por esse canal representou uma vantagem seletiva. Desse modo, a grande parte do crescimento cerebral passou a ocorrer após o nascimento. O grau de imaturidade cerebral ao nascimento determinou a necessidade de um período mais extenso de cuidado [...] para garantir as condições do pleno desenvolvimento da criança.

Esta imaturidade no prematuro, tornar o cérebro mais vulnerável às agressões, com considerável risco de lesões e seqüelas neurológicas, isto é, deficiências cognitivas e neuropsicomotoras. Del Ben (2006) complementa que os fatores pré-natais se destacam no recém-nascido a termo. Porém no prematuro, são os fatores do período pós-natal os mais importantes na origem da lesão cerebral.

Os objetivos específicos da fisioterapia motora nestes neonatos internados são: posicionar adequadamente, melhorar a expansibilidade torácica, normalizar o tônus muscular; promover alongamentos musculares, manter e/ou aumentar as amplitudes de movimento, prevenir ou inibir padrões e/ou desvios patológicos, prevenir deformidades articulares, estimular o desenvolvimento motor normal. (SHEAHAN et al. 2006)

A fisioterapia motora pelas suas características de conduta, possibilita ao fisioterapeuta agir dentro dos atuais conceitos de humanização, que são justificados pelos programas governamentais (BRASIL, 2006). Trazer a família para dentro das UTINs, além das questões da construção de vínculos, cria parcerias no tratamento do neonato. Morsch e Braga (2006) lembram que os transtornos pela internação do neonato, geram sentimentos de culpa, raiva e frustração nos pais e que é agravado pelo papel secundário nos cuidados com o bebê durante a hospitalização.

3.5 TÉCNICAS CLÁSSICAS

As técnicas clássicas utilizadas na fisioterapia neonatal são: a percussão pulmonar, vibração pulmonar, pressão expiratória, estimulação diafragmática e costal e a drenagem postural. A vibração torácica consta de movimentos oscilatórios rítmicos e rápidos de pequena amplitude, que segundo Postiaux (2004) produz vibrações de intensidade suficiente (entre 3 e 30 Hz) para modificar a viscosidade do muco, liquefazendo-o (efeito

tixotrópico), facilitando assim a sua retirada pela sonda de aspiração. A sua aplicação acompanha a fase expiratória do ciclo respiratório espontâneo ou mecânico.

A combinação de vibração e compressão resulta na manobra de vibrocompressão. Esta técnica consiste em movimentos vibratórios manuais realizados durante o período expiratório, podendo ser finalizados por compressão intermitente da parede torácica no final da expiração. Tem como objetivo deslocar as secreções pulmonares, previamente soltas com ajuda da manobra de percussão, conduzindo-as para os brônquios de maior calibre, traquéia e, finalmente, para fora do sistema respiratório. (MACCARI ET AL. 2004).

A técnica de enfermagem Rosane-UERJ comenta sobre o trabalho da fisioterapia na UTIN: *“Ela atua pra saber como o bebê está respirando, a parte da respiração é a mais importante de tudo”*. Apesar de ser conhecida como a intervenção mais comum ao fisioterapeuta, a aspiração orotraqueal é utilizada com critério não sendo uma conduta de rotina.

Necessária para pacientes hipersecretivos ou como requisito para o desmame da prótese ventilatória, a aspiração visa à eliminação de secreções, otimizar as trocas gasosas e reduzir o trabalho respiratório. Os efeitos negativos ou a prática incorreta pode trazer diversas complicações, tais como: lesão nas vias respiratórias, na caixa torácica e até no sistema nervoso central. Pode ocorrer espasmo laríngeo, bradicardia vagal, retardo no início da respiração, atelectasia, aumento da pressão intracraniana e infecção local (HADDAD ET AL. 2005).

A drenagem postural é um recurso da fisioterapia, cujo principal agente é a gravidade. Consiste em posicionar o neonato de forma a melhorar o desempenho da ação

mucociliar, favorecendo uma maior mobilidade das secreções das diversas áreas periféricas para os brônquios de maior calibre (MACCARI ET AL 2004). As condições clínicas do neonato predizem o tempo e a viabilidade da posição. (OLIVEIRA, 2004). A posição de Trendelenburg (cabeça para baixo), não é utilizada nesta população, que segundo Postiaux (2004), deve-se a incapacidade do prematuro de regular seu débito sanguíneo cerebral, e as variações de pressões podem acarretar rupturas dos vasos sanguíneos imaturos.

Maccari e colaboradores (2004, :216) explica que a técnica de percussão ou tapotagem, “consiste na aplicação de “palmadas” rítmicas e coordenadas, com frequência e amplitude variáveis, sobre o tórax no local correspondente à área da drenagem”. A palmada em forma de concha ou com os dedos indicador, médio e anular em forma de casinha ou de tenda, ou ainda utilizando a máscara do CPAP, produz uma coluna de ar (efeito ventosa) que amortece o impacto na pele, porém transmite ao interior do tórax um impacto capaz de desprender as secreções mais aderidas.

As aplicações das técnicas fisioterapêuticas clássicas obedecem a um rigoroso critério. Cada técnica tem as suas restrições de acordo com o quadro do paciente. Antes das intervenções são observados: estado clínico, tempo da dieta, posição dos acessos, uso de medicação e a contra indicação absoluta. (MACCARI ET AL. 2004).

3.6 OUTRAS TÉCNICAS

Considerado como técnica não convencional, o posicionamento para o neonato internado, em especial para o prematuro, tem maiores implicações além de minimizar os

efeitos deletérios do leito e a formação de escaras de decúbito (MACCARI ET AL. 2004). Promover freqüentes alterações de decúbito no bebê, também evita as alterações posturais como: hiperextensividade cervical com elevação dos ombros, membros superiores abduzidos com retração em cintura escapular, membros inferiores em abdução e rotação externa e pés em eversão, as deformidades em ossos do crânio pelo repouso vicioso em uma só posição. (SHEAHAN ET AL 2006).

Com relação aos posicionamentos, a Dra. Mariana, fonoaudióloga do núcleo perinatal comenta: *“Eu solicito muito as fisioterapeutas, peço que olhem, se concordam ou então tente organizar pra mim. Qual a melhor maneira que eu posso posicionar esse bebê para esta determinada patologia”*. A enfermeira. Luciana Moura, também do Núcleo Perinatal, enfatiza: *“quando eu arrumo a criança no leito, procuro sempre uma de vocês (fisioterapeutas) e peço ajuda. Quando vocês arrumam, a criança fica uma beleza”*.

Souza e Silveira (2005), comentam que neonatos internados em UTINs podem apresentar alterações sensoriomotoras para o desenvolvimento motor normal, pela baixa qualidade de estímulos como condições de luz e sons constantes até as postura inadequadas. Monterosso e colaboradores (2002) comentam que os problemas neuromotores nesta população devem-se a falta de equilíbrio entre a força dos músculos passivos e ativos. Os autores ressaltam que a exposição ao meio extra-uterino favorece fatores fisiológicos e ambientais que podem contribuir para o desequilíbrio destes grupos musculares, tais como: a imaturidade neuromuscular, a direção caudocefálica do desenvolvimento neurológico e do padrão flexor, hipotonia global e a força da gravidade que limita a mobilidade.

O fisioterapeuta ao posicionar o neonato em prono/ventral tem por fundamento simular a postura de um bebê nascido a termo, prevenindo a abdução e rotação externa do

quadril. (SOUZA; SILVEIRA, 2005). Neste posicionamento, segundo Lima (2004), o quadril elevado e o peso na cintura escapular mantém o tórax do bebê apoiado anteriormente e assim permite o alongamento da musculatura cervical e quando o neonato movimentar a cabeça (rotação e extensão), alonga também os músculos inspiratórios localizado no pescoço. Os músculos escapulares também são alongados quando o bebê leva a mão ao rosto ou a boca. Sheahan e colaboradores (2006, : 87) complementam que “nesta posição, o centro de gravidade é colocado para frente , em um ponto perto do tórax, semelhante ao do bebê nascido a termo”.

Benthien e Rech (2002) recomendam que se tenha em prono: ombros fletidos e abduzidos, cotovelos fletidos, quadris flexionados e levemente abduzidos, com os posicionadores auxiliando a manter a postura de forma adequada, sem impedir seus movimentos ativos, mas dando conforto e aconchego.

Antunes e colaboradores (2003) no artigo “Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica”, concluíram que a posição prona favoreceu a redução mais rápida da pressão inspiratória-PIP e a frequência respiratória.

O posicionamento em supino/dorsal favorece a execução de procedimentos médicos, a visualização do bebê e a manutenção dos sensores cardíacos e/ou outros aparatos, porém, dificultando os movimentos antigravitacionais, o estímulo tátil e proprioceptivo além das desvantagens para a mecânica respiratória. (DOMINGUEZ; KOMIYAMA. 1984). No entanto o fisioterapeuta utiliza esta posição para favorecer a atividade reflexa e os movimentos espontâneos, alongar a musculatura posterior, ou seja: grande dorsal, serrátil anterior, peitoral maior e redondo maior, e fortalecer os músculos: rombóides, trapézio médio, subescapular, infra-espinhoso e redondo menor. (LIMA, 2004)

Quando o fisioterapeuta posiciona o neonato em decúbito lateral ele está promovendo uma flexão ativa ao nível do abdome e quadril, melhorando a orientação entre mãos e a linha média, o que favorece o desenvolvimento da auto-regularização e simetria (DOMINGUEZ; KOMIYAMA 1984) Esta posição é método de eleição quando há comprometimento unilateral pulmonar, pois ao posicionar o lado saudável no leito, favorece a ventilação do hemitórax comprometido. (MACCARI ET AL, 2004).

O método reequilíbrio tóraco-abdominal (RTA) é outra técnica fisioterapêutica considerada não clássica. Fundamentam-se em que as alterações mecânicas pulmonares de patologias pulmonares demonstram desequilíbrio entre músculos inspiratórios/torácicos e os expiratórios/abdominais acarretando em alterações musculares, posturais e sensoriomotoras. Mariângela Lima (2004), fisioterapeuta e criadora do método explica que os manuseios são orientado pela biomecânica e a fisiopatologia das disfunções respiratórias, caracterizando-se por: 1) posicionamento adequado; 2) alongamento passivo; 3) alongamento ativo-passivo; 4) alongamento ativo; 5) fortalecimento muscular; 6) apoios manuais; 7) massagens e 8) manobras miofasciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da história da humanidade os cuidados com os recém-nascidos doentes e os prematuros ocuparam um lugar de menosprezo e abandono. Somente a partir do século XVIII, pressionados pelos governos, os médicos começam a se interessar por esta população, abrindo-se campos de estudos e pesquisas. Hoje a neonatologia ocupa um lugar privilegiado dentro da medicina, porém a necessidade de outros saberes e intervenções, imprescindíveis ao atendimento holístico do neonato internado, trouxe para dentro das UTINs, profissionais de saúde de outras áreas. Especialidades foram criadas para fornecer subsídios extraordinários a estes profissionais. A fisioterapia fundamentada na sua descrição, nos seus campos de atuação e amparada pela Lei, se projeta como coadjuvante neste cenário. Após entrevistas nas duas UTINs, a pesquisa conclui que a fisioterapia é conhecida e reconhecida por todos os profissionais destas equipes, mesmo na UTIN da ME-UFRJ, onde não há o serviço. O nível de conhecimento dos outros profissionais sobre a atuação do fisioterapeuta situa-se entre o bom e o muito bom, sendo unânime o desejo de manter ou de ter o fisioterapeuta na equipe. Como curiosidade da pesquisa, quando perguntado da necessidade do fisioterapeuta na equipe, a palavra mais pronunciada, foi “fundamental”. Assim, amparado pela Lei n° 3.432 de 12 de agosto de 1998, e com respaldo das entrevistas que pontuaram a necessidade do fisioterapeuta na equipe das UTINs, sugere-se à direção da Maternidade-Escola, a implantação do serviço de fisioterapia na unidade como fato inerente ao crescimento profissional e humano a que esta Maternidade vem investindo nos últimos 103 anos.

Bibliografia

- *ANTUNES L.C. D; RUGOLO, L.M.S. S; CROCCI, A.J. Efeito da posição de prematuro no desmame da ventilação mecânica. In: **Jornal de Pediatria** (Rio de Janeiro). 79(3): 239-44. 2003
- *BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**; tradução de Waltenir Dutra. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira. 1985.
- *BARRADAS, J; FONSECA, A; GUIMARÃES, C.L.N.; LIMA. G.M.S A relação entre posicionamento do prematuro no Método Mãe-Canguru e desenvolvimento neuropsicomotor precoce. **Jornal Pediatria** (Rio de Janeiro) 82(6): 475-480.2006
- *BENTHIEN C, RECH V. Efeitos do posicionamento corporal na saturação de O₂ em neonatos com doença da membrana hialina em ventilação espontânea. **Pediatria Atual**. 15 (7): 11-16. 2002
- *BRAGA, N.A.; MORSCH, M.E.L. Os primeiros dias na UTI, In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro Ed. Fiocruz cap. 5. 2006.
- *BRASIL, Ministério da Saúde - Portaria n°. 3432 de 12 de agosto de 1998 dispõem sobre **Estabelecimentos de critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo**. Disponível em www.amib.com.br acessado em 29/12/2006
- * _____, Ministério da Saúde Resolução RDC n°. 50 de 21 de fevereiro de 2002 dispõe sobre o **regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde**. Disponível www.amib.com.br acessado em 12.01.2007
- * _____, Ministério da Saúde. **Por que uma política nacional de humanização?** 2006 Disponível em www.saude.gov.br acessado em 30.01.2007
- * _____, Ministério da Saúde. **Manual do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru**. Capítulo 15. 2002. Disponível em www.metodocanguru.org.br. acessado em 05.02.2007
- * _____, ANVISA. **Leis e Portarias** – 2006. Disponível www.anvisa.gov.br acessado em 08.01.2007.
- * BUARQUE, V.; LIMA, M.C.; SCOTT, R.P.; VASCONCELOS, M.G. The influence of suport groups on the family of risk newborns and on Neonatal unit workers. **J Pediatria** (Rio de Janeiro) 8: 295-301. 2006
- *CLINI, E.; AMBROSINI, N. Early physiotherapy in the respiratory intensive care unit. **Respiratory Medicine**. 99:1096-1104. 2005. Disponível em www.elsevier. Acessado em 20.01.2007

- *COFFITO **Histórico e Legislação**. Disponível em www.coffito.org.br acessado em 24.03.2007
- *CONE, T.E. Jr. Perspectives in Neonatology. In: SMITH, G.F.; VIDYASAGAR, D **Historical Review and Recent Advances in Neonatal and Perinatal Medicine**. 2001 disponível em: www.neonatology.org. Acessado em 30.11.2006
- *CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL- **Resolução COFFITO 8 – D.O.U. n°. 216 : 6.322-32 - 13/11/1978**
- *DEL BEN, G. L. Rotas Alteradas. In: **Revista Mente e Cérebro** Ed. especial “A mente do bebê” Rio de Janeiro. Ed. Duetto. 1. 2006.
- *DESLANDES, S.F. (org) **Humanização dos cuidados em saúde, conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro ed. Fiocruz: cap.16, 2006.
- *DOMINGUEZ, S.S.; KOMIYAMA, S. Cuidados Fisioterápicos no recém-nascido em ventilação mecânica. In: KOPELMAN ET AL. **Distúrbios Respiratórios no período neonatal**. São Paulo. Ed. Atheneu. : 527-541. 1984
- *DUNN, P.M. The Holy Bible: Insights into perinatal practice in ancient time. In: **Arch.Dis.Child: Fetal and Neonatal**. 75(3) :219-220. 1996. Disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006
- *_____ Avicena (980-1077) and arábia perinatal medicine .In: **Arch. Dis. Child: Fetal and Neonatal**. 77(1) :75-76. 1997. Disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006
- *_____ Sir Hans Sloane and the value of breast milk.In: **Arch. Dis.Child: Fetal and Neonatal**. 85 :73-74. 2001. Disponível em www.neonatology.org. acessado em 30.11.2006
- *_____ Julius Hess and the premature infant .In: **Arch. Dis. Child: fetal and neonatal** 85 :141-144. 2001. Disponível em www.neonatology.org. Acessado em 30.11.2006.
- *_____ George Armstrong and his dispensary for infant poor. In: **Arch. Dis. Child: Fetal and Neonatal**. 87 : 228. 2002. Disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006.
- *_____ Dr. Eramus Darwin of Lichfield and placental respiration In: **Arch. Dis.Child: Fetal and Neonatal**. 88 :346-348 2003. Disponível em www.neonatology.org. Acessado em 30.11.2006
- *_____ Galen (129-200) of Pergamum: Anatomist and experimental physiologist .In: **Arch. Dis. Child: Fetal and Neonatal**. 88 :441. 2003. Disponível em www.neonatology.org. acessado em 30.11.2006

- * _____ Alfred Velpeau of Tours: the umbilical cord and birth asphyxia. In: *Arch. Dis. Child: Fetal and Neonatal* 90 :184-186. 2005. Disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006
- *FALCÃO, M.C. Fisioterapia Respiratória no Período Neonatal. *Pediatria* (São Paulo). 28 (3): 211-212. 2006. Disponível em www.pediatrasiapaolo.usp.br acessado em 07.04.2007
- *FERRARI, E.A.M. Interações entre fatores biológicos e psicológicos no comportamento e no desenvolvimento. In MOURA-RIBEIRO, M.V. L; GONÇALVES, V. M. G. *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*. Rio de Janeiro. Revinter. Cap. 3. 2006.
- *FERREIRA, A.B. de H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro ed. Nova Fronteira. 2ª. Ed. 1986
- *GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI Neonatal. In: *Revista Latina Americana de Enfermagem* 12 (3). 2004. Disponível www.scielo.br acessado em 04.02.2007
- *GALVÃO, E. *Oásis de Excelência*. Folha da UFRJ: 8. 21.10.2002
- *GLUCK, L. Conceptualization and initiation of a neonatal intensive care nursery in 1960 In: *U.S.Department of Health and Human Services. Neonatal Intensive Care, a history of excellence*. 1982. Disponível em www.nichd.nih.gov acessado em 01.01.2007
- *GUIMARÃES, E.L.; TUDELLA, E. Reflexos primitivos e reações posturais como sinais indicativos de alterações neurossensoriomotoras em bebês de risco. *Pediatria* (São Paulo), 25(1/2): 28-35. 2003 Disponível em www.pediatrasiapaolo.usp.br acessado em 07.04.2007
- *HADDAD, A.M.S.; WINDHOLZ, M.H. - O Estilo de Cada Um. In: *Revista Mente e Cérebro* ed. especial "A Mente do bebê" Rio de Janeiro ed. Duetto. 2 - 2006.
- *HADDAD, E.R; COSTA, L.C.D; NEGRINI, F; SAMPAIO, L.M.M. Abordagem fisioterapêutica para remoção de secreções das vias aéreas em recém-nascidos: relato de casos. In: *Pediatria* (São Paulo) 28(2) :135-40. 2006 Disponível www.pediatrasiapaolo.usp.br acessado em 07.04.2007.
- *HALPERN, R; GIUGLIANI, E.R. J; VICTORA, C. G. BARROS, F.C.; HORTA. B.L.Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro)76 (6) : 421-8. 2000.
- *HILDENBRAND, L. Fisioterapia, sim senhor! In: *Fisioterapia Brasil*. 4 (5) 2003
- *HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. *Histórico e Pioneirismo*. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em www.hupe.uerj.br acessado em 06.01.2007.
- *JUNQUEIRA, M.F.P.da S. Et Al Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica. In: DESLANDES, S.F. (org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde* Rio de Janeiro Ed. Fiocruz, cap.10. : 274-75. 2006.

*LAMEGO, D.T.C; DESLANDES, S; MOREIRA, M.E. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de tratamento intensiva cirúrgica. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 10 n° 3. 2005. Disponível em www.scielo.br acessado 20.01.2007.

*LIMA, M. P. **Reequilíbrio tóraco-abdominal**. Manual do Curso. 2004.

*LITTLE, G. Impact of Neonatal Intensive Care of Infant Outcomes. In: **U.S Department of health and human services- neonatal intensive care, a history of excellence**.1980 Disponível em www.nichd.nih.gov acessado em 01.01.2007

*LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. - **Minnesota Medicine Association**. Mineápolis 82.1999. Disponível em www.nmed.org acessado em 15.11.2006

*MACCARI, G.M.; ABREU, C.F.; MIYOSHI, M.H. Fisioterapia Respiratória nas Doenças Respiratórias Neonatais, In: KOPELMAN, B.I.; SANTOS, A.M.N. S; GOULART, A.L.; ALMEIDA, M.F.B.; MIYOSHI, M.H.; GUINSBURG, R. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo. Atheneu. 2004

*MAC DONALD, M.G.; JOHNSON, B. Educação Continuada IN: AVERY, G.B. FLECHER, M.A.; MAC DONALD, M.G. **Neonatologia** Rio de Janeiro Ed. Medsi, 4ª edição. : 33 1999.

*MATHELIN, C. **O Sorriso da Gioconda**, tradução de Procópio Abreu, Rio de Janeiro. Ed. Companhia de Freud. 1999.

*MENDES, I.; CARVALHO, M.; ALMEIDA, R.T.; MOREIRA, M.E. O uso da tecnologia como ferramenta de avaliação no cuidado clínico do recém-nascido prematuro. **J Pediatra** Rio de Janeiro. 82 (5): 371-6. 2006

*MILTERSTEINER, A.R. **Utilização da Posição Mãe-Canguru**. Canoas. Ed. ULBRA. 2003.

*MONTEROSSO, L; KRISTJANSON, L.; COLE, J. Neuromotor development and the physiologic effects of positioning in very low birth weight infants. In: **JOGNN** 31(2): 138-146. 2002

*MOREIRA, M.E.L.; BONFIM, O.L. Um nascimento diferente, IN MOREIRA, M.E. L; BRAGA, N.A ; MORSCH, D.S.- **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro Ed. Fiocruz. : 23-27. 2006.

*MORSCH, D.S.; ARAGÃO, P.M. A criança, sua família e o hospital: Pensando processos de humanização. In DESLANDES, S.F. (org) **Humanização dos cuidados em saúde**. Rio de Janeiro Ed. Fiocruz. cap.9. 2006.

*MORSCH, D.S.; BRAGA, N.A. A depressão na gestação e na UTI Neonatal, In: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente**. Rio de Janeiro ed. Fiocruz cap. 6. 2006.

- *NOGUEIRA - MARTINS, M.C.F. Humanização na Saúde. In: **Revista Ser Médico**. 18. 2002. Disponível em www.cremesp.com.br acessado em 03.02.2006
- *OLIVEIRA, P.R. TRISTÃO, R.M.; NEIVA, E.R. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI Neonatal. In: **Educação Profissional. Ciência e Tecnologia**. 1 (1) :27-37 2006
- *PETRONE, N. É hora de ética e respeito ao profissional..2003. Disponível em www.interfisio.com.br. Acessado em 18/03/2007
- *PHILIP, A.G.S. The evolution of neonatology. In: **Pediatric Research** 56 (4). 2005 disponível em www.pediatrics.org acessado em 15.11.2006
- *POSTIAUX, G. **Fisioterapia Respiratória Pediátrica**. Porto Alegre. ed. Artmed. 2004.
- *PROCIANOY, R.S.; GUINSBURG, R. Avanços no manejo do recém-nascido prematuro extremo. **J Pediatra**. (Rio de Janeiro) 81 (1 suplemento) S1 e S2. 2005
- *RAJU, T.N. K. M.D. Soranus of Ephesus: Who was he and what did he did he do? In: SMITH, G.F.; VIDYASAGAR, D. **Historical review and recent advances in neonatal and perinatal medicine**. 2001 Disponível em www.neonatology.org. acessado em 30.11.2006
- *RATLIFF-SCHAUB, K; HUNT, C.E.; CROWELL, D; GOLUB, H; SMOK-PEARSALL,S; PALMER, P; SCHAFER, S; BAK, S; CANTER-KISER, J; O' BELL, R. Relationship between infant sleep positions and motor development in preterm infants. In: **Developmental and Behavioral Pediatrics** 22 (5): 293-299. 2001
- *RESOLUÇÃO CNE/CES n°. 1 de 1º. de abril de 2001. Disponível em www.portal.mec.gov.br acessado em 06.04.2007.
- *RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem** 6 (2). 2002. Disponível em www.fan.ufg.br acessado em 15.11.2006
- *RONCANTI, V.L. V, PORTIOLLI, C.Y. Rotinas e recursos de fisioterapia respiratória em UTI. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. São Paulo. Ed. Atheneu. 1998
- *SARMENTO, G.J.V.; VEGA, J.M.; LOPES, N.S. **Fisioterapia em UTI**. Rio de Janeiro ed. Atheneu. : 1-7, 2006.
- *SHEAHAN, M.S; BROCKWAY, N.F.; TECKLIN, J.S. A criança de alto risco. In: TECKLIN, J.S. **Fisioterapia Pediátrica**. Porto Alegre Ed. Artmed 3ª. ed. 2006
- *SHEPHERD, R.B. **Fisioterapia em Pediatria**, São Paulo Ed. Santos 3ª. ed. 1996
- *SILVA, J.E.P. Fisioterapeutas e cientistas In: **Revista COFFITO** ano VIII (25) :3-6. 2006.

- *SILVA, M.A.G. Uma revista de referência para as produções científicas da Fisioterapia Brasileira, In: **Fisioterapia Brasil**. 1 (1) 2000
- *SILVERMAN, W.A. Incubator- Baby Side Show. **Pediatrics**. 64 (2) sept. 1979
- *SMITH, J.W. Baby Incubators In: **The Strand Magazine** (London) 12 :770-776. 1896 disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006
- *SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – disponível em www.sbp.com.br acessado em 06.04.2007
- *SOUZA, R.L.C.; SILVEIRA, C. Intervenção Fisioterapêutica no recém-nascido In DUTRA, **A Medicina Neonatal**. Rio de Janeiro ed. Revinter. 2005.
- *STILLER, K. Physiotherapy in intensive care- towards an evidence- based practice. In: **CHEST** 118 :1801-1813. 2000
- *SUNSHINE, P. The Neonatal Intensive Care Unit Today. In: **U.S.department of health human services. Neonatal intensive care. A history of excellence**. 1992. disponível em www.nichd.nih.gov acessado 01.01.2007.
- *TIMELINE of neonatology: information for parents, residents, students and teachers. 2006 disponível em www.neonatology.org acessado em 30.11.2006
- *UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Histórico-Institucional**. Rio de Janeiro. 2007. Disponível em www.uerj.br acessado em 06.01.2007.
- *UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **História**. Rio de Janeiro 2007 disponível em www.ufrj.br acessado em 06.01.2007
- *VASCONCELLOS, M.M. Qualidade em serviços de saúde. 2006. Disponível em www.interfisio.com.br. acessado em 28/04/2007
- *VENTURA, G. Antes do Tempo. In: **Revista Mente e Cérebro**. Ed. especial “A mente do Bebê”. Rio de Janeiro. Ed. Duetto v. 1. 2006.
- *VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em UTI “muito falado e pouco vivido”. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** n°. 10(2); :137-44. 2002. Disponível em www.eep.usp.br acessado em 20/11/2006

APÊNDICE - A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I

Eu, _____, profissão _____, unidade hospitalar, _____, fui informado (a) sobre a realização neste Serviço de uma pesquisa, com as características abaixo descritas, do qual poderei participar se assim desejar.

Nome do Estudo: Qual a visão dos profissionais de saúde de duas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal(UTINs) sobre a atuação do fisioterapeuta nas equipes?

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Maternidade-Escola

Curso: Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Pesquisadora: Sandra da Silva Monteiro (fisioterapeuta), tel.: 2259-3555

Orientadora: Isabel Cristina Lopes da Silva (fisioterapeuta)

Co-orientador: Marcus Renato de Carvalho (pediatra)

Local da Pesquisa: UTIN do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ
UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ

Telefone do CEP da UERJ: 2587-6353 - Marcos

Metodologia: pesquisa etnográfica, entrevista semi-estruturada, gravação e fotografia.

Estou ciente que o objetivo da pesquisa é divulgar a atuação do fisioterapeuta dentro das UTINs. Sei que para isso é importante conhecer o entendimento dos profissionais de saúde (pediatra, fonoaudióloga, psicóloga, enfermeira etc..) que trabalham nas UTINs sobre o trabalho do fisioterapeuta nas equipes.

Também fui informado (a), que a pesquisa acontecerá em duas UTINs, uma que tenha a rotina de fisioterapia e outra em que não tenha. A proposta não é comparar serviços e sim compreender o papel do fisioterapeuta nas equipes. Entendo que a pesquisa não apresenta riscos e que não receberei nenhum benefício pela entrevista. Sei que a minha participação é importante, pois trabalho em uma unidade hospitalar universitária, formadora de futuros profissionais de saúde. Ao participar da pesquisa, entendo que o meu depoimento será gravado e serei fotografado. Concordo assim, na cessão de imagem e voz para a pesquisa.

Rio de Janeiro

Entrevistado:-

Pesquisadora:-

APÊNDICE - B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II

Eu,

Consinto em participar de uma entrevista com as características abaixo:

Nome do Estudo: Qual a visão dos profissionais de saúde de duas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs) sobre a atuação do fisioterapeuta na equipe?

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Maternidade-Escola

Curso: Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Pesquisadora: Sandra da Silva Monteiro (fisioterapeuta), tel.: 2259-3555

Orientadora: Isabel Cristina Lopes da Silva (fisioterapeuta)

Co-orientador: Marcus Renato de Carvalho (pediatra)

Local da Pesquisa: UTIN do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ
UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ

Telefone CEP da UERJ: 2587-6353 - Marcos

Metodologia: pesquisa etnográfica
entrevista semi-estruturada
gravação e fotografia

Estou ciente que a pesquisa visa divulgar a atuação do fisioterapeuta dentro das UTINs, e para isto, conhecer os pioneiros e suas experiências nesta área é importante para compor a trajetória histórica da fisioterapia nas UTINs. Entendo que não há riscos e os benefícios são para a construção da profissão, como parte inerente ao campo da neonatologia. Também fui informado (a), que a segunda parte da entrevista será nas duas UTINs, com os profissionais que ali trabalham, buscando conhecer qual o entendimento que eles tem da profissão.

Ao participar da pesquisa, entendo que o meu depoimento será gravado e serei fotografado. Concordo assim, na cessão de imagem e voz para a pesquisa.

Rio de Janeiro,

Entrevistado-----

Pesquisadora-----

APÊNDICE- C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido III

Eu, _____, autorizo a filmagem/fotografia do meu filho(a) em intervenção fisioterapêutica, para servir de apresentação na monografia, com as características abaixo descritas.

Nome do Estudo: A visão dos profissionais de saúde de duas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal sobre a atuação do fisioterapeuta nas equipes?

Instituição de Origem: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Maternidade-Escola

Curso: Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Pesquisadora: Sandra da Silva Monteiro (fisioterapeuta), tel.: 2259-3555.

Orientadora: Isabel Cristina Lopes da Silva (fisioterapeuta)

Co-orientador: Marcus Renato de Carvalho (pediatra)

Local da Pesquisa: UTIN do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ
UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ

Telefone do CEP da UERJ: 2587-6353 - Marcos

Metodologia: pesquisa etnográfica, entrevista semi-estruturada, gravação e fotografia.

Estou ciente que ao permitir a filmagem/fotografia do meu filho, não receberei nenhum pagamento, e o filme/foto servirá exclusivamente para fins educacionais. Concordo assim, na cessão de imagem para a pesquisa.

Rio de Janeiro,

:-----

Pesquisadora:- -----

APÊNDICE- D

Lista das Personalidades Entrevistas

* Dr. Leonardo Carneiro de Souza.

Fisioterapeuta da UTI adulta do Hospital Municipal Azeredo Lima, diretor da SOBRAFIR-RJ, professor do Curso de Graduação da Faculdade Pestalozzi (Niterói), autor do livro “Fisioterapia Intensiva” ed. Atheneu, diretor do Curso de Fisioterapia em UTI adulta e neonatal da FISIOCOR.

* Dra. Edneusa Oliveira dos Santos

Fisioterapeuta, coordenadora da equipe de fisioterapia, coordenadora da equipe de rotina da UTIN do Núcleo Perinatal da UERJ, coordenadora do curso de Fisioterapia Neonatal da CLINART.

* Dra. Jaqueline de Almeida Pereira

Fisioterapeuta, professora do curso de fisioterapia em pediatria II da UFRJ, chefe ambulatório e enfermaria do IPPMG da UFRJ.

* Sra. Titose

Enfermeira, gestora e voluntária da AME-ME.

APÊNDICE-E

Lista dos Profissionais de Saúde Entrevistados da UTIN da UERJ

- * Catarine Dias Vieira - Psicóloga
- * Luciana Xavier Moura - Enfermeira
- * Mariana Lucena de Carvalho - Fonoaudióloga
- * Paulo José da Silva Campista Garabini - Neonatologista
- * Rosane Rodrigues da Silva - Técnica de enfermagem

APÊNDICE – F

Lista dos Profissionais de Saúde da UTIN da Maternidade-Escola da UFRJ

- * Eliane Cristina Vieira Adegas - Enfermeira
- * Miriam Perez de Figueiredo - Neonatologista, coordenadora da UTIN da ME.
- * Roseane Gonzáles Torres - Fonoaudióloga
- * Sylvia Bruno de Oliveira - Técnica de enfermagem
- * Vanessa Pitanga Torres - Pediatra

ANEXO A

MINISTÉRIO DA SAÚDE
PORTARIA Nº. 3.432 12 DE AGOSTO DE 1998 - EM VIGOR

Ref.: Estabelecimentos de Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo **UTI**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando: a importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível, resolve:

Artº. 1º Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo-UTI.

Art. 2º - Para as finalidades desta Portaria, as Unidades de Tratamento Intensivo serão classificadas em tipo I, II e III.

§ 1º - As unidades atualmente cadastradas pelo SUS, a partir da vigência desta Portaria, serão classificadas como tipo I.

§ 2º - As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas.

Art. 3º - A partir da data de publicação desta portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III.

Art. 4º - Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 2918, de 9 de junho de 1998, publicada no DOU nº111, de 15 de junho de 1998, e as demais disposições em contrário.

Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. **JOSÉ SERRA**

ANEXO

2. Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II:

2.1. Deve contar com equipe básica composta por:

- um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração;
- um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho.